

# Das Gutachten aus schmerztherapeutischer Sicht

## Dargestellt am Beispiel der HWS-Beschleunigungsverletzungen

Grundsätzlich ist jeder Facharzt zur Sachverständigentätigkeit verpflichtet.

Rechtliches, insbesondere sozialrechtliches Wissen nötig.

► **Haftungs- und strafrechtliche Aspekte der Schmerztherapie**

► **HWS-Beschleunigungsverletzungen**

**Die gutachterliche Tätigkeit spielte bislang in der Schmerztherapie eine eher untergeordnete Rolle. Mit zunehmender Anerkennung des Faktors Schmerz einerseits als selbständiges Krankheitsbild, andererseits als wesentlicher Bestandteil vieler Erkrankungen kommt der Begutachtung in der Schmerztherapie eine größere Bedeutung zu.**

Grundsätzlich ist jeder Facharzt in seinem Bereich zur Sachverständigentätigkeit verpflichtet. Er muss sich daher mit den Besonderheiten der Sachverständigentätigkeit auseinandersetzen. Zahlreiche Regelungen in unserem Rechtsleben, wie Gesetze, Verordnungen, aber auch Versicherungsbedingungen und Verträge knüpfen an Tatbestände an, die durch Krankheit und hierdurch bedingte Leistungseinbußen geprägt sind und deren Inhalt bzw. Voraussetzungen von den Leistungsträgern und Gerichten ohne Mitwirkung ärztlicher Sachverständiger nicht festgestellt und verwirklicht werden können [5].

Der Arzt hat sich daher mit den Besonderheiten der juristischen Terminologie, dem strukturellen Aufbau und der inhaltlichen Gliederung eines Gutachtens vertraut zu machen. Das Tätigwerden, insbesondere als beratender oder begutachtender Arzt, erfordert neben den eigentlichen medizinischen Kenntnissen und Erfahrungen ein breites Spektrum auch an rechtlichem, insbesondere sozialrechtlichem Wissen. Wer als Sachverständiger tätig werden will, muss die gutachterlich relevanten Rechtsbegriffe kennen und die Voraussetzungen und Grenzen der rechtlichen Ansprüche, Leistungen und Maßnahmen, um die es jeweils geht, wissen, ebenso die Maßstäbe, die die Rechtsordnung und Rechtsprechung zu ihrer Umsetzung in die Praxis gesetzt haben [5]. Auch in der Schmerztherapie betrifft ein wesentlicher Anteil der Begutachtung das Sozialrecht, z. B. versorgungsärztliche Gutachten.

Daneben gewinnen aber auch ► **haftungs- und strafrechtliche Aspekte der Schmerztherapie** an Bedeutung. Der gewachsene Anspruch der Patienten auf eine effektive und sorgfältige Therapie führt immer häufiger zu Schadensersatzansprüchen an die behandelnden Ärzte, wobei als Negativbeispiel besonders die Folgen von ► **HWS-Beschleunigungsverletzungen** hervorgehoben werden sollen.

Sorgfältige Aufklärung und nachvollziehbare Dokumentation berücksichtigen.

► **Schmerztherapeutische Stufenschemata**

Ein Gutachtauftrag kann nicht ohne Angabe von Gründen abgelehnt werden.

► **4-Wochen-Frist**

Gutachter sind zu einem wissenschaftlich begründeten Gutachten verpflichtet.

Medizinische Hypothesen oder kontroverse Ansichten sind nicht Gegenstand eines Gutachtens.

► **Propädeutische Einführung**

Auftraggeber verfügen im wesentlichen über keine medizinischen Sachkenntnisse.

► **Tatsachenvortrag**

Gutachten nach Aktenlage oder aber nach Aktenlage und ausführlicher Anamnese und körperlicher Untersuchung.

Bei der Begutachtung haftungs- und strafrechtlicher Fälle sind insbesondere die sorgfältige Aufklärung der Patienten sowie die nachvollziehbare Dokumentation von Anamnese, Untersuchung, Aufklärung und Therapie zu berücksichtigen.

Die Entwicklung ► **schmerztherapeutischer Stufenschemata** hat zu einer weitgehenden Akzeptanz der speziellen Schmerztherapie geführt. Parallel zu der deutlich zunehmenden Nachfrage nach einer qualifizierten Schmerztherapie ist aber auch der Bedarf an spezieller schmerztherapeutischer Begutachtung deutlich gewachsen. So liegen z. B. mehr als 50% aller Anträge auf eine Frühberentung Wirbelsäulenleiden zugrunde, bei denen die Betroffenen eine Berentung nicht etwa wegen der Bewegungseinschränkungen, sondern aufgrund der Schmerzen anstreben [2].

## Grundlagen der Begutachtung

Wie oben ausgeführt ist jeder Arzt dazu verpflichtet, dem Auftrag zu einer Sachverständigenstellungnahme nachzukommen. Ein solcher Auftrag kann ohne Angabe von Gründen nicht abgelehnt werden. Ist der Gutachter allerdings der Meinung, dass eine Fragestellung nicht in sein Fachgebiet fällt oder seine Fachkenntnisse überfordert, hat er dieses dem Auftraggeber mitzuteilen. Ein Gutachten muss in einem akzeptablen Zeitraum, der üblicherweise ► **4 Wochen** beträgt, erstellt werden. Wenn der Gutachter diese Frist nicht einhalten kann, muss der Auftraggeber darüber umgehend informiert werden.

Es empfiehlt sich nach Eingang eines Gutachtauftrages die Akten und den Inhalt des Gutachtauftrages zunächst aufmerksam zu studieren, um dann möglichst umgehend den Auftraggeber zu informieren, ob das Gutachten generell angefertigt werden, ob z. B. in sozialgerichtlichen Gutachten weitere oder andere Fragestellungen zu berücksichtigen sind und nicht zuletzt, ob die angemessene Frist für die Erstellung des Gutachtens eingehalten werden kann. Mit der Erteilung eines Gutachtauftrages wird der Sachverständige verpflichtet, ein wissenschaftlich begründetes Gutachten zu erstellen, das sich auf medizinische Erkenntnisse begründet, die als allgemein gesichert gelten. Medizinische Hypothesen oder kontroverse Ansichten sind nicht Gegenstand eines Gutachtens. Der Gutachter muss auf seinem Gebiet profunde Kenntnisse und große Erfahrungen haben. Er ist verpflichtet, dieses durch regelmäßiges Literaturstudium zu erweitern.

Juristen können keine medizinischen Entscheidungen treffen. Sie sind auf den sachverständigen Rat des medizinischen Gutachters angewiesen. Um effektiv zu einer Entscheidungsfindung beitragen zu können, muss das Gutachten in einer gerade für Juristen verständlichen Terminologie exakt die gestellten Beweisfragen beantworten. Bisweilen kann es daher erforderlich werden, komplexe medizinische Sachverhalte, wie sie gerade in der Schmerzdiagnostik und -therapie häufig gegeben sind, in einer kurzen, ► **propädeutischen Einführung** dem Juristen als medizinischen Laien zu erklären [7]. Nicht selten kommt es vor, dass der Gutachtauftrag keine entsprechenden Beweisfragen oder unzureichende Beweisfragen enthält. Der Gutachter ist gut beraten, wenn er in diesen Fällen auf eine Konkretisierung des Auftrags drängt.

## Aufbau des Gutachtens

Ein gegliederter und strukturell in sich logischer Aufbau des Gutachtens ist von wesentlicher Bedeutung. Gutachten müssen eine für den Auftraggeber nachvollziehbare Form haben, wobei immer daran zu denken ist, dass die Auftraggeber im wesentlichen über keine medizinischen Sachkenntnisse verfügen. Es ist daher beim Aufbau des Gutachtens strengstens darauf zu achten, dass der ► **Tatsachenvortrag** beim Auftraggeber nicht zu falschen Schlüssen führen kann.

### Allgemeiner Teil

Neben den Angaben über den Gutachter, die im allgemeinen im Briefkopf enthalten sind, müssen Auftraggeber und Datum des Gutachtauftrages erwähnt werden. Es muss darüber hinaus erkenntlich sein, welche Quellen zur Erstellung des Gutachtens zur Verfügung standen. Dabei kann es sich ausschließlich um ein Gutachten nach Aktenlage handeln oder aber nach Aktenlage und ausführlicher Anamnese und körperlicher Untersuchung

## ► Schmerzfragebogen

Psychische Beeinträchtigungen objektivieren.

Chronologische Darstellung wichtig.

Gegliederte, nach Datum geordnete Sammlung wesentlicher Sachverhalte aufstellen.

Konträre Aussagen anderer Gutachter nicht kritisieren.

- **Eigenanamnese**
- **Sozialanamnese**

des Versicherten oder Klägers. Bei Zitaten aus den Akten ist nach Möglichkeit in Klammer die Seitengabe des Aktenblattes aufzuführen, damit der Auftraggeber beim Studium des Gutachtens die jeweils angesprochenen Aktdokumente leichter findet.

### Standardisierter Schmerzfragebogen

Spezifisch für schmerztherapeutische Gutachten ist die zusätzliche Nutzung eines standardisierten ► **Schmerzfragebogens**, der neben den vom Auftraggeber zur Verfügung gestellten Unterlagen als schriftliche Basis vor jeder Begutachtung vom Versicherten bzw. Kläger ausgefüllt werden sollte. Durch diese inzwischen gut etablierten, standardisierten Schmerzfragebogen können nicht nur die körperlichen, sondern insbesondere die psychischen Beeinträchtigungen weitgehend objektiviert werden. Bislang ist in schmerztherapeutischen Begutachtungen, die in der Literatur zugänglich sind, nur sehr selten die Verwendung eines standardisierten Schmerzfragebogens festzustellen. Da es sich bei Schmerzkrankheitsbildern im wesentlichen um komplexe Krankheitsbilder handelt, die nicht nur eine interdisziplinäre Diagnostik und Therapie benötigen, sondern auch nicht selten eine interdisziplinäre Begutachtung, können solche standardisierten Schmerzfragebogen eine wichtige Grundlage für eine entsprechende Zusatzbegutachtung sein.

Strittig ist die Frage, ob der Fragebogen beim Gutachter verbleibt und nur bei Rückfragen oder Bitten um ergänzende Stellungnahmen an den Auftraggeber mit den Akten weitergereicht wird, oder ob er Gegenstand der Begutachtungsunterlagen ist.

### Sachverhalt nach Aktenlage

Eine chronologische Darstellung des Sachverhaltes muss aus zwei Gründen erfolgen: zum einen erhält der Gutachter selbst einen schlüssigen Überblick über die Gesamtproblematik und zum anderen belegt diese Darstellung, dass sich der Gutachter intensiv mit dem Sachverhalt vertraut gemacht hat.

Es empfiehlt sich daher insbesondere für unerfahrene Gutachter, nach einem ersten Aktenstudium eine gegliederte, nach Datum geordnete Sammlung wesentlicher Sachverhalte aufzustellen, die bei der Anfertigung des endgültigen Gutachtens als Leitlinie dienen soll. Die Arzt- oder Klinikentlassungsberichte über vorangegangene diagnostische und therapeutische Maßnahmen sowie nicht selten vorher bereits eingeholte Gutachten müssen präzise und wertungsfrei dargestellt und in den Gesamtzusammenhang gestellt werden. Insbesondere im Hinblick auf vorangegangene Gutachten wird nicht selten von den Auftraggebern verlangt, dass zu bestimmten darin getroffenen Feststellungen vom jetzigen Gutachter dezidiert Stellung genommen wird.

Wenn der aktuelle Gutachter in diesem Zusammenhang zu einer gegenteiligen Auffassung als früher beauftragte Gutachter kommt, ist es auf jeden Fall zu unterlassen, deren konträre Aussagen zu kritisieren. Vielmehr müssen die Unterschiede in sachlicher Weise dargelegt und begründet werden. Es gehört leider, insbesondere im Bereich der Begutachtung von chronifizierten HWS-Beschleunigungsverletzungen und chronischen Schmerzkrankheiten, nicht selten zum unangemessenen Umgangston zwischen Gutachtern, den jeweils anderen zu diffamieren, anstatt sich sachlich kritisch mit unterschiedlichen Argumenten auseinander zu setzen.

### Anamnese

Die ► **Eigenanamnese** muss Vorerkrankungen, Vorschädigungen oder frühere Operationen erfassen. Die ► **Sozialanamnese** muss bei Berufstätigen die berufliche Situation darstellen. Hierzu gehören neben der Erfassung von körperlichen und geistigen Erfordernissen der Tätigkeit auch eine mögliche Gefährdung durch Verhältnisse am Arbeitsplatz. Bei Patienten mit chronischen Schmerzen ist die Erfassung psychosozialer Stressfaktoren von besonderer Bedeutung.

### Schilderung der Beschwerden

Der zu begutachtende Patient schildert seine Beschwerden vom Zeitpunkt des ersten Auftretens bis zur aktuellen Begutachtungssituation. Wenn ein Unfall als Auslöser vor-

### ► Ausschluss von Scheinrationalitäten

Keine eigene Wertung einbringen.

Cave: Grenzen der jeweiligen Untersuchungsmethoden!

### ► Kompetenzüberschreitungen

Exakte Formulierung verwenden, ggf. ICD-Verschlüsselung.

liegt oder hierfür angeschuldigt wird, muss der Unfallhergang geschildert werden. In bestimmten Fällen, z. B. bei HWS-Beschleunigungsverletzungen, die oft mit chronisch rezidivierenden Kopf- und Nackenschmerzen einhergehen, kann es erforderlich sein, die biomechanischen und physikalisch-technischen Gutachten hinsichtlich ihrer Kompatibilität mit den medizinischen Befunden einzubeziehen. Dabei ist strengstens darauf zu achten, dass im technischen Unfallgutachten lediglich ausgeführt werden darf, dass die im konkreten Fall feststellbaren Belastungen des betroffenen Patienten (Insassen), vergleicht man sie mit den Ergebnissen aus Versuchen mit Gesunden, d. h. nicht vorgeschädigten Probanden, bei diesen keine HWS-Verletzung hervorgerufen haben. Zum **► Ausschluss von Scheinrationalitäten** kann aus der o. g. Aussage des technischen Gutachtens nicht geschlossen werden, dass nach dem Unfall aufgetretene Beschwerden im konkreten Fall nicht doch kausal auf den Unfall zurückzuführen sind. Insofern sind Beweisfragen an den technischen Sachverständigen zum vollständigen Ausschluss der Kausalität unzulässig. Schlussfolgerungen des medizinischen Sachverständigen zu kollisionsmechanischen Fragen haben zu unterbleiben.

Es ist wichtig, durch gezielte Fragen des Sachverständigen den Verlauf und Veränderungen der Beschwerden dezidiert zu erfassen, ohne an dieser Stelle eine eigene Wertung einzubringen. Formulierungen wie „angeblich“, „vermeintlich“ oder „glaubhafte Schmerzen“ können Zweifel an der Neutralität des Gutachters wecken.

### Untersuchung

Soll ein Gutachten nicht ausschließlich nach Aktenlagen, sondern auch auf der Basis einer Untersuchung des Patienten erfolgen, müssen zunächst allgemeine Angaben dokumentiert werden. Hierzu gehören Größe, Gewicht, allgemeiner Zustand und Ernährungszustand, das Gangbild, die Benutzung von Hilfsmitteln wie Unterarmgehstützen oder Art und Zustand des Schuhwerks. Bereits diese Angaben können wertvolle Informationen liefern. Obwohl die Untersuchung der für die Begutachtung relevanten Körperabschnitte naturgemäß besonders sorgfältig erfolgen muss, erfordert es die Sorgfaltspflicht des Sachverständigen, eine zumindest orientierende Untersuchung auch der übrigen Körperabschnitte durchzuführen. Wichtig ist es dabei vor allem im Bereich der Schmerzdiagnostik nicht nur auf strukturelle Zerstörungen, sondern auch auf funktionelle Störungen und deren mögliche Reversibilität zu achten. Strukturelle Zerstörungen/Schädigungen knöcherner, knorpeliger, disko-ligamentärer, muskulärer und neuraler Gewebe sind mittels objektiver Verfahren nachzuweisen. Bei der gutachterlichen Interpretation der Untersuchungsbefunde sind die prinzipiellen und spezifischen Grenzen der jeweiligen Untersuchungsmethoden zu beachten.

Mit semiobjektiven Methoden erhobene Befunde sind als solche zu kennzeichnen, ebenso eine Verdachtsdiagnose. Werden allerdings solche Befunde durch objektivierbare Messverfahren ergänzt, steigt der Grad des Beweiswertes. Auch hierbei sollte eine Systematik erkennbar sein und bei der Dokumentation unbedingt eingehalten werden.

### Fachliche Zuständigkeit von Sachverständigen

Zur Vermeidung von **► Kompetenzüberschreitungen** können bei der medizinischen Begutachtung Kenntnisse und Erfahrungen im funktionellen, strukturellen und psychosozialen/sozio-psychologischen Bereich, insbesondere aber im Bereich der Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie erforderlich sein, die in solchen Fällen interdisziplinär einzuholen sind.

Diagnostische Aussagen aus dem psychologischen, psychiatrischen, verhaltensmedizinischen und neuropsychologischen Bereich durch Gutachter, die nicht über eine Aus-, Weiter- oder Fortbildung 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.

### Diagnosen

Die gewonnenen Befunde und Diagnosen müssen exakt formuliert und ggf. nach Diagnoseschlüsseln wie dem ICD-10 verschlüsselt werden. Wenn mehrere Diagno-

sen vorliegen, sollten sie nach ihrer schmerztherapeutischen Relevanz beginnend mit der wichtigsten aufgeführt werden. Wenn Diagnosen anderer zuvor erfolgter Gutachten bestätigt werden, sollte kenntlich gemacht werden durch Angabe der Seitenzahl des Aktenblattes, auf welches Gutachten sich diese Beurteilung bezieht. Änderungen der Terminologie müssen erläutert werden. Allgemeine Formulierungen wie „Zustand nach“ sind zu vermeiden, sog. Syndrome, z. B. zervikoenzephalales Syndrom oder Schulter-Arm-Syndrom, müssen genauer beschrieben werden.

### Beispiel

In diesem Zusammenhang sei beispielhaft anhand des HWS-Syndroms auf folgende unterschiedlichen Einteilungen hingewiesen:

#### ► Krämer

1. Nach ► Krämer [8, 9]:

- Lokales Zervikalsyndrom,
- zervikobrachiales Syndrom,
- zervikozephalales Syndrom,
- zervikomedulläres Syndrom,
- posttraumatisches Zervikalsyndrom.

#### ► Mumenthaler u. Schliack

2. Nach ► Mumenthaler u. Schliack [12]:

- Oberes Zervikalsyndrom,
- mittleres Zervikalsyndrom,
- unteres Zervikalsyndrom,

#### ► Schöps u. Senn

3. Nach ► Schöps u. Senn [14]:

- Zervikales Überlastungssyndrom,
- zervikales myofasiales Syndrom,
- zervikales Irritationssyndrom,
- zervikale segmentale Funktionsstörung,
- zervikogener Kopfschmerz,
- „third occipital headache“,
- zervikale radikuläre Syndrome,
- Verletzungsfolgen nach HWS-Beschleunigungstrauma.

#### ► Eder u. Tilscher

4. Nach ► Eder u. Tilscher [4]:

- Ligamentär bedingt mit Anteflexionsschmerz,
- Stenosierungskopfschmerz,
- Schleudertrauma.
- Muskulär bedingt mit Verspannung (primär, sekundär), Triggerpunkte, Skalenussyndrom, Okzipitalneuralgie.

#### ► Schmerzbilder nach oder bei Nervenverletzungen

Eine besondere gutachterliche Herausforderung stellen die häufig begleitenden ► **Schmerzbilder nach oder bei Nervenverletzungen** dar, die in ihrer funktionellen Bedeutung für die gutachterliche Bewertung des entstandenen Gesundheitsschadens nur schwer einzuschätzen sind.

### Beispiel

Nach einer Studie von Steiner et al. vom Januar 1994 bis Dezember 1998 wurden insgesamt 57 Patienten (36 männliche, 21 weibliche, Durchschnittsalter 33,9 Jahre) mit dieser Fragestellung im Rahmen einer Begutachtung untersucht. Ursächlich lagen traumatische Ereignisse bei 39 (68%), postoperative Störungen bei 14 und andere

### ► Akzelerations-Dezelerations-Trauma (ADT)

Schädigungen bei vier Patienten zugrunde. Die Autoren fanden bei Schädigungen des N. medianus und des N. ulnaris (beispielhaft) überwiegend Schmerzzustände bei inkompletten Läsionen. Neuralgien fanden sich bei drei bzw. sechs Patienten mit Medianus- bzw. Ulnaris-Läsionen. Eine Kausalgie fand sich bei sechs bzw. drei Patienten. Mit Ausnahme von Armplexus-Läsionen waren andere Nerven seltener betroffen. Diese Situation wurde mit einer durchschnittlich um 10% höher gelegenen Einschätzung der Leistungseinbuße berücksichtigt, wenn gleichzeitig Schmerzen vorlagen. Die Autoren folgern daraus, dass die für die reine Funktionseinbuße gültigen Skalen zur Bemessung peripherer Nervenläsionen für die Begutachtung von Schmerzsyndromen nur bedingt herangezogen werden können. Meist führen Schmerzen zu einer um durchschnittlich 10% höheren Einschränkung der Erwerbsfähigkeit (MdE), allerdings sind in manchen Fällen auch größere Einbußen vorstellbar [15].

Bei den mit Schmerzsymptomen am Bewegungssystem nicht selten einhergehenden Bewegungseinschränkungen sind, wie oben bereits ausgeführt, neben strukturellen Zerstörungen nicht selten Funktionsstörungen als Ursache anzusehen. Diese Funktionsstörungen lassen sich derzeit weitgehend nur mit semiobjektiven Untersuchungsbefunden, z. B. der segmentalen manuellen Funktionsdiagnostik darstellen. Über die in der Literatur an verschiedener Stelle dargelegten computergestützten, dreidimensionalen Bewegungsanalysen liegen derzeit zwar ausreichend wissenschaftliche Daten vor. Ob diese gutachterlich uneingeschränkt anzuerkennen sind, muss jedoch offenbleiben.

#### Beispiel

Berger et al. (1998) haben schmerzhafte Bewegungsstörungen des Kopfes nach einem ► **Akzelerations-Dezelerations-Trauma (ADT)** der Halswirbelsäule im Rahmen von Heck-, Frontal- oder Seitkollisionen untersucht. Diese schmerzhafte Bewegungsstörungen zeigen sich in einer Veränderung des Bewegungsausmaßes und des zeitlichen Ablaufs der Bewegung.

Die Arbeitsgruppe hat Kopfbewegungen bei 23 Patienten nach einem ADT der Halswirbelsäule mittels der sog. Zervikomotographie untersucht und mit 22 gesunden Versuchspersonen verglichen, die nach standardisierter Information aufgefordert wurden, schmerzhafte Kopfbewegungen vorzutauschen. Untersucht wurde die axiale Kopffrotation bei freier Bewegung und bei visuellem Tracking. Die Hypothese, dass Simulanten nicht in der Lage wären, bei dreimaliger Testdurchführung ein identisches Bewegungsmuster zu reproduzieren, bestätigte sich. Die statistische Analyse zeigt signifikante Unterschiede der Klassifikationsvariablen in beiden Gruppen [1].

Vergleichbare Untersuchungen zur Objektivierung schmerzhafter Bewegungsstörungen an der Halswirbelsäule wurden auch durch J. Dvorak et al. (1999) mit Hilfe des sog. 6000-Spine-Motion-Analyzer und in jüngster Zeit durch Mitarbeiter des Institutes für Physikalische und Rehabilitative Medizin der Universität Jena mittels der 3-D-Funktionsanalysen durchgeführt [3].

Lassen sich mittels semiobjektiver Methoden erhobene Befunde mit Hilfe dieser segmentalen quantitativen Bewegungsanalysen verifizieren, so ist der Grad der Objektivität der erhobenen Befunde höher anzusetzen. Dabei sind folgende Kriterien zu erfüllen:

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

#### Beurteilung

In diesem Abschnitt des Gutachtens beurteilt und begründet der Gutachter, ob die beschriebenen Beschwerden mit dem Untersuchungsbefund und/oder den Erfahrungen des Gutachters übereinstimmen.

Wenn keine entsprechenden Beweisfragen gestellt wurden, sollte seitens des Gutachters dennoch zu klaren Befunden Stellung genommen werden. Der Gutachter sollte jedoch ohne konkrete Fragestellung keinesfalls Aussagen zur Berufsfähigkeit machen, wenn er das Anforderungsprofil der entsprechenden Tätigkeit nicht genau kennt. Derartige Äußerungen werden von den Auftraggebern nicht selten als Kom-

Ohne konkrete Fragestellung keinesfalls Aussagen zur Berufsfähigkeit.

### ► Verdachtsdiagnose

### ► Änderungen der Biographie

Je größer die Differenz zwischen Befund und Befindlichkeit ist, umso wichtiger sind fachspezifische psychodiagnostische Zusatzgutachten.

Ursache stellt eine *Conditio sine qua non* dar und ist adäquat.

petenzüberschreitungen gewertet und können daher den Wert des gesamten Gutachtens mindern.

Kommt der Gutachter zu dem Ergebnis, dass die Beschwerden des Patienten durch gezielte therapeutische Maßnahmen gebessert werden können, sollte dies im Gutachten ausgeführt werden. Basiert die Begutachtung ausschließlich auf subjektiven Angaben des Untersuchten und semiobjektiven Untersuchungsergebnissen, sind die Erkenntnisse im Gutachten als ► **Verdachtsdiagnose** kenntlich zu machen. Semiobjektive 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.

Bei unfallbedingten Schmerzsyndromen sind zeitnahe ► **Änderungen der Biographie** des Patienten zum Unfall durch Tatsachenfeststellung zu belegen, z. B. durch Auszüge aus früheren Krankenunterlagen der Krankenkasse oder von vorbehandelnden Ärzten aus der Zeit vor dem Unfall. 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, umso wichtiger sind fachspezifische psychodiagnostische Zusatzgutachten.

### Anforderung von Zusatzgutachten

Gerade bei schmerztherapeutischen Begutachtungen können zur sicheren Bewertung des Sachverhalts weitere diagnostische Maßnahmen oder eine Zusatzbegutachtung durch ein anderes Fachgebiet erforderlich sein. Solche Maßnahmen sprechen nicht gegen die Kompetenz, sondern für die Sorgfalt des Gutachters (siehe oben).

Sofern die Möglichkeit besteht, sollte der Gutachter primär einen entsprechenden Fachkollegen hinzuziehen, um ggf. weiterführende Untersuchungen zu planen. Ein derartiges Vorgehen ist bei Gutachten, die im Auftrag von Gerichten erfolgen, allerdings vorher mit dem zuständigen Gericht abzustimmen. Eine interdisziplinäre Planung eines Gutachtens kann den Abschluss eines Verfahrens beschleunigen, aber auch durch Vermeidung unnötiger Untersuchungen Kosten sparen.

Neben der Einholung des Einverständnisses des Auftraggebers ist die Notwendigkeit zusätzlicher Untersuchung im Abschnitt „Beurteilung“ zu begründen.

### Beweisfragen

Wie oben bereits ausgeführt, sind die vom Auftraggeber gestellten Beweisfragen am Ende eines Gutachtens dezidiert zu beantworten. Erscheinen diese Beweisfragen dem Gutachter unzureichend oder falsch, ist er gut beraten, den Auftraggeber vor Erstellung des Gutachtens schriftlich darauf hinzuweisen; ggf. sollte er dem Auftraggeber unter Darlegung entsprechender Begründungen die richtigen Beweisfragen vorschlagen.

### Kausalität

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. Bei strukturellen Schäden ist dies relativ einfach. Bei funktionellen Störungen ist es Aufgabe der medizinischen/psychologischen Sachverständigen festzustellen, ob es zu z. B. unfallnahen Veränderungen im Verhalten des Betroffenen gekommen ist, z. B. hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit, seines Sozialverhaltens oder der in Anspruchnahme medizinischer Behandlungsmaßnahmen. Derartige Feststellungen müssen dann aufgrund medizinischer/psychologischer Untersuchungen hinsichtlich eines ursächlichen Zusammenhangs beurteilt werden. In Fällen von Schmerzerkrankungen mit funktionellen Störungen, die mit semiobjektiven Verfahren darstellbar und die ohne Unfallereignis in dieser Form nicht erklärbar sind, ist ein Kausalzusammenhang als wahrscheinlich anzusehen. Langsam progrediente morphologische Veränderungen können nicht alleine akut aufgetretene, relevante Funktionsstörungen erklären.

### ► Unfallnahe Stadieneinteilungen

Prinzip des Vollbeweises gilt in beide Richtungen.

### ► Beurteilung psychischer Folgen

Versorgungsrechtliche Termini nicht identisch mit den medizinischen Begriffen.

### ► Rechtliche Voraussetzung zur Anerkennung eines Schadensfalles

Behinderung = Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht.

Die in der einschlägigen Begutachtungsliteratur häufig übermäßig hervorgehobenen ► **unfallnahen Stadieneinteilungen** der Unfallschwere sind lediglich ein orientierender Indikator und erübrigen nicht die gutachterliche Einzelfallbewertung. Wenn Unfallfolgen abgelehnt werden sollen, müssen andere, geeignete adäquate Ursachen nachgewiesen und benannt werden. Das Prinzip des Vollbeweises gilt in beide Richtungen.

Bei der ► **Beurteilung psychischer Folgen** gilt ebenfalls das Prinzip der Reihenfolge der Arbeitsschritte:

1. Feststellung der vorliegenden Erkrankungen
2. Kausalitätsüberlegungen

## Grundbegriffe der versorgungsärztlichen Begutachtung

Wie bereits mehrfach ausgeführt, sind bei schmerztherapeutischen Gutachten häufig versorgungsrechtliche Termini zu berücksichtigen. Einige dieser Termini sind nicht identisch mit den medizinischen Begriffen. Daher muss ein ärztlicher Sachverständiger, der derartige Gutachten bearbeitet, diese Unterschiede kennen und beachten, um falsche Schlussfolgerungen und Konsequenzen seines Gutachtens zu vermeiden [6]. In diesem Zusammenhang ist der Begriff der Kausalität von besonderer Bedeutung.

In der gesetzlichen Unfallversicherung betrifft eine häufige gutachterliche Frage den Zusammenhang zwischen einer Erkrankung oder Verletzung und einem dafür angeschuldigten auslösenden Ereignis. Es wird dann nach dem ursächlichen Zusammenhang gefragt. Zur Anerkennung eines solchen ursächlichen Zusammenhangs ist kein Beweis im Sinne einer absoluten Sicherheit erforderlich, sondern ein solches Maß an Wahrscheinlichkeit, dass darauf eine medizinisch-wissenschaftliche Überzeugung begründet werden kann. Die bloße Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs reicht dagegen nicht aus.

► **Rechtliche Voraussetzung zur Anerkennung eines Schadensfalles** ist ein zweifacher, ursächlicher Zusammenhang:

- ▶ *Es muss ein Zusammenhang bestehen zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfall oder der Berufskrankheit = haftungsbegründende Kausalität*
- ▶ *Es muss ein Zusammenhang bestehen zwischen dem schädigenden Ereignis und der Gesundheitsschädigung = haftungsausfüllende Kausalität.*

Eine bloße Aneinanderreihung von Tätigkeit und eingetretenem Schaden reicht zur Anerkennung eines ursächlichen Zusammenhangs nicht aus.

## Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit ist ein Begriff aus dem sozialen Entschädigungsrecht. Mit der MdE werden ausschließlich die Auswirkungen von Schädigungsfolgen bemessen. Prinzipiell wird die MdE abstrakt bemessen, d. h. die Auswirkungen von Schädigungen werden in allen Lebensbereichen unabhängig vom Beruf betrachtet. Die MdE muss aber höher bewertet werden, wenn durch die Schädigungsfolge besondere Beeinträchtigungen im ausgeübten oder nachweislich angestrebten Beruf eintreten. Dies ist besonders der Fall, wenn:

- ▶ der Beruf nicht mehr ausübt werden kann,
- ▶ im noch weiter ausgeübten Beruf eine wesentlich höhere Erwerbsminderung als im allgemeinen Erwerbsleben besteht oder
- ▶ ein weiterer Aufstieg im ausgeübten Beruf nicht möglich ist [13].

## Grad der Behinderung (GdB)

Als Behinderung wird eine Funktionsbeeinträchtigung bezeichnet, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Damit ist der GdB auf alle Gesundheitsstörungen, unabhängig von ihrer Entstehung, bezogen. Der

► **Leitfaden Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz**

► **Pharmakotherapie von Schmerzen**

Definition alternativer Behandlungsmethoden: Alle Verfahren, deren Wirksamkeit von der herrschenden wissenschaftlichen Auffassung bezweifelt wird, deren Unwirksamkeit oder Schädlichkeit aber nicht nachgewiesen ist.

► **Osteopathische Medizin**

GdB wird in Zehnergraden angegeben. Die Bemessung von MdE und GdB setzen eine nicht nur vorübergehende Störung von einer Dauer von zumindest sechs Monaten voraus. Wenn zum Zeitpunkt einer Begutachtung anhand der vorliegenden Schmerzerkrankungen die Möglichkeit von Veränderungen besteht, muss eine Nachbegutachtung vorgeschlagen werden. Bei Schmerzen, die intermittierend oder episodisch auftreten, muss bei der MdE-/GdB-Bemessung von dem durchschnittlichen Ausmaß der Beeinträchtigung ausgegangen werden.

Als Grundlage für alle ärztlichen Begutachtungen hat das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) den ► „**Leitfaden Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz**“ entwickelt. Die darin enthaltene GdB-/MdE-Tabelle schließt in den angegebenen Werten üblicherweise vorhandene Schmerzen und auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhafte Zustände mit ein. Es wird jedoch explizit gefordert, dass bei Schmerzen, die eine spezielle Therapie erfordern, höhere Werte angesetzt werden.

## **Gutachterliche Fragen zu Methoden der Schmerztherapie**

### **Medikamentöse Schmerztherapie**

Bei der Behandlung chronischer Schmerzen hat die Pharmakotherapie eine sehr große Bedeutung. Folgende Aspekte der ► **Pharmakotherapie von Schmerzen** sind von gutachterlicher Bedeutung:

#### **Nebenwirkungen der Pharmaka**

Wenn den Schmerzen ein Unfall oder schädigendes Ereignis ursächlich zugrunde liegt, können Nebenwirkungen oder Komplikationen der Pharmaka als mittelbare Folge anerkennungspflichtig werden.

#### **Medikamentenabusus und Medikamentenabhängigkeit**

Wenn ein schmerzbedingter Medikamentenmissbrauch als Unfall- oder Schädigungsfolge auftritt, so muss der Unfall als wesentliche Ursache des Missbrauchs beurteilt werden.

### **Alternative schmerztherapeutische Methoden**

Dieser Begriff umfasst unterschiedlichste diagnostische und therapeutische Verfahren, die sich dadurch auszeichnen, dass sie in Konkurrenz zu schulmedizinischen Verfahren stehen oder sich sogar bewusst davon abzugrenzen versuchen.

Patienten, die alternative schmerztherapeutische Behandlungen in Anspruch nehmen, beantragen in der Regel eine Kostenübernahme durch den Versicherungsträger. Während das Grundgesetz die Freiheit der Methodenwahl durch den Therapeut einerseits und das Recht auf Selbstbestimmung der Patienten andererseits weitgehend respektiert, müssen die Versicherungsträger zum Schutz der Solidargemeinschaft bei der Frage nach einer Kostenübernahme alternativer Behandlungen sehr viel restriktiver sein [10].

Nach der aktuellen Rechtsprechung werden alternative Behandlungsmethoden wie folgt definiert: Alle Verfahren, deren Wirksamkeit von der herrschenden wissenschaftlichen Auffassung bezweifelt wird, deren Unwirksamkeit oder Schädlichkeit aber nicht nachgewiesen ist. Somit stellt jede neue Behandlungsform solange eine alternative Therapie dar, wie die Effektivität nicht in kontrollierten klinischen Untersuchungen nachgewiesen ist. Wenn derartige Studien die Effektivität einer neuen Therapie gezeigt haben, kann diese in ein therapeutisches Stufenschema integriert werden.

Für die Schmerztherapie von besonderer Bedeutung ist in diesem Kontext der Einsatz von Verfahren der sog. ► **osteopathischen Medizin**. Deren Effektivitätsnachweise sind fast ausschließlich Gegenstand der amerikanischen Literatur, durchgeführt von osteopathischen Ärzten, die es bei uns nicht gibt. Insofern sind derartige Verfahren in der Begutachtung besonders sorgfältig zu prüfen.

## Haftungs- und strafrechtliche Aspekte der Schmerztherapie

Der Anspruch der Bevölkerung hinsichtlich der Effektivität und Sorgfalt einer medizinischen Behandlung ist in den letzten Jahren erheblich gewachsen. Die Konsequenz sind immer häufigere Schadensersatzansprüche gegen die behandelnden Ärzte. Somit wird auch die schmerztherapeutische Tätigkeit haftungs- und strafrechtlich relevant und damit zum Gegenstand von Begutachtungen.

Die haftungsrechtlichen Aspekte betreffen insbesondere die rechtzeitige und umfassende **Aufklärung des Patienten** über die Risiken schmerztherapeutischer Maßnahmen sowie die Dokumentationspflicht, die sich auch auf die Effektivität der durchgeführten Schmerztherapie erstrecken muss. Auch hier gilt, dass jeder Eingriff in die Körperintegrität den Tatbestand der Körperverletzung erfüllt und nur dann straffrei bleibt, wenn eine rechtswirksame Aufklärung und Einwilligung des Patienten vorliegt. Aufzuklären ist über alle typischen, für einen bestimmten Eingriff spezifischen Risiken, auch unabhängig von der Inzidenz, wenn die Verwirklichung eines solchen Risikos geeignet ist, die Lebensumstände der Betroffenen gravierend zu verändern. Analog zu elektiven Eingriffen in anderen Fachdisziplinen müssen die Patienten vor invasiven schmerztherapeutischen Interventionen über die typischen Risiken des jeweiligen Verfahrens bis zu einer Risikofrequenz von 1:1000 bis 1:2000 aufgeklärt werden. In der jüngeren Rechtsprechung ist jedoch eine Verschärfung der Hinweispflicht auch bei fernliegenden Risiken zu beobachten. So hat der Bundesgerichtshof entschieden, dass über das Infektionsrisiko bei einer Kniegelenkspunktion auch bei einer Wahrscheinlichkeit von 1:35.000 aufgeklärt werden muss.

► **Techniken mit irreversiblen Folgen**, z. B. neurodestruktive Maßnahmen, erfordern darüber hinaus eine Aufklärung der Patienten über alle potenziellen Komplikationen. Vor neurolytischen Blockaden sollte ein sicherer Effekt von zwei diagnostischen Blockaden mit Lokalanästhetika nachgewiesen und dokumentiert werden. Invasive Eingriffe erfordern zudem eine Aufklärung über alternative, nicht-invasive Behandlungsmethoden.

Die Einwilligung sollte in schriftlicher Form auf einem entsprechenden Formblatt erfolgen, auf dem auch handschriftlich der Umfang der Aufklärung vom Schmerztherapeuten dokumentiert werden sollte. Geeignete Formulare sind z. B. die vom DIOMed-Verlag konzipierten Aufklärungsbögen, die für zahlreiche schmerztherapeutische Verfahren erhältlich sind. Wenn der Patient nicht schriftlich einwilligen kann, ist auch eine mündliche Einwilligung möglich. Diese sollte zumindest vor größeren Interventionen durch eine Zeugenunterschrift bestätigt werden. Bei fehlenden oder mangelnden Sprachkenntnissen muss ggf. ein Übersetzer herangezogen werden, was im Formblatt zu vermerken ist.

Die Therapie chronischer Schmerzen ist trotz des zum Teil hohen Leidensdruckes der Patienten eine elektive medizinische Maßnahme. So dürfen auch appellativ vorgetragene Forderung von noch nicht bekannten Patienten nach einer sofortigen Intervention den Schmerztherapeuten nicht dazu bewegen, auf eine Aufklärung und Einwilligung des Patienten zu verzichten. Der Zeitpunkt des Aufklärungsgesprächs richtet sich nach der Häufigkeit und im Schweregrad möglicher Komplikationen des geplanten Eingriffes. Dem Patienten muss in Abhängigkeit von den potenziellen Risiken ein angemessener **Bedenkenszeitraum** eingeräumt werden. So ist es durchaus zulässig, einen Patienten vor einer komplikationsarmen Intervention erst unmittelbar vor der Durchführung aufzuklären, während die Aufklärung zu einer Maßnahme mit einer deutlich höheren Komplikationsrate, z. B. Stellatumblockade, mindestens einen Tag vor der Durchführung erfolgen muss.

Da die Patienten bei einer medikamentösen Schmerztherapie die Präparate oft langfristig einnehmen müssen, ist auch in diesen Fällen eine über typische und besondere gravierende Nebenwirkungen und Komplikationen erforderlich. Nicht zu vergessen ist die Aufklärung über die Einschränkung der Fahrtüchtigkeit.

### Dokumentationspflicht und Qualitätssicherung

In Arzthaftungsverfahren wird von den Gerichten in zunehmendem Maß die Beweislast umgekehrt, d. h. nicht der Kläger muss dem behandelnden Arzt ein Verschulden nachweisen, sondern der Arzt muss nachweisen, dass er nach den Regeln der ärztlichen Kunst gehandelt hat. Um eine **Beweislastumkehr** zu verhindern, muss der Schmerztherapeut daher Zeitpunkt und Umfang der Aufklärung schriftlich dokumentieren. In

#### ► Aufklärung des Patienten

#### ► Techniken mit irreversiblen Folgen

#### ► Bedenkenszeitraum

Beweislast liegt jetzt oft beim Arzt.

#### ► Beweislastumkehr

Nachträgliche Eintragungen in die Dokumentation vermeiden.

### ► Qualitätssicherung in der Schmerztherapie

Jeder Patient hat einen Rechtsanspruch auf eine Schmerztherapie nach dem aktuellen Stand des Wissens.

nicht wenigen Fällen tritt die Beweislastumkehr allein deswegen in Kraft, weil seitens des Arztes eine unzureichende Dokumentation vorgelegt wurde. Bei einer handschriftlich geführten Dokumentation in der Patientenakte sind die Eintragungen in zeitlicher Reihenfolge sowie so eindeutig leserlich niederzulegen, dass es einem berechtigten Dritten jederzeit möglich ist, diese Dokumentation nachzuvollziehen. Dabei können in der Regel auch Abkürzungen verwendet werden, für die allerdings in der Praxis/Klinik an geeigneter Stelle eine Legende zu hinterlegen ist. Gleiches trifft für eine EDV-gesteuerte Dokumentation zu. Nachträgliche Eintragungen in die Dokumentation sind unter allen Umständen zu vermeiden bzw. eindeutig als solche zu kennzeichnen, damit nicht von einer Manipulation der Dokumentation ausgegangen werden muss.

Ein weiterer, wesentlicher Faktor ist die ► **Qualitätssicherung in der Schmerztherapie**. Viele Schmerztherapeuten nutzen nicht regelmäßig die umfangreichen verfügbaren Messinstrumente zum Nachweis der Effektivität ihrer Therapie. Eine medikamentöse oder invasive Schmerztherapie mit potenziellen Komplikationsmöglichkeiten darf aber nur dann längerfristig durchgeführt werden, wenn die Effektivität nachgewiesen werden kann. Invasive schmerztherapeutische Maßnahmen sollten in jedem Fall abgebrochen werden, wenn nach drei bis vier Blockaden keinerlei Verbesserungen nachweisbar sind.

Die strafrechtliche Problematik akuter und chronischer Schmerzen wurde erst in den letzten Jahren entdeckt, gewinnt aber mit der Etablierung schmerztherapeutischer Standards an Bedeutung. So steht die Rechtsprechung heute auf dem Standpunkt, dass jeder Patient einen Rechtsanspruch auf eine Schmerztherapie nach dem aktuellen Stand des Wissens hat [11]. Dieser Anspruch entspricht zugleich einer Rechtspflicht des Arztes zur Durchführung einer solchen Schmerztherapie. Eine schuldhaft Verletzung der ärztlichen Pflicht zur Schmerztherapie und Leidensminderung begründet Schmerzensgeldansprüche des Patienten nach § 847 Abs. 1 S. 1 BGB. Wenn einem Patienten mit starken Schmerzen, z. B. einem Tumorpatienten, eine standardentsprechende Schmerztherapie vorenthalten wird, so kann der behandelnde Arzt nach § 223 StGB auch wegen unterlassener Hilfeleistung strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden (§ 323c StGB). Hat sich eine Unterlassung der Schmerzbekämpfung lebensverkürzend ausgewirkt, ist sogar eine Bestrafung wegen eines Tötungsdeliktes nicht ausgeschlossen.

## Fazit für die Praxis

Es gibt bisher kaum Literatur, die die gutachterliche Problematik chronischer Schmerzen aufzeigt und die ärztlichen Sachverständigen dazu anleitet, Schmerzen in ihrer Beurteilung hinreichend zu berücksichtigen. Chronische Schmerzen sind häufig mit einem Verlust von Lebensqualität verbunden, der weit über objektivierbare funktionelle Einschränkungen der körperlichen Integrität hinausgeht. So führt schmerzbedingtes soziales Rückzugsverhalten nicht selten zur Isolation des Betroffenen und Einschränkungen der beruflichen Leistungsfähigkeit zu finanziellen Einbußen bis hin zum Verlust des Arbeitsplatzes.

Als Grund für eine unzureichende Berücksichtigung von Schmerzen wird meist die vermeintlich fehlende Messbarkeit der Schmerzen genannt. Eine Quantifizierung der Schmerzempfindung mit einem einzigen Messinstrument ist tatsächlich nicht möglich, denn Schmerz ist ein mehrdimensionales Erleben mit sensorisch-diskriminativen, kognitiven, sozialen und emotional-affektiven Komponenten. Für jede dieser Einzelkomponenten gibt es jedoch valide Messinstrumente, deren mehrdimensionale Auswertung zuverlässige Aussagen über Vorhandensein von Schmerzen und die Beeinträchtigung durch die Schmerzen gewährleistet. Zum Abschluss sei nachfolgend auf die Bewertungskriterien hingewiesen, die in der Begutachtung von zentraler Bedeutung sind:

- verlässlich,
- wahrscheinlich,
- hypothetisch,
- spekulativ,
- falsch.

## Literatur

Literatur beim Verfasser