

Sinn oder Unsinn von Gutachten

Wohl kaum Jemandem, der schon mal bei einem Gutachter war, ist es noch nicht passiert, dass er das Gefühl hatte, nicht richtig untersucht worden zu sein. Sei es, dass man der Meinung war, dass man nicht genügend zu Wort kam, zu wenig auf die Belange der eigenen Person eingegangen wurde, mitgebrachte Unterlagen nicht gesichtet wurden oder gar mit herablassenden Äußerungen seitens des Gutachters behandelt wurde.

Ein gewissenhafter Arzt wird sich immer alle mitgebrachten Unterlagen ansehen, wenn auch nicht unbedingt im Beisein des Untersuchenden. Nur eine gründliche Untersuchung, welche gewissenhaft durchgeführt wird, kann ein neutrales Gutachten hervorbringen. Doch was ist eine gewissenhafte Untersuchung? Generell stellt eine Untersuchung immer den momentanen Ist-Zustand des Patienten fest. Dazu zählt die Untersuchung des Bewegungsausmaßes. Hier ist der Gutachter nicht etwa auf Schätzungen angewiesen, sondern Methoden wie Ott, Schober, Bragard, Lasegué oder Katthagen geben die Richtung vor. Außerdem stehen dem Mediziner Winkelmessungen aller beweglichen Körperteile zur Verfügung, um sich ein Bild über das Ausmaß der Beweglichkeit zu machen. Weiterhin sei darauf verwiesen, dass bildgebende Verfahren bei einer Untersuchung angewandt werden können, z. B. Ultraschall oder Röntgen. Ferner gibt es noch die Umfangmessungen, die ebenfalls ein Bild über Schonung und Belastung bestimmter Körperteile geben, sowie die Beschwiellung. Hier möchte ich mich nicht weiter vertiefen, da ich lediglich auf die Wirbelsäulenerkrankungen eingehe.

Sodann ist zu erwarten, dass der Patient ausreichend Gelegenheit erhält, seine Situation zu schildern. Hier kann der Arzt weitere psychische oder körperliche Schädigungen ausmachen und seine Untersuchung evtl. fortsetzen oder den Wortlaut aktenkundig machen. Hierbei ist es wichtig, dass der Untersuchende sich klar und deutlich, also unmissverständlich, ausdrückt. Ich möchte hier auf die Seiten „Beim Gutachter“ verweisen, die sehr gut erklären, worauf es ankommt.

Sind alle Punkte sorgfältig abgearbeitet worden, so kann man davon ausgehen, dass das Gutachten nach bestem Wissen und Gewissen ausgearbeitet wurde.

Dennoch kann es vorkommen, dass der Gutachter nicht auf dem neuesten Stand der Medizin ist. Ich möchte hier anmerken, dass es erst seit kurzem bekannt ist, dass Bandscheiben selber auch Schmerzen verursachen können durch einwachsende Nervenzellen. Sicherlich wird es da noch mehr Wissensdefizite geben.

Soweit der Sinn eines Gutachtens.

Doch warum werden Untersuchungen nur oberflächlich, wenn überhaupt durchgeführt? Immer wieder liest man und erfährt es leider am eigenen Leibe, dass Messungen nicht durchgeführt werden. Wenn man dann das Gutachten in Händen hält, stellt man fest, dass für Bewegungsausmaße Standardwerte eingetragen worden sind, Blutdruckwerte angegeben wurden, obwohl der Arzt gar keinen Blutdruck gemessen hat. Noch schlimmer ist, wenn der Gutachter sich zu Mutmaßungen herablässt. **Ein Gutachter hat sein Handwerk studiert und muss auf Forschungs- und Wissensergebnisse zurückgreifen, nicht auf seine eigene Meinung! Wörter wie „vermutlich“ „meiner Meinung nach..“ gehören in kein Gutachten, denn für Mutmaßungen gibt es Wahrsager.**

Um Störungen der Wirbelsäule zu bewerten, stehen dem Gutachter folgende Messmethoden zur Verfügung:

Stehend:

Beckenstand: visuell oder mit Hilfsmitteln wird geschaut, ob das Becken seitengleich (gerade) ist.

Vorhaltetest nach Matthias: Armvorhalte im 90° Winkel unter aktiver Rumpf- und Beckenstabilisation.

Vorbeugetest: Zur Beurteilung von Kyphosen, Rippenbuckel, Lendenwulst

FBA: (FussBodenAbstand) Hier wird aus der maximalen Vorbeuge gemessen, wie weit die ausgestreckten Finger sich dem Fußboden nähern. 0 heißt Kontakt mit dem Fußboden, ein Wert von ca. 20 bis 30 cm ist normal. **Achtung!!** Manche Gutachter helfen gerne durch Druck oder Ziehen ein wenig nach!

Zeichen nach Ott (Beweglichkeit der BWS): gemessen wird aus der Aufrechten vom Dornfortsatz C7 30 cm nach kaudal (unten). Beugt man sich nun nach vorne, so wird der Abstand größer, Standardwert ist ca. 4 cm.

Zeichen nach Schober (Beweglichkeit der LWS): gemessen wird aus der Aufrechten vom Dornfortsatz S1 nach cranial (kopfwärts) 10 cm. Beugt man sich nun maximal nach vorne, so wird der Abstand größer, Standardwert ist ca. 4 bis 6 cm.

Zeichen nach Katthagen (BWS – thorakolumbaler Übergang): gemessen wird eine Strecke von ca. 10 cm vom Dornfortsatz TH10. Beugt man sich nun nach vorne, so wird der Abstand größer, Standardwert ist ca. 5 cm.

Trendelenburg'sche Zeichen: Aus dem Einbeinstand wird beobachtet, ob das Becken zur Spielbeinseite hin absinkt. Normalerweise gleichen die Muskeln dieses aus, damit das Becken gerade ist.

Kinn-Jugulum-Abstand (Beweglichkeit der HWS): Bei maximaler Flexion 0 cm, bei maximaler Extension (Hinterhaupt-Wand-Abstand) 0 cm

In Rückenlage:

Zeichen nach Laségue: (Bein): (Nervendehnungszeichen mit Schmerzausstrahlung vom Rücken bis in die Wade/Fuß) Das gestreckte Bein wird passiv angehoben und der Winkel zur Liege wird gemessen. Über 60° oder der Ausdruck „Negativ“ besagen keine Auswirkungen (Schmerzen). Dieses Zeichen ist nicht zu verwechseln mit dem Muskeldehnungsschmerz der ischiokruralen Muskulatur (Pseudo-Lasègue-Zeichen). Der gleiche Test kann auch aus dem Sitzen heraus durchgeführt werden.

Zeichen nach Bragard: Schmerzverstärkung bei positivem Lasèguetest durch Dorsalextension des Fußes.

Zeichen nach Mennell: Maximale Beugung des kontralateralen Hüft- und Kniegelenkes und Hyperextension des Ipsilateralen Hüftgelenkes über den Seitenrand der Untersuchungsfläche ebenfalls als ISG-Provokationstest.

In Bauchlage:

Umgekehrtes Zeichen nach Lasègue: Überstreckung im Hüftgelenk immer im Seitenvergleich N. femoralis Dehnungsschmerz (Wurzelirritation L3/L4), Muskelverkürzungen

1. **Mennell'sches Zeichen:** Überstreckung des Hüftgelenks unter Beckenfixierung durch Druck auf das Kreuzbein als ISG-Provokationstest (positiv bei Schmerz im gleichseitigen ISG und deutet auf eine Blockade oder Entzündung hin).

3-Stufen-Test: Analog zum 1. Mennell'schen Zeichen unter Fixierung der LWS (Stufe1) zur Beurteilung der Facettengelenke, die zweite Stufe entspricht dem 1. Mennell'schen Zeichen, Fixierung des Beckens im Acetabulumbereich (3. Stufe) zur Überprüfung des gleichseitigen Hüftgelenkes.

Bewegungsmessungen der Wirbelsäule nach der Neutral 0-Methode:

Halswirbelsäule:

Vor- Rückneigung des Kopfes: Normalmaß 35° bis 45°

Seitneigung des Kopfes: Normalmaß 45°

Drehen des Kopfes: 60° bis 80°

Brust- und Lendenwirbelsäule:

Rückneigung des Oberkörpers: Normalmaß 30°

Seitneigung des Oberkörpers: Normalmaß 30° bis 40°

Drehen im Sitzen: Normalmaß 30° bis 40°

Neurologische Tests:

Besonders zu achten ist auf sensible oder motorische Defizite bis hin zu Lähmungen oder Störungen des vegetativen Nervensystems wie z.B. Blasen und Mastdarmfunktionsstörungen.

Obere Extremität: Zur grob orientierenden Funktionsprüfung eignen sich der Nacken- und Schürzengriff sowie der Finger-Nase-Versuch und die Diadochokineseprüfung zur Beurteilung der Koordination.

Die Sensibilität und grobe Kraft der einzelnen Muskelgruppen wird manuell überprüft, welche in Kraftgraden 0-5 einzuteilen sind:

Kraftgrad	Muskelkraft
0	Keine Aktivität
1	Kontraktion ohne motorischen Effekt
2	Bewegung unter Ausschaltung der Schwerkraft
3	Bewegung gegen die Schwerkraft
4	Bewegung gegen Widerstand
5	Normale Kraft

Abschließend werden noch die wichtigsten Muskeleigenreflexe im Seitenvergleich getestet.

Nervenwurzel	Muskeleigenreflex	Kennmuskeln
C5	Bizepssehnenreflex	M. deltoideus, M. biceps
C6	Radiusperiostreflex	M. biceps, M. brachioradialis
C7	Trizepssehnenreflex	M. trizeps, Daumenballen
C8	Trömner-Reflex	Fingerbeuger, Kleinfingerballen

Jendrassik-Griff: Hier werden die Arme vor der Brust gehalten, die gekrümmten Finger greifen jeweils in die andere Hand und werden dann unter Kraftaufwand auseinandergezogen. Sinn und Zweck der Übung: Durch diesen Griff werden die PSR-Reflexe verstärkt.

Dermatome:

Untere Extremität: Zum Ausschluß grober motorischer Ausfälle beginnt man am stehenden Patienten mit der Inspektion des Gangbildes, des Zehen- und Fersenstandes.

In Rückenlage überprüft man die grobe Kraft des M. quadrizeps durch Kniestreckung (L3/L4), die des M. extensor digitorum longus und M. hallucis longus durch Dorsalextension der Zehen (L5) sowie des M. trizeps surae durch Plantarflexion des Fußes.

Als nächster Schritt im Standarduntersuchungsgang wird die Überprüfung der Sensibilität unter Berücksichtigung der Dermatome zur segmentalen Zuordnung durchgeführt.

Abschließend wird die Untersuchung der Muskeleigenreflexe und zugehörigen Kennmuskeln vorgenommen.

Nervenwurzel	Muskeleigenreflex	Kennmuskel
L3	Adduktoren- u. Patellarsehnenreflex	Hüftadduktoren M. quadrizeps femoris
L4	Patellarsehnenreflex	M. quadrizeps femoris M. tibialis anterior
L5	M tibialis-posterior-Sehnenreflex	M. extensor hallucis M. tibialis anterior
S1	Achillessehnenreflex	M. triceps surae M. gluteus maximus

Bildgebende Diagnostik:

Röntgen:

Durch Röntgenaufnahmen in verschiedenen Ebenen (stehend, liegend, seitlich) können knöcherne Strukturen sichtbar gemacht werden. Idealerweise sieht man Instabilitäten (Spondylolisthesis) oder Skoliosen. Jedoch sieht man keinen Bandscheibenvorfall, dieser lässt sich aufgrund von Minderabständen zwischen den Wirbelkörpern lediglich erahnen.

CT (Computertomographie):

Mit der Computertomographie können Knochen- und Weichteile gut abgebildet werden. Man sieht unter anderem Bandscheibenschäden, knöcherne Strukturen und besonders gut Wirbelkörperbrüche. Negativ wirkt sich die Strahlenbelastung aus.

MRT (Magnetresonanztomographie)

Beim MRT sieht man besonders gut die Weichteile wie Bandscheiben und Nervenwurzeln, aber auch die knöchernen Strukturen werden gut abgebildet. Ein großer Vorteil ist die freie Wahl der Schichtebenen und die Kontrastveränderung. So lassen sich auch Hämangiome, Tumore, Entzündungen und Gewebsstrukturen abbilden. Der Vorteil der MRT ist, dass keine Strahlenbelastung für den Patienten vorhanden ist. Bei Herzschrittmachern oder Fremdkörpern ist eine MRT nicht durchführbar.

Stand:10.05.2006

Ein Service von www.diebandscheibe.de