

5.1.4 Fazit

In Gutachten nach den AUVB sollen die therapeutischen Möglichkeiten zur Schadensminderung, insbesondere durch Operationen, dann detailliert gewürdigt werden, wenn es sich um relativ einfache Eingriffe handelt, die eine hohe Erfolgsaussicht und niedere Komplikationsrate haben, die keine erheblichen Schmerzen verursachen und bei denen die gesamte Behandlung in drei bis sechs Monaten abgeschlossen ist.

Literatur

Easley M., Trnka H.-J., Schon L., Myerson M., Isolated Sbutalar Arthrodesis; in Journal of Bone and Joint Surgery 2000 Mai, 82-A: 613–624.

Gesellschaft der Gutachterärzte Österreichs, Zumutbare Maßnahmen in Diagnostik und Therapie bei der Begutachtung; in Forschung und Praxis der Begutachtung, Heft 68/2006.

Holzabek W., in *Danzl K.-H., Gutierrez-Lobos K., Müller O. F.*, Das Schmerzengeld⁹; Manz Verlag, Wien 2008, 102.

Kux R., Zumutbarkeit und Duldungspflicht operativer Eingriffe; in Forschung und Praxis der Begutachtung, Heft 41/1992, 48.

Müller R., Richterliche Rechtsfortbildung im Leistungsrecht der Sozialversicherung; in RdA 1995, 465, Kap V: Mitwirkungs- und Duldungspflichten bei Heilbehandlung.

Neugebauer Ch., Schmerzengeld (Österreich), in *Ludolph E., Lehmann R., Schürmann J.* (Hrsg.), Kursbuch der ärztlichen Begutachtung, Ecomed-Verlag, V-1.1.1., Landsberg 2008.

5.2 Physiotherapeutische Nachbehandlung und Rehabilitation nach Unfällen aus gutachterlicher Sicht

Dr. Christoph Neugebauer

Die Nachbehandlung von Verletzungsfolgen ist für ein gutes Endergebnis von entscheidender Bedeutung: So würde ein optimales Operationsergebnis eines Bruches zunichte gemacht, wenn das benachbarte Gelenk versteift.

Die Höhe der bleibenden Invalidität wird von der wieder erreichten Funktion des verletzt gewesenem Körperteils bestimmt.

Die Aufgabe der rehabilitativen Nachbehandlung ist es, den bleibenden Funktionsausfall eines Körperteils nach einer Verletzung möglichst gering zu halten und eine gute funktionelle Anpassung an die entstandene Behinderung zu erreichen.

Rehabilitationsmaßnahmen beginnen Tage nach der Erstversorgung und begleiten schon die Akutbehandlung.

Das **akute Stadium** einer versorgten Verletzung dauert in der Regel vier bis sechs Tage, einen komplikationslosen Verlauf vorausgesetzt. In diesem Stadium steht die Entzündung der Gewebe im Vordergrund, unabhängig davon, ob die Verletzung operativ oder ohne Operation versorgt wurde.

Im **2. Stadium**, dem subakuten Stadium, ist die Entzündung rückläufig. Das Stadium dauert in der Regel drei Wochen, kann aber auch bis sechs Wochen dauern.

Im **3. Heilungsstadium**, dem Spätstadium, liegen keine Entzündungen des Gewebes mehr vor. Der verletzt gewesene Körperteil hat aber die volle Funktion noch nicht wieder erlangt. Dieses Stadium kann relativ lang dauern: bis zwölf bis 18 Monate nach der Verletzung ist damit zu rechnen, dass noch eine wesentliche Funktionsverbesserung möglich ist.

Die Behandlung ist auf stete Verbesserung der Funktionen gerichtet, um symptomfreie Bewegung und Funktionalität des ganzen betroffenen Körperabschnittes zu erreichen.

Wenn die Heilung die subakute Phase verlassen hat (also nach einigen Wochen), ist durch die Behandler das verbliebene funktionelle Problem des Patienten herauszuarbeiten, und es sind aufgrund der verbliebenen Krankheitszeichen und Einschränkungen Behandlungsentscheidungen zu treffen.

Dies setzt eine umfassende Befunderhebung auch durch den Physiotherapeuten voraus. Dadurch kann das funktionelle Problem definiert werden. So bekommt der Physiotherapeut eine wichtige Rolle in der Diagnostik und der Dokumentation des funktionellen Ergebnisses.

Die Möglichkeiten der rehabilitativen Therapie sind:

- Krankengymnastik als Einzelbehandlung
- Indikationsspezifische Gruppengymnastik
- Krankengymnastik in Bewegungsbad
- Sport- und Bewegungstherapie mit Koordinationstraining und Ausdauertraining
- Medizinische Trainingstherapie
- Ausdauertraining, zB Fahrradergometer
- Ergotherapie mit Funktionstraining (insbesondere nach Handverletzungen)
- Hilfsmittelberatung und Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL); Thermo- und Hydrotherapie
- Massagen und Lymphdrainagen
- Elektrotherapie
- gegebenenfalls psychologische Betreuung
- Schulungsprogramme.

Diese Therapien können im Anschluss an die akute Behandlung im Krankenhaus entweder stationär in einer Nachbehandlungsabteilung oder ambulant erfolgen.

Zum sogenannten „Anschlussheilverfahren“ nach Abschluss der Wundheilung kann der Patient in eine dafür vorgesehene Abteilung transferiert werden, wenn eine weitere stationäre Behandlung notwendig ist.

Dies wird in aller Regel um den 10. Tag nach der Verletzung bzw nach der Operation möglich sein. Es gibt aber auch Fälle, wo die primäre Rehabilitation noch im Akutspital durchgeführt wird, was den stationären Aufenthalt dort um ein bis zwei Wochen verlängert, aber dann eine Entlassung nach Hause zur ambulanten Weiterbehandlung ermöglicht. Gegebenenfalls ist später bei einer ungünstigen Entwicklung eine sekundäre Aufnahme zur stationären Rehabilitation in einem dafür spezialisierten Zentrum möglich.

Die Indikation dafür ist auch von sozialen Faktoren abhängig. So stehen den Opfern von Arbeitsunfällen in aller Regel längere stationäre Rehabilitationsmöglichkeiten zur Verfügung als solchen nach Freizeitunfällen.

Jedenfalls sollte das Ziel der beruflichen Wiedereingliederung auf kurzem Weg geplant werden.

Auf der anderen Seite ist zu beobachten, dass durch eine lange Nachbehandlung psychische Bedürfnisse nach Zuwendung und Fürsorge geweckt bzw verstärkt werden können, ohne dass eine zwingende organische Ursache vorliegt. Es kann das Phänomen auftreten, das unter dem Stichwort „sekundärer Krankheitsgewinn“ zusammengefasst wird, zB arbeitsrechtlicher Schutz in einem langen Krankenstand und der Vorzug einer Taggeld-Zahlung für die Dauer des Krankenstandes.

Ein Unfall und die möglicherweise lange Nachbehandlung einer körperlichen Verletzung eröffnet aber auch vielfältige Konfliktmöglichkeiten in zwischenmenschlichen und

sozialen Beziehungen. Auch diese müssen in die Nachbehandlung gegebenenfalls einbezogen werden (psychologische Betreuung).

Ein den Umständen nicht entsprechendes subjektives Empfinden kann zu einem unangepassten Verhalten führen und für sich selbst krankheitswertig werden: Es kommt zu einer Somatisierungsstörung. Es ist dies ein psychiatrisches Krankheitsbild, bei dem abnorme psychische Zustände auf den Körper projiziert werden. Es werden dann im Bereich der bereits verheilten Verletzung unübliche Schmerzen empfunden, und es stellen sich Funktionseinschränkungen ein, die nicht durch entsprechende körperliche Defekte erklärbar sind.

Es liegt bei den behandelnden Ärzten, Gründe für eine Chronifizierung von körperlichen Beschwerden abzuklären und die sekundären psychischen Faktoren nicht zu übersehen. Unter diesen Aspekten kann eine Verlängerung der Nachbehandlung für das Endergebnis durchaus kontraproduktiv sein. Es obliegt den verordnenden Ärzten, die Chronifizierung bei einem somatisierenden Schmerzverhalten zu kennen und zu verhindern.

In der **Spätphase der Nachbehandlung** entscheidet sich endgültig die Art und die Höhe der bleibenden Invalidität. In dieser Phase kommt es zur Rückkehr durch die Verletzung der verlorenen Funktionen. Ziele der Behandlung in dieser Phase der Funktionsrückkehr sind:

- Linderung des Schmerzes durch Gewebeverkürzungen oder Verklebungen bei Belastung,
- Verbesserung der Beweglichkeit der Weichteile der Muskulatur und Gelenke,
- Kräftigung der direkt betroffenen und unterstützenden Muskulatur, Ausgleich von Muskeldysbalancen,
- Entwicklung der Ausdauer in der bewegenden und stabilisierenden Muskulatur,
- Steigerung der Selbstständigkeit durch funktionelles Training,
- Information des Patienten zur selbstständigen Übungstherapie zu Hause.

Wenn die genannten Aspekte der Nachbehandlung berücksichtigt werden, ist mit einem den jeweiligen Umständen optimalen Behandlungsergebnis zu rechnen.

Der Fortschritt bei der Behandlung ist durch den Therapeuten zu messen und zu dokumentieren. Dies ist von Bedeutung für die Festlegung der nächsten Behandlungsschritte, aber auch, weil die Behandlung an andere Personen oder Institutionen übergeben wird.

Letztendlich ist diese Dokumentation der erzielten Funktionen einer verletzt gewesenen Extremität auch von Bedeutung für den Gutachter, der das Endergebnis der Rehabilitation mit dem von ihm erhobenen Befund vergleichen kann und muss.

5.2.1 Zusammenfassung

Ziele der posttraumatischen Nachbehandlung sind:

- Wiedererlangung verloren gegangener Funktionen,
- Trainieren von Restfunktionen,
- Erlernen und Ausbilden neuer Fertigkeiten zur Kompensation von bleibenden Funktionseinschränkungen,
- Verbesserung der Ausdauerleistung,
- Reduktion von Schmerzzuständen,
- Erlernen von Problembewältigungsstrategien,
- Fördern der aktiven Krankheitsverarbeitung zur Akzeptanz der Behinderung,
- Informieren über die Ursachen der Erkrankung und ihrer Folgen,
- Anleiten zu krankheitsangemessenen Ernährungs-, Bewegungs- und Freizeitverhalten,

- Fördern eines eigenverantwortlichen Gesundheitsbewusstseins, mit dem Ziel, risiko-behaftete Lebensführung abzubauen,
- Schulung mit der Möglichkeit der Selbstkontrolle,
- Beratung in Hinblick auf berufliche Tätigkeit und der Bewältigung des Alltagslebens (ADL = activities of daily living) auf der Basis des erreichten Leistungsvermögens,
- Unterstützung der beruflichen Wiedereingliederung (nach *J. Bauer* 2001).

5.2.2 Gutachterliche Relevanz

Die Beurteilung der Form, des Ausmaßes und der medizinischen Notwendigkeit der Nachbehandlung ist für ein umfassendes Gutachten wichtig.

Die gutachterliche Bewertung nach den AUVB erfolgt in aller Regel ein Jahr nach dem Unfall. Manchmal ist die Nachbehandlung zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen bzw ist noch eine Funktionsverbesserung durch weitere Behandlungen möglich.

Es ist zB eine medizinisch bekannte Tatsache, dass die Nachbehandlung von operierten Schultergelenken wesentlich länger dauert als nach gleich großen Knieoperationen. So wird die Behandlung nach einer Kreuzbandverletzung im Knie mit einer operativen Behandlung einer Kreuzbandverletzung im Knie mit einem Sehnentransplantat nach einem Jahr schon lange abgeschlossen sein, an der Schulter verursacht eine vergleichbare Operation einen Funktionsausfall über einen wesentlich längeren Zeitraum und verursacht auch länger Beschwerden. So ist eine wesentlich längere Nachbehandlung nach Schulterverletzungen die Folge.

Es ist die Aufgabe des Gutachters, darzustellen, dass das Endergebnis noch nicht erreicht ist und eine weitere Behandlungsmöglichkeit besteht. Er kann die Invalidität entweder nach Abschluss der Behandlung einschätzen oder eine Nachuntersuchung vorschlagen.

Es zeigt sich in der gutachterlichen Praxis, dass sich insbesondere steif gewordene Schultergelenke noch nach einem Jahr nach der Verletzung noch wesentlich bessern können.

Der Gutachter muss das Protokoll den Physiotherapeuten und den Behandlungsverlauf und insbesondere das Endergebnis mit dem von ihm erhobenen Befund vergleichen. Ergibt sich diesbezüglich eine Diskrepanz, ist Stellung zu nehmen, insbesondere, ob die Gründe für sekundär verlorene Funktionen gutachterlich feststellbar sind.

Es ist die Dauer der Nachbehandlung gutachterlich kritisch zu beurteilen.

Manchmal ist die Ursache für eine Nachbehandlung nicht medizinisch zwingend, sondern liegt in sozialen Aspekten. Es ist insofern von Bedeutung, wenn die Dauer des Krankenstandes privatversicherungsmäßig gedeckt wird.

Es ist eine bekannte Tatsache, dass zusätzliche Nachbehandlungen auch von Hausärzten verschrieben werden, die das Umfeld weder fachlich noch ganzheitlich ergründen können. Sie sind unabhängig von den individuellen Faktoren zur Fürsorge und Zuwendung verpflichtet, was aber in manchen Fällen dem Interesse des Versicherungsnehmers zur Anspruchnahme aller, also auch nicht kausaler Möglichkeiten des Versicherungsschutzes Vorschub leisten kann.

Im Gegensatz zum behandelnden Arzt hat der Gutachter dem Geschehen, also insbesondere der Notwendigkeit, der Form und Dauer der Nachbehandlung distanziert gegenüberzustehen.

Eine überlange Nachbehandlung, bei der keine entsprechenden organischen Ursachen erkennbar sind, kann der Ausdruck einer seelischen Störung sein. Die Möglichkeit einer solchen Somatisierungsstörung ist auch vom orthopädisch/unfallchirurgischen Gutachter zu erkennen und zu kommentieren. Im Gegensatz zu Haftungssachen, wo gegebenenfalls

ein neuropsychiatrisches Gutachten vorschlagen ist, sind in der privaten Unfallversicherung gutachterlich die dadurch zusätzlich zum objektivierbaren Körperschaden verursachten Einschränkungen (Körperfunktion, Krankenstand) nicht einzubeziehen.

Literatur

Bauer J., Rehabilitation nach orthopädischen Eingriffen, in *Wirth C. J.*, Praxis der Orthopädie, Thieme-Verlag, Stuttgart 2001.

Hüter-Becker A., Schewe A., Heibertz W., Physiotherapie, Band 7 (Orthopädie), Thieme-Verlag, Stuttgart 1998.

Kiesner T., Colby L. A., Vom Griff zur Behandlung: Physiotherapie grundsätzlich, Thieme-Verlag, Stuttgart 1997.

Leitlinie „Somatoforme Störungen“: Nr. 033/046 der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (<http://leitlinien.net/>).