

## **3.8. Gutachterliche Beurteilung, Schmerzen, Minderung der Erwebsfähigkeit**

### **3.8.1. Allgemeines, Kausalitätsfragen**

Die Frage nach der Unfallskausalität ist stets zu beantworten und kann mitunter außerordentlich schwierig sein. Die Abgrenzung gegen praetraumatische Zustände wie Kopfschmerzen, Migräne (Familienanamnese?), auch vorbestehende psychische Konstitutionen, Anfallsleiden oder Äquivalente sind zu berücksichtigen. Art und Schwere des Unfallereignisses muss geeignet sein, den Schaden herbeizuführen. Ein »Post hoc« ist nicht ein »Propter hoc« und darf daher nicht verwechselt werden. Schwierig allerdings wird die Beurteilung dann, wenn der Unfallschaden erst nach einer längeren Latenzzeit auftritt.

Immer sind Verdeutlichungstendenzen (früher Aggravation) zu berücksichtigen, die meist schon bei der Befragung deutlich werden und durch geschickte Befragung erkennbar sind. So kann beispielsweise die Aussage, dass die retrograde Amnesie (Erinnerungslücke vor dem Unfall) als wesentlich länger angegeben wird als die anterograde posttraumatische Amnesie (Erinnerungslücke nach dem Unfall), einen Hinweis auf eine beabsichtigte Ausweitung der Unfallfolgen ergeben.

Besonders schwierig kann die Einschätzung des posttraumatischen organischen Psychosyndroms für die Minderung der Erwebsfähigkeit (MdE) sein.

Bei der Beurteilung der Bewusstlosigkeitsdauer und der antero- und retrograden Amnesie sowie der verschiedenen Stufen der Bewusstseinstörung sind Begleitumstände wie Alkoholisierung zu berücksichtigen. In einem solchen Falle scheint dem Verfasser die Abnahme der Blutalkoholprobe bei einem Bewusstlosen – also ohne Einwilligung – indiziert, weil sie hier der Diagnose dient und damit im Interesse des Verletzten liegt.

Auch Gefühlsstörungen, Minderung der Berührungsempfindlichkeit etc. in Bereichen, die nicht mit den anatomisch-neurologischen Grundlagen übereinstimmen, beispielsweise rechtsseitige neurologische Ausfälle bei einer rechtsseitigen Hirnverletzung, können Hinweise auf eine Simulation geben.

Grundsätzlich ist die Anforderung von Nebengutachten aus anderen Fachgebieten (Neurologie, HNO, Augen, Psychiatrie, klinische Psychologie) zweckmäßig und sollte im gegebenen Falle nicht unterlassen werden. Dabei ergibt sich allerdings manchmal das Problem der Überlappung von Schmerzperioden aus anderen Fachgebieten. Hierbei ist eine einfache Addition nicht zulässig, sondern es ist eine gesamthafte globale Einschätzung durchzuführen.

Spätfolgen können in Einzelfällen viele Jahre, ja Jahrzehnte nach dem Unfall auftreten und betreffen vor allem cerebrale Krampfleiden bzw. aufsteigende Infektionen nach Bruch der vorderen Schädelgrube sowie Liquorresorptionsstörungen und Liquorfisteln.

### **3.8.2. Schmerzperioden**

Die von Holczabek aufgestellte Einteilung in starke, mittelstarke und leichte bis abklingende Schmerzen sollte beibehalten werden. Erweiterungen wie quälende Schmerzen etc. bringen keine Vorteile, sondern dienen eher der Verwirrung. Zu beachten ist allerdings, dass so genannte »Unbilden« den körperlichen Schmerzen gleichzuhalten sind.

Diese Unbilden und erlittenes Ungemach, die den tatsächlichen körperlichen Schmerzen aus gutachterlicher Sicht gleichzuhalten sind, können sehr unterschiedlich und umfangreich sein: Bewusstlosigkeit, Bewusstseinstrübung, Verwirrtheit, Erregungs- und Enthemmungszustände, mangelhafte Orientierung, Übelkeit, Brechreiz, Erbrechen, Fieber, Schwindel, erzwungene Bettruhe, epileptische Anfälle, Misempfindungen verschiedener Art, wie Lähmungserscheinungen, Gefühlsstörungen, Sehstörungen, Sprach- und Sprechstörungen, Tremorataxie, Gangstörungen, Koordination und Gleichgewichtsstörungen, Geruchs- und Geschmacksstörungen, zentrale Miktionstörungen, organisches Psychosyndrom, die Versorgung mit Dauerkatheter, Trachealkanüle, Nasensonde, Magenfistel usw.

Es empfiehlt sich daher, zu den Schmerzperioden auszuführen, dass in dem angegebenen unfallsbedingten Schmerzausmaß zusammengedrängt auf ununterbrochene Zeiträume auch zukünftige unfallsbedingte Schmerzen ebenso berücksichtigt sind wie so genannte seelische Schmerzen, Verlust an Lebensfreude, Unlustgefühle, Unbilden und Ungemach, wie diese durch z. B. Bewegungseinschränkung etc. bedingt sein können.

Die verschiedenen Schmerzgrade zusammengedrängt auf ununterbrochene Zeiträume müssen in Tagen angegeben werden und sollten auch zueinander in einem gewissen Verhältnis stehen. In der Regel ist das Ausmaß der starken Schmerzen geringer als das der mittelstarken Schmerzen, die etwa das 2- bis 3fache betragen können, und das der leichten und abklingenden Schmerzen, die in Routinefällen bis zum 10fachen der starken Schmerzen reichen können.

Dieses Verhältnis kann allerdings dadurch verändert werden, dass die Dauer der Bewusstlosigkeit in der Regel den starken Schmerzen zugerechnet wird und auch die Intensivbehandlung bzw. künstliche Beatmung in diesem Bereich zu berücksichtigen ist.

Entgegen anderen Auslegungen vertritt der Autor den Standpunkt, dass das apallische Syndrom (auch Persistent Vegetativ State oder Coma prolongè, Rindenlosigkeit, funktionelle Unterbrechung der Verbindung zwischen Hirnstamm und Großhirnrinde) in den Bereich der starken Schmerzen einzureihen ist, insbesondere dann, wenn es als Durchgangssyndrom auftritt. Früher wurde hierfür die Realisierung des Schmerzgefühls bzw. des erlittene Ungemachs durch den Betroffenen gefordert, was bedeuten würde, dass ein Verletzter, der im Koma stirbt, Schmerzensgeld nicht zuerkannt bekommt. Zweifellos ist dies eine richterliche Entscheidung, aber aus medizinischer Sicht ist das apallische Syndrom doch in den Bereich der starken Schmerzen einzureihen.

Bei der Einschätzung sowohl der Schmerzperioden als auch der MdE ist ferner zu beachten, dass es auch bei Irreversibilität gewisser Verletzungsfolgen zur Anpassung und Gewöhnung an den nicht weiter rückbildungsfähigen und damit dauernden Defektzustand kommt, der dann gutachterlich als unfallskausaler Dauerschaden zu bezeichnen ist. Es kommt zur Aktivierung kompensatorischer Funktionen oder verhaltensmäßigem Anteil mit Vermeidung bestimmter Handlungen sowie mit Ausweichen auf andere Tätigkeiten. Das heißt, es können auch nach dem Zeitpunkt des medizinischen Endzustandes hinaus abklingende Schmerzen leichten Grades beurteilt werden.

Wie schon ausgeführt, kann die Beurteilung der posttraumatischen Kopfschmerzen wegen Überlagerungen, Verdeutlichungstendenzen etc. und schwerer Objektivierbarkeit außerordentlich schwierig sein.

In der neueren Rechtsprechung sind nunmehr auch psychische Unfallfolgen anerkannt. Früher wurde die so genannte »Unfallneurose« grundsätzlich als nicht unfallkausal beurteilt.

Als psychische Unfallfolgen sind neben dem posttraumatischen organischen Psychosyndrom Depressivität, Kurzschlussreaktionen, akute Belastungsreaktionen, chronische posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörung und andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung zu erwähnen, die einer nervenfachärztlichen Beurteilung bedürfen. In solchen Fällen ist die Anordnung einer stationären Durchuntersuchung zweifellos hilfreich und zweckmäßig.

Zweifellos ist die Einschätzung seelischer Schmerzen ein sehr heikles gutachterliches Thema und die gelegentliche oberstgerichtliche Meinung, dass seelische Schmerzen gar nicht vom medizinischen Sachverständigen zu quantifizieren seien, hat zweifellos etwas für sich, wird aber doch öfter auch vom Gericht gefordert. In diesen Rahmen gehören die nachempfindbare Trauer über eingetretene Verletzungsfolgen, z. B. Entstellung, Gangstörung, Lähmungserscheinungen, Impotenz, Behinderung bei Sport und Freizeitgestaltung sowie auch berechtigte Furcht vor weiteren Auswirkungen und Komplikationen des Schädel-Hirn-Traumas, unter Umständen auch verminderte Heiratschancen und berufliche Beeinträchtigungen. Auch posttraumatische depressive Verstimmungszustände, Zurückgezogenheit, Ängstlichkeit, psychische Unsicherheit werden nunmehr dem Bereich der entschädigungspflichtigen seelischen Schmerzen zugeordnet. Hier gilt das bereits Gesagte über die Einbeziehung von Psychiatern und klinischen Psychologen.

### 3.8.3. Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)

Die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit ist unterschiedlich nach Gesetzen und Versicherungsverträgen (siehe Beiträge von Gerhard Kuras, Hansjörg Hofer).

Eine vorübergehende Invalidität ist die Beeinträchtigung der Berufsfähigkeit, die in der Regel mit 100, 50 und 25 % angegeben wird. Nach 2 bis 3 Jahren spricht man vom unfallkausalen Dauerschaden, einem irreparablen Defektsyndrom. Für die private Unfallversicherung ist die unfallsbedingte bleibende Invalidität zu beurteilen, für die gesetzliche (soziale) Unfallversicherung die einschränkenden Auswirkungen auf den fiktiven allgemeinen Arbeitsmarkt, primär nicht auf den Beruf bezogen, und schließlich für die Haftpflichtversicherung unfallkausale Dauerfolgen mit Berücksichtigung des Berufes und der Privatsphäre, Sportausübung etc.

Die Einschätzung der MdE sollte frühestens ein Jahr nach dem Unfall erfolgen, nach zwei Jahren ist im Allgemeinen ein Endzustand im Sinne eines irreversiblen Defektsyndroms erreicht.

Bei der Einschätzung des posttraumatischen, organischen Psychosyndroms empfiehlt sich eine Quantifizierung (nach WURZER 1992), wobei als Rahmensätze der Minderung der Erwerbsfähigkeit beurteilt wird:

■ sehr geringen Grades	5 bis 15 % MdE
■ geringen Grades	15 bis 30 % MdE
■ mäßigen Grades	30 bis 50 % MdE
■ mittleren Grades	50 bis 80 % MdE
■ höheren Grades	80 bis 100 % MdE
■ höchsten Grades	100 % MdE

Über die Einschätzung der Hilflosigkeit bzw. Ausmaß der Hilfebedürftigkeit auch im Sinne des Bundespflegegeldgesetzes siehe den Beitrag von Gerhard Kuras in diesem Buch.

Die Beurteilung des posttraumatischen, organischen Psychosyndroms kann – wie ausgeführt – außerordentlich schwierig sein, insbesondere dann, wenn besondere Berufe zu berücksichtigen sind. So ist die Auswirkung bei qualifizierten verantwortungsvollen Berufen (Ärzte, Richter, Rechtsanwälte, Hochschullehrer, Wirtschaftsdirektoren, Manager, Kassier etc.) wesentlich höher einzuschätzen als bei einfachen Berufen, wie etwa Hilfsarbeiter in einer Arbeitsgruppe.

Für die einzelnen unfallkausalen Dauerschäden (bleibende Invalidität) lassen sich ebenfalls Rahmensätze angeben (EWM = Extremitätenwertminderung) (SCHERZER, KRÖSL 1994):

<b>Rahmensätze für unfallkausale Dauerschäden</b>		
Zentrale Koordination bzw. Gleichgewichtsstörungen	leicht	0 bis 35 %
	mittelgradig	35 bis 65 %
	schwer	65 bis 100 %
Zerebrale Sensibilitätsstörungen	im Gesichtsbereich	0 bis 5 %
	im Handbereich	bis $\frac{3}{10}$ EWM
Zentrale motorische Ausfälle (pyramidal, extrapyramidal, ataktisch, apraktisch) pro Extremität	leicht	bis $\frac{1}{3}$ EWM
	mittelgradig	$\frac{1}{3}$ bis $\frac{2}{3}$ EWM
	schwer	$\frac{2}{3}$ bis $\frac{1}{1}$ EWM
Zentrale Anosmie bilateral		10 %
Hemianopsien	homonym nach rechts (augenfachärztliches Nebengutachten)	40 bis 50 %
	homonym nach links	40 %
	bitemporal	20 %
	binasal	10 %
Quadrantenanopsie	homonym nach oben	20 %
	homonym nach unten rechts	30 %
	homonym nach unten links	20 %
Zentrale Amaurose	bilateral	100 %
Blickpareesen und zentrale Diplopien		0 bis 30 %
Zentrale Facialispause	je nach Entstellung	0 bis 10 %
Zentrale Ageusie		5 bis 10 % (nach Vertrag)
Zentrale vestibuläre Störungen	leicht	0 bis 35 % (HNO-Fachgutachten)
	mittelgradig	35 bis 65 %
	schwer	65 bis 100 %
Zentrale Dysarthrien inklusive Dysphagien und Dysphonien	leicht (logopädisches Fachgutachten)	0 bis 20 %
	mittelgradig	20 bis 40 %
	schwer	40 bis 50 %
Aphasien	leicht	0 bis 35 %
	mittelgradig	35 bis 65 %
	schwer	65 bis 100 %

## 4. Beispiele für häufige Begutachtungsfälle

Abschließend sollen noch einige Beispiele für häufige Begutachtungsfälle angegeben werden:

- Kopfprellung, Skalpverletzungen und Blutergüsse: je nach Ausmaß – kurzzeitig leichte Schmerzen (einige Tage), kein Krankenstand, keine MdE.
- Schädeldach- und Schädelbasisbrüche: je nach Ausprägung starke, mittelstarke und leichte Schmerzen insgesamt einige Tage bis wenige Wochen (Cave Spätschäden).
- Ungedeckte Schädelknochendefekte: klein 0 bis 10 % MdE (siehe auch Duldungszwang), mittelgroß 10 bis 20 % MdE, ausgedehnt 20 bis 30 % MdE. Die früher angegebenen Prozentsätze bei zusätzlichem Hirnprolaps spielen keine Rolle mehr, da solche Defekte so gut wie immer plastisch gedeckt werden.
- Gehirnerschütterung, Comotio cerebri, MTBI: starke Schmerzen 1 bis max. 2 Tage, mittelstarke Schmerzen 3 bis max. 7 Tage, leichte und abklingende Schmerzen 10 bis 20 Tage. Krankenstand: 2 bis max. 3 Wochen.
- Hirnprellung: je nach neurologischem Befund starke, mittelstarke und leichte Schmerzen einige Tage bis wenige Monate, MdE nach Befund.
- Hirnquetschung: sowohl Schmerzensgeld wie MdE nach Ausmaß der Schädigung.
- Subarachnoidalblutung (isoliert): starke, mittelstarke und leichte Schmerzen von einigen Tagen bis drei Monaten, Krankenstand je nach Ausmaß 3 bis max. 5 Wochen, keine bleibende MdE, jedoch Cave Spätschäden! Gesundheitsstörung: 3 bis 24 Tage. Kein Dauerschaden.

Nochmals darf eindringlich darauf hingewiesen werden, dass alle angegebenen Prozentzahlen nur einen Anhaltspunkt darstellen und dass jede Begutachtung auf den Einzelfall mit all seinen Besonderheiten auszurichten ist.

Der große Altmeister gutachterlicher Tätigkeit Prof. Holczabek stellte fest, dass für die Rechtssprechung nichts abträglicher ist als eine unterschiedliche Beurteilung gleicher Sachverhalte. In diesem Sinne hofft der Autor, dass diese kurzen Ausführungen dazu beitragen mögen, eine weitestgehende Übereinstimmung oder wenigstens Annäherung in der gutachterlichen Beurteilung nach Schädel-Hirn-Verletzungen zu erreichen.

### Literatur

1. DIEMATH, SOMMERAUER, WILD (Eds.), Brain Protection in Severe Head Injury (1996)
2. FRITZE, Die ärztliche Begutachtung<sup>5</sup> (1996)
3. GONZALES-FERIA, WILD, DIEMATH (Eds.), Quality Management in Head Injuries Care (2000)
4. HOLCZABEK W.: Gerichtsmedizinische Grundlagen der Schmerzensgeldbestimmung, in: Forschung u. Prax. d. Begutachtung 12
5. RAUSCHELBACH, JOCHHEIM, WIDDER (Hrsg.), Das neurologische Gutachten (2000)
6. SCHERZER, KRÖSL, Handbuch der chirurgischen und neurologischen Unfallbegutachtung in der Privatversicherung (1994)
7. WURZER, Das posttraumatische organische Psychosyndrom (1992)