

Medizinische Komponente beim HWS

Anmerkungen zum Schmerzensgeldurteil des BGH vom 28. 1. 2003

Von Dr. med. Uwe Opperl, Iserlohn

In Kürze

In der aktuellen gutachterlichen Praxis nach „Schleudertraumen“ waren zwei Tendenzen festzustellen, die das Neutralitätsgebot eines medizinischen Sachverständigen gefährdeten. Dies waren einerseits die tendenziellen Angebote zum medizinischen Beweis/Ausschluss eines Primärschadens und andererseits die scheinbar medizinische Argumentation mit einer physikalischen Harmlosigkeitsgrenze.

A. Einleitung

Beiden Fehlentwicklungen gebietet der BGH¹ mit seinem aktuellen Urteil v. 28. 1. 2003 Einhalt. Die kurzfristig in Zweifel gezogene Auffassung wird wieder als primär entscheidungsrelevant festgestellt: medizinische Aspekte sind so eindeutig für den Umfang der Diagnostik sowie die konsekutive Therapie jeglicher (tatsächlicher/vermuteter/befürchteter) Unfallfolgen dominant, dass sie eigenes Gewicht entfalten. Diese primär medizinisch geprägten und zulässigen Entscheidungen/Konsequenzen dürfen bei der abschließenden gutachterlichen Bewertung etwaiger Primärschäden/anhaltender Unfallfolgen nicht durch einen Hinweis auf physikalische Unfallaspekte als irrelevant gestempelt und retrospektiv durch unbegründete Zweifel in ihrer primären/sekundären sozialmedizinischen Wirksamkeit bestritten werden.

Juristische Entscheidungen sollen zunächst Besonderheiten medizinischen Denkens berücksichtigen, das entsprechende Symptomenkomplexe im Abgleich mit der Vorgeschichte primär einer geringen Zahl von Verdachtsdiagnosen gegenüberstellt. Durch medizinische Untersuchungen werden dann die individuell und aktuell relevanten Diagnosen gesichert und pathogenetisch sowie sozialmedizinisch bewertet. Es ist derzeitigem Erkenntnisstand und wirtschaftlichen Notwendigkeiten geschuldete medizinische Praxis², eine Diagnosesicherung auch häufig und allein im Ausschussverfahren zu erreichen, was bei der retrospektiven gutachterlichen Einzelfallbeurteilung ebenfalls nicht übergangen werden darf.

Die gutachterliche Ablehnung einer aktenkundigen Behandlungsdiagnose ohne alternative Leidensbezeichnung ist untersagt und ein medizinisches Gutachten zum posttraumatischen Gesundheitszustand und seiner sozialmedizinischen Kausalität darf, soll und muss sich rein medizinischer Argumente bedienen.

B. Physik und Gesundheit:

Es entspricht allgemeiner Erfahrung, dass Stolpern und Hinfallen regelmäßig ohne einen Gesundheitsschaden überstanden werden. Andererseits ist es medizinisch-epidemiologische Erkenntnis, dass diese scheinbare Bagatelle³ letztlich doch für 42% aller Arm- und Beinbrüche (bei Frauen 59%, bei Männern 33%) verantwortlich ist. Gleichzeitig liegt die Rate sehr guter bis guter Therapieergebnisse, z.B. bei Armbrüchen zwischen 70 und 85%, d.h. für 15 – 30% der Verletzten endet diese Bagatelle mit einer mehr oder minder ausgeprägten, teilweise invalidisierenden Defektheilung⁴. Therapeutisch nutzbare, medizinisch-inhaltliche Erkenntnisse für diese gravierenden Unterschiede beim Primärschaden und im Therapieverlauf fehlen weitgehend – gerade deshalb lernt jeder Arzt schon im Studium derartige Regel – und/oder Ausnahmeverläufe als medizinische Grundtatsache kennen.

Ebenso entspricht es medizinisch epidemiologischer Erkenntnis, dass viele Betroffene in zeitlicher Nähe auch zu einem milden „Schleudertrauma“ erstmals eine Vielzahl unspezifischer Symptome entwickeln, die zudem im zeitlichen Verlauf individuell ausgeprägt und kombiniert sind. Beispielhaft nennen Grifka et al.⁵:

- Muskelhartspann in der Schulter-Nacken-Region
- diffuse Schmerzausstrahlung in Hinterhaupt, BWS und Schulter-Arm-Bereich

¹ DAR 2003, 217 m. Anm. Steiger = NJW 2003, 1116 = VersR 2003, 474 m. Anm. Jaeger, dazu Wedig DAR 2003, 393 (in diesem Heft)

² Opperl, U.: Gutachterliche Pflichten am Beispiel des „Schleudertrauma“; *Man Med* 37 (1997) 241 – 254

³ Meisinger, C. et al.: Epidemiologie der Extremitätenfrakturen, *Orthopäde* 31 (2002) 92 – 99

⁴ Bickerstaff DR, Kanis JA: Algodystrophy: an under-recognized complication of minor trauma. *Br J Rheumatol* 1994 Mar; 33(3): 240 – 8

⁵ Grifka, J, A Hedtmann, HG Pape, H Witte, J Tielis: Diagnostik und Therapie bei Beschleunigungsverletzungen der Halswirbelsäule DÄ 95 (1998) A 152 – 158

- Schluckbeschwerden, „Kloßgefühl“
- Sehstörungen (Sternchensehen, Schleierschen, Schwarzwerden)
- Schwindelgefühl
- Hörstörungen (einschließlich Rauschen und „Wattegefühl“), Tinnitus
- Übelkeit
- Schlafstörungen
- Vigilanzstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten

Ein allgemein akzeptiertes, medizinisch-inhaltliches Verständnis für diese unbestrittene Symptombildung und ihre variable Dauer und Intensität fehlt bis heute.

C. Derzeitige Erklärungsmodelle:

Durch Erkenntnisse der Muskelphysiologie⁶ ist inzwischen bekannt, dass schon ein einmaliges Versagen der Muskulatur bei dehnender Belastung dazu führt, dass im betroffenen Muskel Reaktionen ablaufen, wie sie bei untrainierten Muskeln und/oder unangepasster Belastung in Form eines Muskelkaters allgemein bekannt sind.

Diese biologischen Grundlagen könnten ggf. viele epidemiologisch gesicherte Beobachtungen beim „Schleudertrauma“ erklären:

- Nicht alle Unfallbeteiligten entwickeln Symptome – unterschiedliche Trainingszustände
- Die Beschwerden treten oft erst mit einem gewissen Abstand ein
- Die Beschwerden haben in den ersten Tagen oft einen ansteigenden Charakter
- Ein derartiger Überlastungsschaden kann bei der kollisionsbedingten Primärbewegung und/oder auch bei einer reflektorischen Sekundärbewegung eintreten
- Sitz- und Fahrzeugkonstruktion sowie Kollisionsgeschwindigkeit haben nur einen regelhaften Einfluss auf die Rate primärer Symptombildung

Im Rahmen eines traumatischen Erlebnisses müssen die Betroffenen in der folgenden Stressreaktion aber nicht nur die körperlichen, sondern auch die psychischen/psychologischen Folgen des Unfallgeschehens verarbeiten. Hierzu ist die volle Funktionsfähigkeit von Regelkreisen zwischen Zwischenhirn, Hirnanhangsdrüse und Nebennierenrinde erforderlich. Auf diesen Regulations Ebenen gibt es große biologische und genetisch determinierte Unterschiede, die dazu führen, dass verschiedene Personen unterschiedlich stressfest sind.^{7, 8, 9, 10}

Diesen und weiteren Erklärungsmodellen zum Trotz sind aber auch aktuell die tatsächlichen Therapieergebnisse deprimierend.^{11, 12, 13, 14}

D. Medizinische und sozialmedizinische Konsequenzen

Es entspricht medizinisch-epidemiologischer Erkenntnis, dass die weit überwiegende Mehrzahl der Wirbelsäulenleiden sogen. unspezifische Beschwerdebilder darstellen, d.h. die konkreten Ursachen der Schmerzen/Symptome des Einzelfalles lassen sich weder klinisch noch irgendwie bildgebend nachweisen; Ameri¹⁵ berichtet, dass in 85 % der Fälle die klinischen ebenso wie die bildgebenden Befunde (Röntgen, CT, NMR) unspezifisch sind, und dass diese Feststellung sowohl für die unfallbedingten wie unfallunabhängigen Beschwerdebilder gilt.

Des Weiteren ist aufgrund epidemiologischer Studien bekannt, dass zwischen 10 (zehn) und 60 (sechzig) % der Patienten mit akuten Wirbelsäulenschmerzen einen primär chronischen Verlauf ihrer Beschwerden zeigen, d.h. die Beschwerden dauern 2 und mehr Jahre an¹⁶. Individuell verwertbare, praediktive Faktoren können derzeit i.a.R. medizinisch nicht ermittelt werden, was wiederum sowohl für die unfallbedingten wie unfallunabhängigen Formen gilt. Die primäre und sekundäre medizinische Befundlage ändert sich nicht, aber diese akuten und anerkannt unfallbedingten Symptome bilden sich nur bei der Mehrzahl der Betroffenen zurück, bei anderen bleiben sie bestehen und erreichen ggf. invalidisierendes Ausmaß.^{17, 18, 19, 20, 21, 22}

Trotz erprobter und gesicherter Therapiemethoden sind schon die Folgen eines simplen Armbruches wie o.a. nur begrenzt gut. Beim symptomatischen „Schleudertrauma“ fehlen erprobte und gesicherte Therapiemethoden, so dass in der therapeutischen Realität ein für Betroffene nicht risikoloser Polypragmatismus herrscht.

E. Medizinischer Primärschaden

Einige medizinische Gutachter verlangen inzwischen für die Annahme eines Primärschadens beim „milden Schleudertrauma“ Nachweiskriterien, die weit jenseits der Normen der aktuellen und etablierten Medizin liegen, die aber für therapeutische Eingriffe und alle ihre Konsequenzen als ausreichend angesehen werden.

- Mense, S.: Beobachtungen aus der Muskelanatomie und der Muskelphysiologie als mögliche Konzepte für klinische Phänomene beim Schleudertrauma, freies Intervall, das Problem der „Trigger Points“ Vortrag Symposium Neuroorthopädie 9, Neues zum Schleudertrauma, Koblenz 23.06.2001
- Adamec, R.: Transmitter Systems Involved in Neural Plasticity Underlying Increased Anxiety and Defense – Implications for Understanding Anxiety Following Traumatic Stress, Neuroscience and Biobehavioral Review 21 (1997) 755-765
- Bengel, J. Z. Landji: Symptomatik, Diagnostik und Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung Z. Klin. Psychol. Psychiatr. Psychother. 44 (1996) 129 – 149
- Gargan, M., S. Hollis, C. Main, G. Bannister: The behavioural response to whiplash injury; J Bone Joint Surg 79 (1997B) 523 – 526
- Yehuda, R., AC McFarlane: Conflict Between Current Knowledge About Posttraumatic Stress Disorder and 1st Original Conceptual Basis; Am J Psychiatry 152 (1995) 1705 – 1713
- Cote P, JD Cassidy, L. Carroll, JW Frank, C Bombardier: A systematic review of the prognosis of acute whiplash and a new conceptual framework to synthesize the literature, Spine 26 (2001) 445 – 458
- McClune T, AK Burton G Waddell: Whiplash associated disorders: a review of the literature to guide patient information and advice, Emerg. Med J 19 (2002) 499 – 506
- Lovell ME, CS Galasko: Whiplash disorders – a review, Injury 33 (2002) 97 – 101
- Scholten – Peeters GG, GE Bekering, AP Verhagen, DA van Der Windt, K Lanser, EJ Hendrik, RA Oostendorp: Clinical practice guideline for the physiotherapy of patients with whiplash – associated disorders, Spine 27 (2002) 412 – 422
- Ameri, AA: Rückenschmerzen sinnvoll therapieren – Neustes aus der Grundlagenforschung, Extracta orthopaedica 4 (2003) 23
- Weiß, H.R.: Epidemiologie und Risikofaktoren des chronischen Kreuzschmerzes Orthopädische Praxis 35, 8 (1999), 469-477
- Verhagen, A.P.; Peeters, GGM; DeBie, R.A. u. Oostendorp, R.A.B.: Conservative treatment for whiplash Cochrane Library Ausgabe 4 / 2001.
- Cote P, JD Cassidy, L. Carroll, JW Frank, C Bombardier: A systematic review of the prognosis of acute whiplash and a new conceptual framework to synthesize the literature, Spine 26 (2001) 445 – 458
- McClune T, AK Burton G Waddell: Whiplash associated disorders: a review of the literature to guide patient information and advice, Emerg. Med J 19 (2002) 499 – 506
- Lovell ME, CS Galasko: Whiplash disorders – a review, Injury 33 (2002) 97 – 101
- Scholten – Peeters GG, GE Bekering, AP Verhagen, DA van Der Windt, K Lanser, EJ Hendrik, RA Oostendorp: Clinical practice guideline for the physiotherapy of patients with whiplash – associated disorders, Spine 27 (2002) 412 – 422
- Weh L.: Akutes Schleudertrauma – Unklare Prognose, Extracta orthopaedica 2(02) 10-12

Es werden sogen. „objektive“ Erstbefunde gefordert, die dann im Ergebnis auf entsprechende Befunde der bildgebenden Diagnostik reduziert werden. Spezifische Befunde, die bildgebend die Erstdiagnose i.R. eines „milden Schleudertraumas“ haftungsrechtlich begründen ließen, sind derzeit aber nicht bekannt.

Wenn die therapeutische Medizin und die Rechtsprechung derartige, derzeit rein gutachterliche Postulate akzeptieren würde, wären gleichzeitig die Mehrzahl medizinischer Zusammenhangsgutachten entbehrlich. Solche Akten könnten routinemäßig durch Nachfrage beim Therapeuten und anschließendem Einlegen des Formblattes „Kein „objektiver“ Erstbefund – kein Primärschaden – kein Dauerschaden möglich“ ohne weiteren medizinischer Sachverstand geschlossen werden, der dann aber im Hinblick auf die daraus resultierenden Haftungsrisiken der Therapeuten doch wieder erforderlich würde.

Derartigen, scheinbar medizinischen Argumentationen hat der BGH jetzt einen Riegel vorgeschoben. Es verlangt vom Gutachter gerade im Rückblick auch eine medizinisch-inhaltliche Auseinandersetzung mit den medizinischen Feststellungen/Maßnahmen der Erstbehandler/weiterer Therapeuten als einem gewichtigen Argument für einen unfallbedingten Primärschaden. Eine derartige Bewertung der aktenkundigen Therapie muss zugleich mit der medizinischen und sozialen Biographie des Verunfallten vor und nach dem Unfall erklärend vereinbar sein.

F. Physikalische Harmlosigkeitsgrenze

Im gutachterlichen Alltag war außerdem die scheinbar medizinische Feststellung zu vernehmen, dass aufgrund einer angeblichen physikalischen Harmlosigkeitsgrenze auch im Einzelfall festgestellt werden könnte, dass schon ein Primärschaden zweifelhaft sei, aber dass zumindest ein Dauerschaden medizinisch kategorisch ausgeschlossen werden könne.

Mit dieser scheinbaren medizinischen Argumentation werden aber systematisch die Interessen der Unfallopfer benachteiligt und die der Kfz-Haftpflichtversicherer begünstigt, die gleichzeitig als regelmäßige und institutionelle Nachfrager medizinischer Gutachten am Markt auftreten.

Eine derartige Scheinargumentation hat das BGH jetzt untersagt, in dem es feststellt, dass eine medizinisch dokumentierte Patientenkarriere im Anschluss an einen Unfall nur durch umfassende medizinische Feststellungen zur prae- und posttraumatischen Biografie in ihrer sozialmedizinischen Kausalität zutreffend bewertet werden kann und das hierbei insbes. technische Unfallanalysen entbehrlich sind.

G. Aufgaben des medizinischen Gutachters

Derzeitiger medizinischer Kenntnisstand ist weit davon entfernt, in der Therapie auch milder Schleudertraumen mit der o.a. komplexen Symptomatik jenen Grad an statistischer Erfolgssicherheit zu haben, dass das Anhalten eines unfallbedingt einsetzenden Leidenszustandes mit Wahrscheinlichkeit als unfallunabhängig dargestellt werden kann.

Daher erwartet der BGH von einem ärztlichen Sachverständigen eine medizinische Beschreibung und sozialmedizinische Bewertung der tatsächlichen Unfallfolgen/Therapieergebnisse und keine pauschalen Hinweise auf den Regelverlauf. In Übereinstimmung damit sieht das Landes-

sozialgericht Sachsen²³ die Aufgaben des medizinischen Gutachters wie folgt:

... der Sachverständige es als seine Aufgabe ansehe, Lebenslauf, Erkrankungen und Gesundheitszustand der Klägerin im Anschluss an den Unfall bestmöglich medizinisch zu beschreiben und schließlich die dafür notwendigen, erkennbaren und verantwortlichen Diagnosen hinsichtlich ihrer sozialmedizinischen Kausalität zu bewerten. Um diese Aufgabe an der Naht-/Schnittstelle medizinischen Handelns und Denkens zu juristischen Kategorisierungen und Entscheidungen zu erfüllen, sollten die realen medizinischen Probleme in der Diagnostik und Therapie sowie die daraus resultierenden tatsächlichen Therapieergebnisse so ausführlich dargestellt werden können, dass zunächst alle denkbaren medizinischen Erklärungsmöglichkeiten erkennbar und dann die nachfolgenden Wahrscheinlichkeitsabwägungen auch inhaltlich für Nichtmediziner nachvollziehbar und verständlich würden.

Prinzipiell unerfüllbare Kriterien zum vermeintlichen Nachweis eines Primärschadens, sozialmedizinische Ignoranz gegenüber der tatsächlichen Unfallheilbehandlung und eine scheinbar medizinische Argumentation mit einer angeblichen physikalischen Harmlosigkeitsgrenze erfüllen diese Ansprüche nicht, so dass jetzt auch der BGH eine derartige Argumentation in medizinischen Gutachten untersagt hat.

Trotz der Unterschiede in den speziellem zivil- und sozialrechtlichen Kausalitätsnormen gelten diese prinzipiellen Wertungen für beide Versicherungsbereiche.

H. Zusammenfassung

Bei medizinischer Betrachtung verlangt das aktuelle Urteil des BGH für eine zutreffende sozialmedizinische Beurteilung einer konkreten Biografie nach einem Unfall:

- Dem Unfallopfer dürfen nicht länger mit dem Hinweis auf angebliche physikalische Harmlosigkeitsgrenzen unbegründet auch noch sämtliche Risiken medizinischer Wissenslücken in der Unfallheilbehandlung aufgebürdet werden.
- Der Unfallverursacher darf nicht medizinisch unbegründet von allen Konsequenzen entlastet werden, die sich aus der rein unfallbedingt eingeleiteten Heilbehandlung für den passiv Unfallbeteiligten ergeben.
- Mit den Stärken und Schwächen der gegenwärtigen Medizin haben sich alle gesellschaftlichen Gruppen gleichrangig zu arrangieren. Ein ärztliches Zusammenhangsgutachten muss letztlich medizinische Diagnosen ermitteln, die mit den dokumentierten individuellen Lebensverhältnissen vor und nach dem Unfall erklärend vereinbar sind.
- Lediglich konkret ermittelte medizinische Diagnosen können anschließend im Hinblick auf ihre sozialmedizinische Ursache als sichere oder potentielle Unfallfolgen bzw. als sicher oder wahrscheinlich unfallunabhängig bewertet werden.
- Wenn ein Gutachter keine Diagnosen²⁴ ermitteln kann, die eine medizinische Erklärung für die posttraumatische Biografie des Verunfallten darstellen, sollte dies auch unmissverständlich so erklärt werden, zudem derart ungeklärte sozialmedizinische Kausalitätsfragen auch keine zivilrechtlichen Schadensersatzansprüche auslösen.

²³ L 2 U 81/99 v. Februar 2003, Bl. 14

²⁴ König- Ouvrier I.: Gerichtliche Gutachten – Festlegung häufig nicht möglich, DÄ 100 (03) A612