

# Begutachtungsleitlinien bei komplexen regionalen Schmerzsyndromen

Martin Tegenthoff  
Neurologische Universitätsklinik, BG-Kliniken Bergmannsheil Bochum

Das komplexe regionale Schmerzsyndrom (CRPS) stellte einen Oberbegriff dar. Der Typ I tritt zumeist nach einem schmerzhaften, oft banalen Trauma der distalen Extremitäten, selten auch nach schmerzhaften viszeralen Ereignissen oder zentralen Läsionen auf. Eine Schädigung peripherer Nerven liegt in diesen Fällen nicht vor. Ältere Synonyme des Typ I sind die sympathische Reflexdystrophie, der Morbus Sudeck oder die Algodystrophie. Das klinische Bild ist neben Schmerzen durch eine wechselnde Trias aus autonomen, motorischen und sensorischen Störungen geprägt. Diese Symptomkonstellation kann im Verlauf von vorherrschenden "Plus-Symptomen" wie z.B. Hyperpathien, selten auch Dystonien oder einer Hyperhidrosis zu "Negativ-Symptomen" wie Hypästhesien, Paresen und/oder einer Hypohidrosis wechseln. An motorischer Symptomatik finden sich häufig Tremor, seltener dystone Bewegungen sowie im Einzelfall bizarr anmutende Bewegungsstörungen. Bedeutsam ist, dass die klinische Symptomatik des CRPS I im Verlauf eine Ausbreitungstendenz zeigen kann. So sind Ausdehnungen auf die gesamte Extremität, in Form einer Halbseitenstörung oder aber auch zur kontralateralen Extremität zu beobachten. Die Diagnose stützt sich in erster Linie auf die klinische Symptomatik. In der Spätphase können Knochenentkalkungen im Röntgenbild wegweisend sein. Als diagnostisch wertvoller hat sich insbesondere in der frühen Phase der Erkrankung die 3-Phasen-Skelett-Szintigraphie erwiesen.

Der Typ II des CRPS beinhaltet die frühere Kausalgie, die als brennender Dauerschmerz spontan auftritt oder durch Sinnesreize ausgelöst werden kann. In diesen Fällen entwickelt sich nach einer partiellen peripheren Nervenverletzung, die obligat für diese Diagnose nachweisbar sein muss, eine generalisierte klinische Symptomatik vergleichbar der des CRPS I, die das Innervationsgebiet des geschädigten peripheren Nerven jedoch bei weitem überschreitet. Das CRPS II muss diagnostisch von typischen territorial begrenzten neuropathischen Schmerzsyndromen abgegrenzt werden.

Gutachterliche Probleme ergeben sich zum einen im Rahmen der Kausalitätsbewertung. Typischerweise kontrastiert beim CRPS ein zumeist banales leichtgradiges Schädigungsereignis mit einem ausgeprägten langdauernden Beschwerdebild. In diesem Zusammenhang ist zum einen zu berücksichtigen, daß gerade ein banal erscheinendes Trauma, wie z.B. ein anfangs minimal erscheinender Hundebiß, aber auch ein eher untypisches Trauma wie z.B. auch eine proximale Distorsion zu einem typischen CRPS I führen kann. Auch falsch angelegte Gipsverbände oder therapeutische Manipulationen kommen als mögliche Ursache für ein CRPS I in Betracht. Voraussetzung für die Anerkennung eines kausalen Zusammenhangs muss ein nachvollziehbarer zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der späteren CRPS-Symptomatik sein. Konkurrierende Ursachen für die vorhandene klinische Symptomatik sollten mit einer weitestgehenden Sicherheit auszuschließen sein.

Ein weiteres gutachterliches Problem besteht in der exakten Zuordnung der klinischen Symptomatik, insbesondere in der Differenzierung häufig begleitender psychischer Störungen gegenüber einer primär psychisch determinierten, z.B. histrionischen Symptomatik. Hier kann im Einzelfall die Hinzuziehung eines psychosomatisch erfahrenen psychiatrischen Gutachters unabdingbar sein. Grundsätzlich sollte die Begutachtung problematischer CRPS-Syndrome möglichst interdisziplinär unter Einschluß eines chirurgischen Fachgebietes (Unfallchirurgie/Orthopädie, Handchirurgie), eines Neurologen, evtl. eines schmerztherapeutisch erfahrenen Anästhesisten sowie ggf. eines Psychiaters erfolgen.

Schließlich kann die Einschätzung der aus einem CRPS resultierenden Erwerbsminderung schwierig sein. Voraussetzung für eine adäquate MdE-Bewertung ist eine exakte subtile klinische Analyse und Beschreibung des Beschwerdebildes, wobei insbesondere die zuvor dargestellte Ausdehnungsmöglichkeit des CRPS Berücksichtigung finden muss. Grundlage der MdE-Einschätzung sollte zum einen die funktionelle Beeinträchtigung des Verletzten infolge des CRPS sein. Zum anderen bedürfen die beim CRPS häufig über "das übliche Maß hinausgehenden" Schmerzen einer speziellen eigenen Berücksichtigung innerhalb der MdE-Bewertung. So kann sich bei einer schwergradigen CRPS-Symptomatik mit z.B. hochgradiger Allodynie im Einzelfall durchaus eine MdE-Bewertung entsprechend einer Armamputation ergeben.