

# Vorgehen bei der Beurteilung der Kausalität aus somatischer Sicht

Dr. Stefan Hoch  
Orthopädische Chirurgie FMH

# Beurteilung der Kausalität

Das Gesamtbild und die daraus folgende Beurteilung setzt sich aus vielen einzelnen Puzzleteilen zusammen wie

- Vorzustand
- Unfallhergang: **PHYSIK !!**
  - geeignet für Beschwerdebild?
  - minor injury?
- ev. unfallanalytisches Gutachten
- Beurteilung der Unfallschwere
- erstes Arzteugnis/ Klinikbericht zeitnah/Fremdanamnese
- Verlauf: progredient oder regredient
  - Vergleich mit normalem Verlauf/Regelverlauf
- subjektiv geklagte Beschwerden
- Klinische Befunde/ Zusatzuntersuchungen

# Kausalität

Post hoc ergo propter hoc?

Zeitliches Aufeinanderfolgen ist  
kein Beweis für Kausalität

# Vorzustände

- Unfälle:

Unfallfolgen an der gleichen Stelle?  
z.b. Fraktur vor kurzem, jetzt Refraktur  
wegen noch ungenügender Frakturheilung?

# Vorzustände

- Krankheit/ Degenerativ
  - sind Beschwerden vor Unfall aktenkundig?
  - altersentsprechende Abnutzung: nicht relevant
  - über das altersentsprechende hinausgehende Degeneration: relevanter Vorzustand

# Vorzustände

- Psychiatrisch

eigentliche psychiatrische Diagnose?

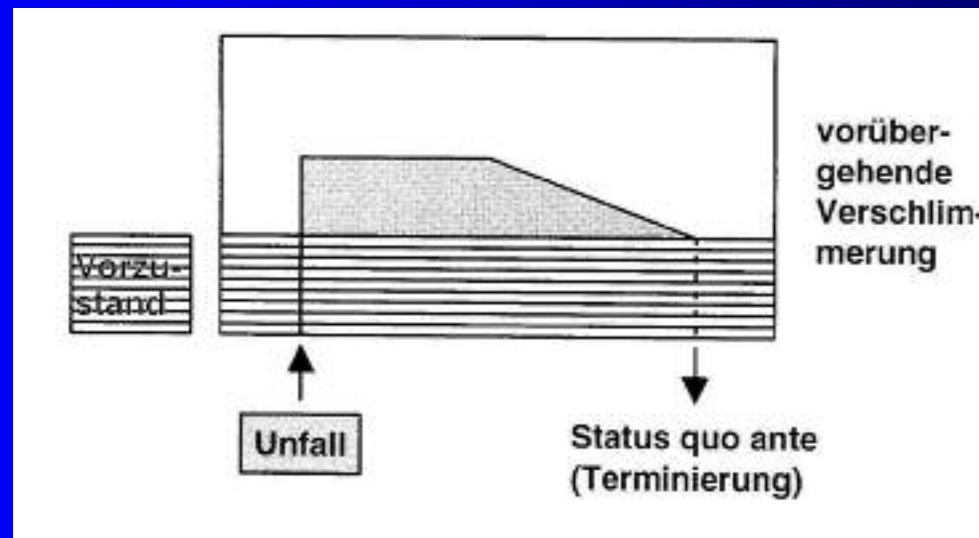
Vulnerable Persönlichkeit?

# Vorzustände

- Leistungspflicht der Versicherers besteht für
  - Alleinige Unfallfolgen
  - Verschlimmerung eines Vorzustandes, der nachgewiesenermassen durch natürliche bzw. adäquate Unfallfolgen verursacht worden ist

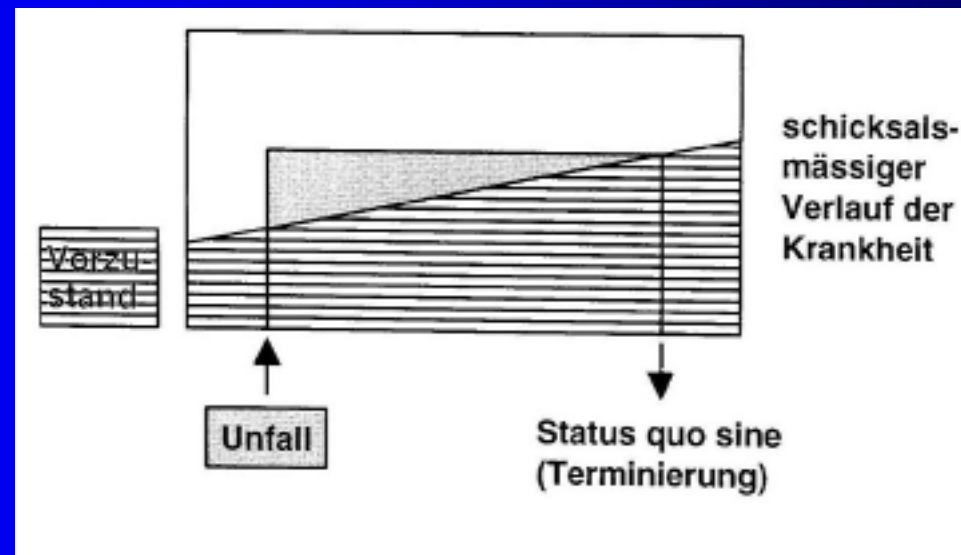
# Vorzustände

- Temporäre Verschlimmerung eines Vorzustandes



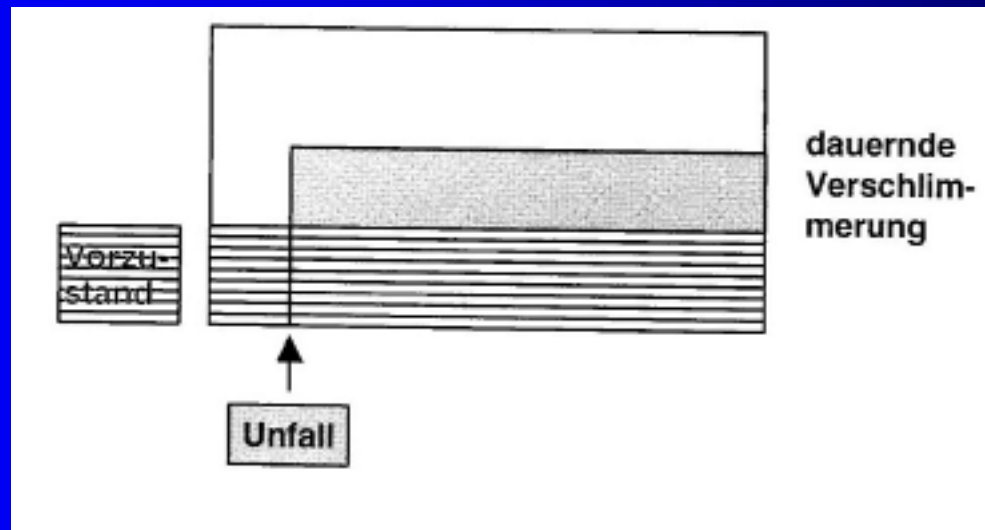
# Vorzustände

- Schicksalsmässiger Verlauf der Krankheit



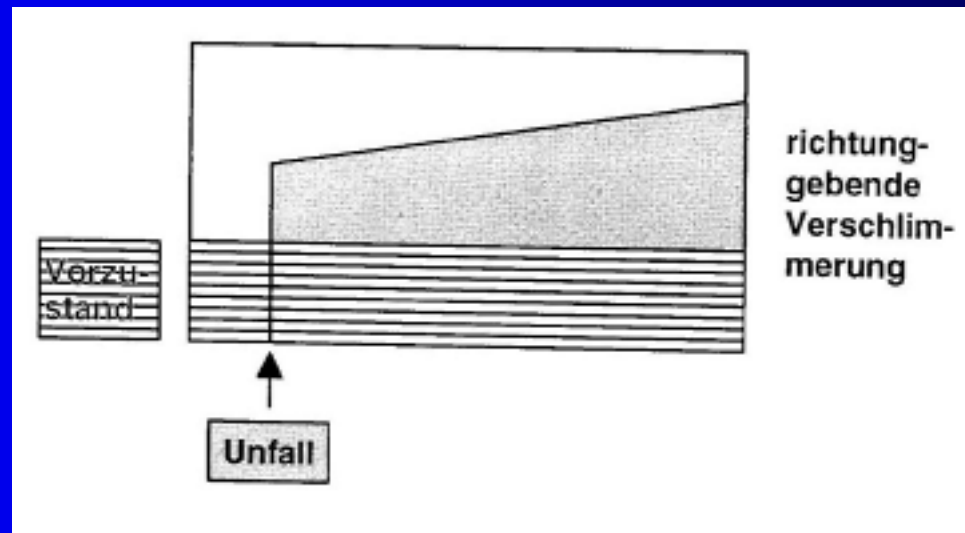
# Vorzustände

- Dauernde Verschlimmerung eines Vorzustandes



# Vorzustände

- Richtungsgebende Verschlimmerung eines Vorzustandes



# Analyse des angegebenen Unfallherganges

- Kann der diagnostizierte Unfallschaden durch das geschilderte Unfallereignis unfallmechanisch überhaupt erklärt werden?
- Physikalischer Unfallmechanismus?
- Genaue Analyse des Unfallherganges
- Sind die Angaben des Versicherten zum Unfallhergang in Schadensmeldung und Arztzeugnis glaubwürdig und übereinstimmend?
- äussere Verletzungszeichen wie Prellmarken, Schürfungen, Blutergüsse etc

# Unfallanalytisches Gutachten

- Sehr wertvoll z.b. bei HWS-Distorsionen  
als zusätzliche Information bzgl. physikalischer  
Kräfte ( $\Delta v$ ), die im Spiel sind
- reine Beurteilung von Unfallbildern durch einen  
ärztlichen Gutachter hingegen sinnlos, da  
entsprechendes Fachwissen nicht vorhanden
- Intensität der Kollisionsenergie Hinweis auf  
Schwere der Verletzung

# Minor injuries

- „banale“ Verletzungen:

Stauchung

Zerrung

Prellung

Ueberlastung

sind ungeeignet, länger als einige Wochen bis wenige Monate organisch bedingte Beschwerden hervorzurufen

Selbstheilung führt zu degressivem Verlauf !

# Minor injuries

- Die diffusen Unfallmodelle wie

Schleudertrauma

Beschleunigungstrauma

Distorsionstrauma

werden im Analogieschluss auf fast jeden Unfallhergang übertragen, der vom Patienten geschildert wird („dem Kind einen Namen geben“)

# Fehlen eines materiellen Substrates

- Weder klinisch noch bei bildgebenden oder apparativen Untersuchungen findet sich ein pathologisch-anatomisches Substrat
- Liegt eine nicht nachweisbare Weichteilverletzung mit echtem strukturellen Schaden vor?
- Allfällige Microverletzung: ungeeignet, Ursache einer langdauernden funktionellen Behinderung zu sein

( **Selbsteilung von Verletzungen** )

# Medizinisch unerklärbare Symptome (MUS)

- Körperliche Projektionsfelder zur Ableitung nicht medizinischen Ungemachs favorisieren

Nacken/HWS

Schulter

Rücken/LWS

„der Abfalleimer der Seele“

# Erstes Arztzeugnis

- Genügt Diagnose?  
„Ueberlastungsbeschwerden“ ist eine  
Schilderung eines Zustandes
- Gefälligkeits- oder Gelegenheitsdiagnose?  
(Lumbago, Brachialgie, Arthralgie....)  
sind blosse Schilderungen von Zuständen

# Zeitnahe Berichte

- Ggf. Einholen anderer zeitnaher Berichte
- Krankengeschichte der erstbehandelnden Klinik/ erstbehandelnden Arztes
    - z.B. Bewusstlosigkeit
    - Vorzustände
  - Konsiliarberichte

# Zusatzberichte

-Radiologische Berichte

- MRI bei HWS- Distorsionen

-OP-Berichte

-Fremdanamnesen: Zeugenberichte

Unfallrapport

Einvernahmeprotokolle

( „Bewusstlosigkeit??“)

# Wertung der Arztberichte

- Gutachter muss sich selber Bild über korrekte Erstdiagnose und fortlaufende Diagnosen in den folgenden Arztberichten machen : häufig werden einmal gestellte Diagnosen kritiklos übernommen : Perpetuierung von anfänglichen Diagnosen und Verdachtsdiagnosen

# Diagnoseshift

- Vergleich zwischen der ersten Diagnose direkt nach Unfall und der derzeitigen Diagnose
- Ist die Veränderung der Diagnose durch präzisere Diagnostik zu erklären?

# Diagnoseshift

Oder wurde aus der „Kopfprellung“ im Laufe der Zeit durch Patient, behandelnde Ärzte und viele Klinikaufenthalte sowie Beurteilungen und Begutachtungen unter ständiger Umdeutung und Neubeschreibung des Unfallherganges eine „mild traumatic brain injury“ oder ein „HWS-Schleudertrauma“?

# Verlauf

- Zeitpunkt des Auftretens der Beschwerden  
( 24h bis max 72h- Regel)
  - erneute sekundäre Verschlimmerung zu späterem Zeitpunkt?
  - Verlauf regredient oder progredient
  - wann erfolgte Wiederaufnahme der Arbeit
  - wann trat jedes der anamnestisch registrierten Symptome erstmals auf

# Chronifizierung

- Die Chronifizierung von Beschwerden hat als eigenständiges Krankheitsbild zu gelten, das sich weitgehend von der initialen Verletzung losgelöst hat.
- Im Verlaufe des Chronifizierungsprozesses wird das ursprünglich erlittene Verletzungsmuster für das Ausmass der erlebten Behinderung bedeutungslos

# Chronifizierung: Epidemiologie

- Eigenschaften Patient: Lebensgeschichte, Persönlichkeit
- Arbeitsumstände: Arbeitsbefriedigung, Anerkennung, Stress
- Psychosoziales Umfeld
- Wirtschaftliches Umfeld
- Versicherungssystem
- Kulturkreis

# Chronifizierung

„ Psychosoziale Faktoren und nicht MRI-basierte Bandscheiben-Abnormalitäten sagen die künftige Häufigkeit von Arztkonsultationen und die künftige Abwesenheit vom Arbeitsplatz voraus“

Waddell

# Klinische Untersuchung

- Zeichen von Aggravation/Simulation
- Kooperation
- Spontanes Verhalten : Kopfbewegungen bei Anamnese, Behinderung beim Be- und Entkleiden
- Aktives Gegenenervieren
- Waddell- Zeichen
- Andere Befunde in unbekannter Untersuchungstechnik
- Unbemerkte Beobachtung ausserhalb fokussierter Untersuchung

# Wahrscheinlichkeit

- Nach eingehender Analyse sollte Gutachter wissen, ob Kausalität „möglicherweise“ oder „überwiegend wahrscheinlich“ gegeben ist
- keine „salomonische“ Beurteilung
- Im Zweifelsfall ist es besser zu schreiben, dass die Frage nicht mit der geforderten Präzision beurteilt werden kann

# Beurteilung

- Grosse Zurückhaltung bei Wertung von Symptomen wie  
„verspannte Muskulatur“  
„Bewegungseinschränkung“  
die auch andere Ursachen haben können
- Unbedingt grosse Erfahrung des Regelverlaufs nötig
- Polydisziplinäre Begutachtung:  
Orthopäde/Neurochirurg/Rheumatologe/Neurologe
- Psychiater

# Beurteilung

- Empirik: Was ist der normale Verlauf /Regelverlauf einer Verletzung oder einer Erkrankung
- Abgrenzung zwischen Unfallfolge und natürlichem Verlauf einer vorbestehenden degenerativen Erkrankung
- Polydisziplinäre Beurteilung im Rahmen einer Konsensuskonferenz