



<b>AWMF-Register Nr.</b>	<b>030/102</b>	<b>Klasse:</b>	<b>S2k</b>
--------------------------	----------------	----------------	------------

# Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen

## Kurzversion

### Interdisziplinäre Aufgabe

Die Begutachtung von Schmerzen ist eine interdisziplinäre ärztliche Aufgabe und erfordert Kompetenz sowohl zur Beurteilung körperlicher als auch psychischer Störungen. Für den Ablauf der Begutachtung ergeben sich hieraus zwei Schritte:

- Zunächst Beurteilung des Anteils der durch Schädigungen des Nervensystems und anderer Gewebearten erklärbarer Schmerzen.
- Ergeben sich dabei Hinweise auf eine psychische Komorbidität, sollte ergänzend eine psychiatrische bzw. psychosomatische Begutachtung erfolgen.

### Kategorien chronischer Schmerzsyndrome

In der gutachtlichen Situation sind vereinfacht 3 Kategorien von Schmerzen zu unterscheiden:

- **Schmerz als Begleitsymptom einer körperlichen Störung** mit den Untergruppen
  - „Übliche Schmerzen“ als Begleitsymptom einer körperlich fassbaren Erkrankung bzw. einer Nervenschädigung.
  - „Außergewöhnliche Schmerzen“ z.B. bei Stumpf- und Phantomschmerzen oder im Rahmen eines „komplexen regionalen Schmerzsyndroms“ (CRPS).
- **Körperlich zum Teil erklärbare Schmerzen mit psychischer Komorbidität** als zahlenmäßig größte zur Begutachtung kommende Gruppe.
- **Schmerz als Ausdruck einer primären psychischen Erkrankung** insbesondere im Rahmen depressiver Störungen.

### Begutachtungskriterien

Die Begutachtung von Schmerzen erfordert eine detaillierte und umfassende Exploration der zu Begutachtenden. Neben den bei Begutachtungen „üblichen“ Angaben zur Anamnese der geklagten Beschwerden, zu körperlichen Befunden sowie zu den gutachtlich relevanten Fragen sollten aussagekräftige Gutachten bei geklagten chronischen Schmerzen vor allem folgende Punkte enthalten:

- Spezielle Schmerzanamnese mit Angaben zur Lokalisation und Häufigkeit sowie zum Verlauf und der Abhängigkeit von verschiedenen Körperhaltungen, Tätigkeiten und Tageszeiten.
- Detaillierte Anamnese der Dauer, Intensität und Ergebnisse bisheriger Behandlungsmaßnahmen, insbesondere auch der Häufigkeit, Regelmäßigkeit und Effekte von Arzt- und Therapeutenbesuchen sowie der Häufigkeit, Dauer und Wirksamkeit eingenommener Medikamente.
- Detaillierte Exploration der Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. Schlaf, Selbstversorgung, Haushaltsaktivitäten, Einkaufen, Gartenarbeit) und den verschiedenen sozialen

Lebensbereichen (z.B. Partnerschaft und Familie, Freundschaften, Hobbys, Vereinsleben, Urlaubsreisen).

- Ausführlicher psychopathologischer Befund mit Aussagen zu biographischen Faktoren der Entwicklung einer „Schmerzpersönlichkeit“ sowie Störungen der Schmerzverarbeitung.
- Soweit aufgrund der rechtlichen Gegebenheiten möglich, Fremdanamnese - mit Einverständnis der zu Begutachtenden - begleitender Familienangehöriger oder Freunde.
- Ausführliche Beschreibung der gemachten Beobachtungen während der Begutachtung (z.B. Fähigkeit zum Stillsitzen, erforderliche Entlastungsbewegungen, Bewegungsmuster beim An- und Auskleiden, Körperpflege und äußeres Erscheinungsbild).

## Gutachtliche Beurteilung

Die gutachtliche Beurteilung beruht im Wesentlichen auf der Beantwortung von 2 Fragen:

- Sind die geklagten Schmerzen und die damit verbundenen Funktionsstörungen „ohne vernünftigen Zweifel“ nachweisbar („Konsistenzprüfung“) ?
- Sind die nachgewiesenen Funktionsstörungen durch „zumutbare Willensanspannung“ wenigstens zum Teil überwindbar („Prüfung der willentlichen Steuerbarkeit“) ?

### 1. „Konsistenzprüfung“

Im ersten Schritt hat der Sachverständige Stellung dazu zu nehmen, ob und aufgrund welcher Fakten die vom Probanden<sup>1</sup> geklagten Funktionsbeeinträchtigungen zur subjektiven Gewissheit des Gutachters - im sog. „Vollbeweis“ - in dem geklagten Umfang auch tatsächlich bestehen. Diese Abklärung erfordert eine eingehende „Konsistenzprüfung“ durch kritische Zusammenschau von Exploration, Untersuchungsbefunden, Verhaltensbeobachtung und Aktenlage. Zweifel am Ausmaß der geklagten Beschwerden können aufkommen, wenn nachfolgende Befunde erkennbar sind:

- Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden,
- Diskrepanzen zwischen massiven subjektiven Beschwerden (einschließlich Selbsteinschätzung in Fragebogen) und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation,
- Diskrepanzen zwischen eigenen Angaben und fremdanamnestischen Informationen (einschließlich der Aktenlage),
- Diskrepanzen zwischen schwerer subjektiver Beeinträchtigung und einem weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung,
- Diskrepanzen zwischen dem Ausmaß der geschilderten Beschwerden und Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe,
- Diskrepanzen zwischen am Untersuchungstag (und am Tag zuvor) als eingenommen angegebenen Medikamenten und dem Nachweis der Medikamente im Blutserum.

Soweit aufgrund derartiger Beobachtungen eine Klärung des tatsächlichen Ausmaßes der Funktionsbeeinträchtigungen nicht möglich ist, sollte der Gutachter dies in seinem Gutachten klar ausdrücken. Einen Grundsatz des „in dubio pro aegroto“ gibt es bei Begutachtungen nicht.

### 2. „Prüfung der willentlichen Steuerbarkeit“

Lassen sich Funktionsbeeinträchtigungen zur Überzeugung des Gutachters nachweisen, gilt im zweiten Schritt zu klären, ob und inwieweit die geklagten Beschwerden bewusst oder bewusstseinsnah zur Durchsetzung eigener Wünsche (z.B. nach Versorgung, Zuwendung oder Entlastung von unangenehmen Pflichten) gegenüber Dritten eingesetzt werden („sekundärer Krankheitsgewinn“) und damit letztlich willentlich zu überwinden wären, oder ob die „Schmerzkrankheit“ den Lebensablauf und die Lebensplanung soweit übernommen hat, dass eine Überwindbarkeit - willentlich und/oder durch Therapie - nicht mehr möglich erscheint. Allein die Tatsache lange andauernder Beschwerden schließt eine bewusstseinsnahe Steuerbarkeit jedoch nicht aus. Hinweise auf eine bestehende Steuerbarkeit der geklagten Beschwerden geben insbesondere nachfolgende Befunde:

<sup>1</sup> Um den Textfluss nicht zu stören, werden Personen grammatikalisch in der männlichen Form angesprochen. Selbstverständlich sind dabei stets Frauen und Männer gemeint.

- **Rückzug von unangenehmen Tätigkeiten** (z.B. Beruf, Haushalt), jedoch nicht von den angenehmen Dingen des Lebens (z.B. Hobbys, Vereine, Haustiere, Urlaubsreisen), und/oder
- **Beibehalten von Führungs- und Kontrollfunktionen** (z.B. Überwachung der Haushaltsarbeit von Angehörigen, Beibehaltung matriarchalischer/patriarchalischer Funktionen, Steuerung des Einkaufsverhaltens der Angehörigen) trotz erkennbarem Rückzug von aktiven Tätigkeiten.

### Beantwortung der Gutachtenfragen

Nach Klärung der beiden o.g. Punkte ergeben sich für den Sachverständigen im Allgemeinen nur 4 Möglichkeiten einer abschließenden Aussage zu den Auswirkungen und zur Prognose der geltend gemachten Funktionsstörungen. Demnach ist der Sachverständige ...

- ... davon überzeugt, dass die geklagten Funktionsbeeinträchtigungen bestehen **und** willentlich oder durch Therapie nicht (mehr) überwunden werden können.
- ... zwar davon überzeugt, dass die geklagten Funktionsbeeinträchtigungen bestehen, diese aber durch Therapie in absehbarer Zeit und in wesentlichem Umfang überwunden werden könnten.
- ... zwar davon überzeugt, dass die geklagten Funktionsbeeinträchtigungen bestehen, diese aber willentlich in wesentlichem Umfang überwunden werden könnten.
- ... nicht davon überzeugt, dass die Funktionsbeeinträchtigungen in der geklagten Form bestehen.

### Quantifizierung schmerzbedingter Funktionseinschränkungen

Sind schmerzbedingte Funktionsstörungen nachgewiesen, hat der Sachverständige diese im Allgemeinen auch zu quantifizieren. Entsprechend den o.g. Kategorien chronischer Schmerzsyndrome ergeben sich dabei folgende Unterschiede:

- **Schmerz als Begleitsymptom einer Gewebeschädigung oder -erkrankung:** Stehen körperlicher Befund (Organpathologie) und Befinden (Schmerz) in kongruentem Verhältnis, bestimmt die mit dem fachbezogenen Befund verknüpfte Funktionsbeeinträchtigung die Leistungsbeurteilung.
- **Schmerz bei Gewebeschädigung/-erkrankung mit psychischer Komorbidität:** Besteht keine Kongruenz zwischen Befund und Befinden, sind relevante Funktionsbeeinträchtigungen im Allgemeinen nur dann zu diskutieren, wenn gleichzeitig ausgeprägte Einschränkungen im Alltagsleben und der sozialen Partizipation trotz ausreichender und angemessener Therapie nachweisbar sind.
- **Schmerz als Leitsymptom einer psychischen Erkrankung:** Handelt es sich um eine Schmerzsymptomatik ohne erkennbare Gewebeschädigung oder -erkrankung, orientiert sich die Einschätzung am Schweregrad der zugrunde liegenden psychischen Erkrankung.

### Klärung von Zusammenhangsfragen

Soweit über die Beurteilung schmerzbedingter Funktionsstörungen hinaus Fragen zum Zusammenhang zwischen einem stattgehabten Unfall- oder sonstigen Schädigungsereignis und geklagten Schmerzen zu klären sind („Zusammenhangsgutachten“), basiert die Beweisführung auf nachfolgenden Kriterien:

- **Nachweis eines geeigneten körperlichen und/oder psychischen Primärschadens:** Dieser muss in den meisten Rechtsgebieten ohne vernünftigen Zweifel („Vollbeweis“) vorliegen. Ansonsten erübrigt sich jede weitere Diskussion von Zusammenhangsfragen.
- **Nachweis des zeitlichen Zusammenhangs:** Im Allgemeinen zwingende Voraussetzung für die Annahme eines kausalen Zusammenhangs ist der Beginn einer geklagten Schmerzsymptomatik unmittelbar nach dem Schädigungsereignis, allerdings sind Ausnahmen zu beachten (z.B. anfängliche Analgesie, sekundäre Komplikationen). Der alleinige zeitliche Zusammenhang genügt jedoch nicht (kein „post hoc ergo propter hoc“).
- **Nachweis des typischen Schmerzverlaufs:** In Abhängigkeit des Körperschadens zeigen Schmerzen in der Regel einen typischen Verlauf, der zu den geklagten Beeinträchtigungen korrelieren sollte.
- **Nachweis von Vorerkrankungen (Vorschaden):** Sind solche „vollbeweislich“ nachweisbar, ist eine vorübergehende oder - im Einzelfall auch dauerhafte - Verschlimmerung des Vorschadens aufgrund des Schädigungsereignisses zu diskutieren.
- **Ausschluss konkurrierender Erkrankungen:** Stellt sich der Verlauf von Schmerzsyndromen anders dar, als nach einem nachweisbaren körperlichen Schädigungsereignis zu erwarten, ist zu klären.

ren, inwieweit schädigungsunabhängige „überholende“ Faktoren nachweisbar sind, die (inzwischen) – je nach Rechtsgebiet – die rechtlich maßgebliche Schmerzursache darstellen.

## 1. Präambel

### Ziel der Leitlinie

Die Leitlinie soll den Ablauf und Inhalt der Begutachtung von Menschen, die als Leitsymptom chronische Schmerzen beklagen, vereinheitlichen. Sie soll der Komplexität von Schmerz, Schmerzerleben und Schmerzbeeinträchtigung durch interdisziplinäres Zusammenwirken gerecht werden. Durch die Beschreibung sowohl der fachgebundenen Kompetenz als auch der Zusammenarbeit zwischen Gutachtern verschiedener Fachdisziplinen sollen qualitätssichernde Maßnahmen für die Gutachtenerstellung und Grundlagen für einheitliche Einschätzungen schmerzkranker Menschen im Zivil-, allgemeinen Verwaltungs- und Sozialrecht ermöglicht werden. Damit soll auch die Verständigung zwischen Ärzten und Juristen verbessert werden.

### Inhalt der Leitlinie

Grundlagen der Leitlinie sind einerseits das Wissen um Schmerzentstehung, Schmerzverarbeitung und Schmerzchronifizierung sowie um die fachgebietsspezifischen Einschätzungen der Beschwerden und Funktionseinschränkungen bei Schmerzkranken. Andererseits werden Kenntnisse der Begutachtungsgrundlagen für verschiedene Rechtsgebiete zugrunde gelegt. Wesentlich war die Zusammenführung fachgebietsspezifischer Erkenntnisse zu einer interdisziplinären Leitlinie unter Wahrung der gutachtlich gebotenen Neutralität. Bestehende Publikationen und Leitlinien zum Thema wurden berücksichtigt [Dohrenbusch 2007, 2009a/b, Egle et al. 2003, Foerster et al. 2002, Schiltenswolf 2002, Schneider et al. 2011].

## 2. Spezielle Aspekte der Begutachtung von Schmerzen

Grundvoraussetzung jeder sachgerechten Begutachtung ist, dass der Sachverständige die Grundzüge der unterschiedlichen Rechtsgebiete und deren spezifische Forderungen kennt [Marx et al. 2011]. Nachdem die ärztliche Weiterbildungsordnung in fast allen klinischen Fachgebieten außerhalb einzelner Landesärztekammern keine spezifischen Kenntnisse der Begutachtung mehr vorsieht, ist hierfür eine geeignete Fortbildung erforderlich. Über diese allgemeinen Vorgaben an den Sachverständigen hinaus sind bei der Begutachtung von Schmerzen die nachfolgend genannten Besonderheiten zu berücksichtigen.

### Bezeichnung

Entsprechend der ärztlichen Weiterbildungsordnung soll das Gutachten nach dem Fachgebiet des erstellenden Arztes benannt werden. Es soll, soweit es sich nicht im konkreten Einzelfall um die Therapie von Schmerzen handelt, nicht von "schmerztherapeutischen Gutachten" gesprochen werden, da es bei Gutachten in der Regel nicht um therapeutische Aussagen, sondern um eine neutrale Feststellung von Art und Umfang von Schmerzen und der damit verbundenen Beeinträchtigungen der Aktivität und der Teilhabe (gemäß ICF-Kriterien). Soweit nicht die Fachgebietsbezeichnung des Sachverständigen für die Klassifizierung des Gutachtens ausreichend erscheint, sollte von „schmerzmedizinischen Gutachten“ oder der "Begutachtung von Schmerzen" gesprochen werden.

### Definition und Inhalte

Von der Begutachtung von Schmerzen im engeren Sinne ist zu sprechen, wenn chronifizierte, nicht monokausal erklärbare Schmerzen im Vordergrund der geklagten Beschwerden stehen und die Einschätzung der Diagnose, der hierdurch bedingten Funktionsbeeinträchtigungen sowie der prognostischen Bewertung umfassende und vielschichtige differenzialdiagnostische Erwägungen unter Berücksichtigung einer eingehenden, sowohl somatischen als auch psychopathologischen Befunderhebung erfordert. Der vorliegenden Leitlinie entsprechende Begutachtungen von Schmerzen sind daher insbesondere durch folgende Inhalte gekennzeichnet:

- Detaillierte Exploration der Beeinträchtigungen der Aktivität und der Teilhabe am täglichen Leben („ADL“),
- eingehende körperliche Befunderhebung mit Erfassung aller Schmerzlokalisationen und weiterer Körperbeschwerden<sup>2</sup> und Exploration der Psychopathologie auf der Basis der AMDP-Kriterien,
- soweit möglich (Sprachbarriere) und sinnvoll, Einsatz spezieller Fragebögen und Skalen mit Diskussion der Ergebnisse im Kontext zu den übrigen Befunden,
- eingehende differenzialdiagnostische Erwägungen unter Berücksichtigung somatischer, psychischer und sozialer Aspekte (im ICF als umwelt- und patientenbezogene „Kontextfaktoren“ bezeichnet),
- umfassende Konsistenzprüfung der geklagten Beschwerden und Beeinträchtigungen im Kontext mit Exploration, erhobenen Befunden und Beobachtung sowie
- Diskussion der willentlichen Steuerbarkeit der geklagten Beschwerden und Beeinträchtigungen.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien erfordern Begutachtungen chronischer Schmerzen aufgrund der oft komplizierten, widersprüchlichen Befundlage gegenüber anderen Formen der Begutachtung einen deutlich erhöhten Zeitaufwand. Bei interdisziplinärer Begutachtung unter Auseinandersetzung mit Begutachtungsleitlinien entsprechen sie häufig - angesichts der Bedeutung von Fragestellung und Rechtsgebiet für die Honorargruppe, aber nicht grundsätzlich - Gutachten mit einem hohen Schwierigkeitsgrad gemäß der Definition des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes (JVEG)<sup>3</sup>.

### Umgang mit Personen aus anderen Kultur- und Sprachräumen

Da bei der Begutachtung von Schmerzen der Anamneseerhebung besondere Bedeutung zukommt, soll bei fremdsprachigen Personen bereits vor der Begutachtung geklärt werden, ob hierzu ein Dolmetscher erforderlich ist. Sofern dies der Fall ist, sollte beim Auftraggeber die Heranziehung eines Dolmetschers beantragt werden. Familienangehörige, Freunde oder Bekannte sind i.d.R. aufgrund der Interessensverknüpfung mit dem zu Begutachtenden als Dolmetscher nicht geeignet. Der Gutachter soll sich allerdings darüber im Klaren sein, dass Schmerzempfindung und -schilderung bei Probanden aus anderen Kulturräumen andersartig sein können und damit nur eingeschränkt in die deutsche Sprache übertragbar sind.

In den allermeisten Fällen handelt es sich bei ausländischen Probanden um Migranten. Der Migrationshintergrund hat häufig Einfluss auf Krankheitsentstehung, -entwicklung (Chronifizierung) und -verhalten. Insofern ist eine explizite Befassung mit dem Migrationshintergrund (Flüchtling / Asylant / 2. oder 3. Generation?) und seinen juristischen Implikationen und familiären Auswirkungen erforderlich. Dies sollte in einem speziellen Passus des Gutachtens dargestellt werden.

Bei der Auswahl des Dolmetschers sollte dessen Erfahrung im medizinischen Bereich, dessen ethnische Zugehörigkeit sowie das Geschlecht der zu Begutachtenden berücksichtigt werden. Der Gutachter sollte bei der Begutachtung von Migranten über Grundwissen zur kulturbezogenen Schmerzkommunikation verfügen.

### Ärztliche Aufgabe

Die Begutachtung von Schmerzen ist eine primär ärztliche Aufgabe, da diese sowohl die somatische diagnostische Einschätzung als auch die Beurteilung körperlich-seelischer Wechselwirkungen erfordert. Psychologen und psychologische Psychotherapeuten können im Rahmen der psychiatrischen oder psychosomatischen Begutachtung aufgrund ihrer speziellen Kompetenz eine geeignete Zusatzuntersuchung durchführen oder - nach Klärung mit dem Auftraggeber – ein Zusatzgutachten erstatten<sup>4</sup>. Die zusammenfassende somatisch-psychische Einschätzung obliegt dem ärztlichen Sachverständigen.

<sup>2</sup> Schon bei drei verschiedenen Schmerzlokalisationen bzw. weiteren Körperbeschwerden ist bei fast jedem zweiten Patienten in der Primärversorgung von einem psychisch relevanten Störungsbild auszugehen [Kisely et al. 1997].

<sup>3</sup> s. LSG Baden-Württemberg L 12 R 2761/06 KO-B vom 3.7.2006; SG Mannheim S 8 R 922/06 KO-A vom 23.3.2006; Thüringer LSG L 6 SF 48/08, Beschluss vom 03.11.2008; letztlich wohl auch LSG Rheinland-Pfalz, L 6 R 303/09 B, Beschluss vom 03.09.2009

<sup>4</sup> Bei der Erstattung einer **Zusatzuntersuchung** mit Durchführung und Bewertung von Tests ohne Beantwortung der gutachtlichen Beweisfragen handelt es sich definitionsgemäß um „Hilfsdienste“, vergleichbar der Heranziehung von Radiologen oder Laborärzten. Die Durchführung üblicher und notwendiger Zusatzuntersuchungen darf der Gutachter i.d.R. ohne Rückfrage beim Auftraggeber veranlassen, bei wesentlichen Zusatzkosten ist allerdings eine Absprache anzuraten (z.B. Bezirksrevisor des LSG Baden-Württemberg R 40/10 (UL) vom 6.10.2010). **Zusatzgutachten** mit eigenständiger gutachtlicher Leistung erfordern demgegenüber stets eine ausdrückliche Beauftragung durch den Auftraggeber des Gutachtens.

## **Kenntnis der Krankheitsbilder**

Der Gutachter muss über den aktuellen evidenzbasierten Wissensstand der Krankheitsbilder mit Leitsymptom "chronischer Schmerz" verfügen (z.B. im Rahmen der Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie"). Er sollte insbesondere auch mit den Leitlinien zu den verschiedenen, mit chronischen Schmerzen einhergehenden Krankheitsbildern der AWMF-Fachgesellschaften vertraut sein.

## **Interdisziplinärer Charakter**

Die Begutachtung chronischer Schmerzen ist eine interdisziplinäre Aufgabe und erfordert Kompetenz sowohl zur Beurteilung körperlicher als auch psychischer Störungen.

1. Zunächst soll durch geeignete Gutachter der Anteil durch strukturelle und funktionelle Gesundheitsstörungen ausreichend erklärbarer Schmerzen beurteilt werden. Diese Gutachter sollen über Grundkenntnisse psychisch verursachter Schmerzen im Sinne der psychosomatischen Grundversorgung verfügen und aufgrund dieser Kenntnis Aussagen machen, ob Anhaltspunkte für eine psychische Komorbidität vorliegen.
2. Ergeben sich Hinweise auf eine solche Komorbidität, soll der Gutachter, soweit er selbst nicht über entsprechende Kompetenz verfügt, dem Auftraggeber die Heranziehung eines psychiatrisch bzw. psychosomatisch geschulten Facharztes zur weiteren Begutachtung vorschlagen. Dieser Gutachter soll zusätzlich über eingehende Kenntnisse der Erfassung und Bewertung chronischer Schmerzen verfügen und eine abschließende integrative Beurteilung unter Berücksichtigung körperlich-seelischer Wechselwirkungen vornehmen.

## **Problem der Quantifizierung chronischer Schmerzen**

Bildgebende oder neurophysiologische Verfahren sind bislang nicht geeignet, das Ausmaß chronischer Schmerzen darzustellen, wenngleich sie für den Nachweis von Gewebeschädigungen unverzichtbar sind. Dem Nachweis körperlicher und/oder psychischer Beeinträchtigungen im Alltags- und beruflichen Leben kommt daher bei der Begutachtung von Schmerzen überragende Bedeutung zu. Apparativ gewonnene Zufallsbefunde ohne Relevanz für die beklagten Schmerzen sollen als nicht Schmerz erklärend benannt werden.

## **Diagnose und Funktionsminderung**

Die Schwere der Krankheit des Probanden ergibt sich aus den Diagnosen und den belegten Funktionsminderungen. Diagnosen allein erklären nicht den Schweregrad einer Schmerzsymptomatik. Letztlich konkret nichts aussagende Diagnosen wie "Z.n." oder topisch orientierte Syndrome (z.B. Schmerzkrankheit, Zervikalsyndrom, Fibromyalgie-Syndrom) sind zu vermeiden. Verdachtsdiagnosen dürfen gemäß den rechtlichen Vorgaben sowohl bei der Beurteilung von Funktionsstörungen als auch der Kausalität nicht berücksichtigt werden, da Schädigungen und Funktionsstörungen ohne vernünftigen Zweifel nachzuweisen (sog. "Vollbeweis") sind.

## **Behandelbarkeit und Funktionsminderung**

Patienten mit psychisch (mit-)verursachten bzw. unterhaltenen Schmerzen sind einer umfassenden Behandlung nicht immer gut zugänglich. Dies kann auch Folge fehlgeleiteter Vorbehandlungen sein (iatrogene Fixierung und Schädigung). Zu klären ist, ob der Betroffene eine seitens seiner Behandler nachweislich vorgeschlagene adäquate Behandlung (z.B. psychosomatische Rehabilitation, Medikamenteneinnahme) abgelehnt hat. Geringer oder ausbleibender Behandlungserfolg begründet nicht zwangsläufig auch einen hohen Leidensdruck mit schweren Funktionsbeeinträchtigungen. Hoher Leidensdruck ist dann anzunehmen, wenn sich Beeinträchtigungen im privaten und/oder beruflichen Alltagsleben und in der sozialen Partizipation nachweisen lassen, was im Gutachten detailliert darzustellen ist.

## **Persönliche Leistungspflicht**

Gemäß § 407a Zivilprozessordnung (ZPO) ist der im Gerichtsverfahren namentlich beauftragte Sachverständige nicht befugt, den Gutachtenauftrag auf einen anderen zu übertragen. Dasselbe gilt insbesondere auch für Gutachten im Verwaltungsverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung für den nach Auswahl durch den Probanden gemäß § 200 Abs. 2 SGB VII bestellten Sachverständigen. Nach dieser Vorschrift hat der Unfallversicherungsträger dem Versicherten vor einer Begutachtung mehrere in Betracht kommende Sachverständige zur Auswahl zu

benennen. Zwar räumt die aktuelle Rechtsprechung sowohl im Sozial-<sup>5</sup> als Zivilrecht<sup>6</sup> hinsichtlich der Heranziehung von Mitarbeitern bei der Erhebung der organmedizinischen Befunde recht weitgehende Möglichkeiten der Mitarbeit fachkompetenter Dritter ein. Für den Fall der psychiatrischen Begutachtung hat das BSG jedoch festgehalten, dass der beauftragte Gutachter nicht berechtigt ist, den Mitarbeitern die das Gutachten prägende Zentralaufgabe, nämlich die persönliche Begegnung mit dem zu Begutachtenden unter Einschluss eines explorierenden Gesprächs, zu überlassen.<sup>7</sup> Zwar existieren bislang keine diesbezüglichen Urteile, dieselbe Situation dürfte jedoch auch bei der Begutachtung chronischer Schmerzsyndrome vorliegen [Feddern u. Widder 2009].

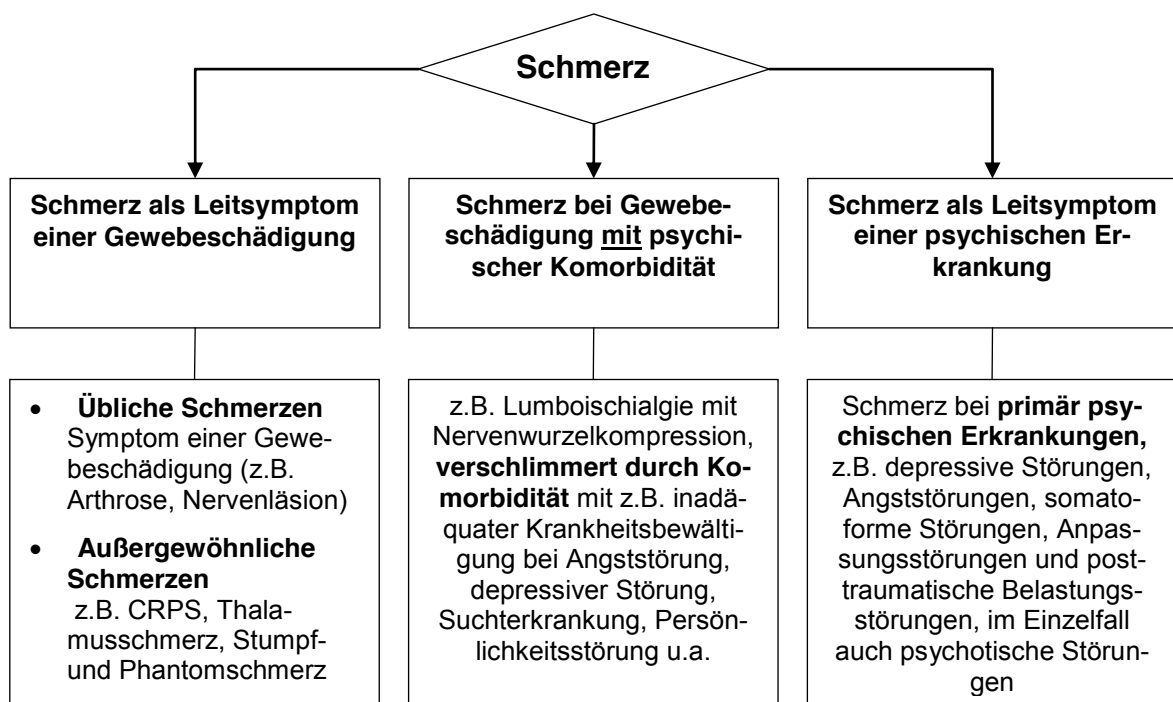
### Untersucherreaktion und Gegenübertragungsverhalten

Es gilt in besonderem Maße zu beachten, dass beim Gutachter eigene Wertvorstellungen und Körpererfahrungen, das Erleben des zu Begutachtenden (z.B. Abwehr bei klagsamen Personen) und auch die eigene Tagesform die Interaktion mit dem zu Begutachtenden beeinflussen können.

## 3. Einteilung chronischer Schmerzen

In der gutachtlichen Situation sind drei Kategorien chronischer Schmerzen zu unterscheiden (Abb. 1); die beklagten Schmerzen sind durch die Begutachtung nach diesen Kategorien zu klassifizieren und durch ICD-Diagnose(n) zu kodieren:

**Abb.1. Einteilung chronischer Schmerzen aus gutachtlicher Sicht** (Details s. Tabelle 1)



<sup>5</sup> BSG B 2 U 58/05 B, Beschluss vom 17.11.2006: „... Ein vom Gericht zur Beurteilung von Unfallfolgen auf neurologischem Gebiet eingeholtes Gutachten ist nicht deshalb unverwertbar, weil der Sachverständige die körperliche Untersuchung des Probanden und die Erhebung der organmedizinischen Befunde einem ärztlichen Mitarbeiter übertragen hat.“

<sup>6</sup> OLG München 1 U 3921/05, Urteil vom 4.10.2005: „... Es ist nicht zu beanstanden, wenn ein medizinischer Gutachter die persönliche Untersuchung an seinen qualifizierten Mitarbeiter delegiert, so dass dieser die Hauptarbeiten der Gutachtenerstattung erbringt, solange der Gutachter selbst sich sowohl den Inhalt des Gutachtens zu Eigen macht als auch die volle Verantwortung für das Gutachten übernimmt.“

<sup>7</sup> BSG B 9 VU2/03 B, Beschluss vom 18.9.2003

Tabelle 1

Diagnostische Klassifikation der häufigsten Schmerzsyndrome im ICD-10-System		
Schmerzsyndrom	Beschreibung	ICD-Diagnose
Schmerz als Begleitsymptom einer Gewebeschädigung oder -erkrankung (nozizeptiv-neuropathische Schmerzsyndrome)	üblicher Schmerz	ICD-Code der Läsion
	außergewöhnlicher Schmerz	ICD-Code der Läsion, zusätzlich z. B. G56.4 (Kausalgie)
Schmerz bei Gewebeschädigung/-erkrankung mit psychischer Komorbidität	Misslungene Anpassung („Fehlverarbeitung“) auf eine Gewebeschädigung	Bei im Vordergrund stehenden <b>ängstlich-depressiven Symptomen</b> : ICD-Code der Läsion zusammen mit F43.2 (Anpassungsstörungen), bei schwererer Ausprägung auch F33
		Bei im Vordergrund stehenden <b>Schmerzen</b> : ICD-Code der Läsion zusammen mit F45.41 (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren) bei wichtiger Rolle psychosozialer Faktoren
Schmerz als Leitsymptom einer psychischen Erkrankung	Gewebeschädigung bei psychischer Vorerkrankung	ICD-Code der Läsion und ggf. der psychischen Vorerkrankung im Sinne der „Verschlimmerung“
	Schmerz im Rahmen einer depressiven Störung	F33 (rezidivierende depressive Störung), bei geringer Ausprägung F34.1 (Dysthymia)
	Schmerz im Rahmen einer psychoreaktiven Störung	je nach Ursache und Ausprägung F43.1 (posttraumatische Belastungsstörung) oder F43.2 (Anpassungsstörungen)
	Schmerz im Rahmen einer Angst- oder Panikstörung	F41 (sonstige Angststörungen)
	Schmerz bei im Vordergrund stehenden psychosozialen Faktoren	F45.40 (somatoforme Schmerzstörung), bei multiplen Symptomen auch F45.0 oder F45.1 (Somatisierungsstörungen)
	Schmerz in Verbindung mit psychotropen Substanzen	vor allem F1_.1 (schädlicher Gebrauch) oder F1_.2 (Abhängigkeitssyndrom)
	Schmerz bei anderen psychischen Erkrankungen	ICD-Code der entsprechenden psychischen Störung



## 4. Ablauf und Inhalt der Begutachtung

Zur Herstellung eines angemessenen, durchaus kritisch distanzierenden Verhältnisses zu dem zu Begutachtenden hat der Gutachter die auch sonst üblichen Regeln einzuhalten. Dazu gehört insbesondere die eigene Vorstellung, die Erläuterung zu Auftraggeber, Sinn und Zweck der Begutachtung sowie der vorgesehenen Untersuchungen, die Wahrung eines korrekten Kommunikationstons sowie das Absehen von Vorhaltungen und von Aussagen zum schriftlichen Gutachtenergebnis. Die Beantwortung der Beweisfragen muss auf einer plausiblen und auch für den medizinischen Laien nachvollziehbaren Begründung beruhen. Bei Unklarheiten ist beim Auftraggeber Rückfrage zu halten.

Die Begutachtung von Schmerzen erfordert neben der körperlichen Untersuchung eine detaillierte und umfassende Exploration des Probanden, weswegen hierfür regelmäßig ein deutlich erhöhter Zeitbedarf einzurechnen ist. Im Einzelnen sollen Gutachten vor allem folgende Punkte enthalten:

**Tabelle 2**

<b>Erforderliche Anamnese bei der Begutachtung von Schmerzen</b>	
Arbeits- und Sozialanamnese	Berufsausbildung mit/ohne Abschluss, Arbeitsbiographie, besondere psychische und physische Belastungen am Arbeitsplatz, Dauer und Begründung für Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit, Entwicklung der familiären Situation und deren Belastungen
Allgemeine Anamnese	Entwicklung der körperlichen und psychischen Erkrankungen aktuell und unter Einbeziehung früherer Lebensabschnitte einschließlich familiärer Belastungen - bei "kausalen" Fragestellungen außerdem Angaben zu Unfallereignissen und anderen ursächlichen Einwirkungen und zum Verlauf danach.
Spezielle Schmerzanamnese	Lokalisation, Häufigkeit, Dauer und Charakter der Schmerzen; Abhängigkeit von verschiedenen Körperhaltungen, Tätigkeiten und Tageszeiten, Verlauf mit/ohne Remissionen; biographische Schmerzerfahrungen: körperliche Misshandlung, emotionale Vernachlässigung, chronische familiäre Disharmonie, Parentifizierung, mehrfache postoperative Schmerzsituationen, Schmerzmodell bei wichtigen Bezugspersonen
Behandlungsanamnese	Art, Dauer, Intensität und Ergebnis bisheriger Behandlungsmaßnahmen, insbesondere Häufigkeit und Regelmäßigkeit von Arztbesuchen, Häufigkeit und Dauer der Einnahme von Medikamenten und deren Nebenwirkungen, Art und Intensität physiotherapeutischer Behandlungen, Einbringen eigener Bewältigungsstrategien; symptomverstärkende und -unterhaltende therapeutische Maßnahmen
Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens	Schlaf, Tagesablauf, Mobilität, Selbstversorgung, Haushaltsaktivitäten wie Kochen, Putzen, Waschen, Bügeln, Einkaufen, Gartenarbeit, erforderliche Ruhepausen, Fähigkeit zum Auto- und Radfahren
Einschränkungen der Partizipation in verschiedenen Lebensbereichen	Familienleben einschließlich Sexualität und schmerzbedingter Partnerprobleme; soziale Kontakte einschließlich Freundschaften und Besuche; Freizeitbereich wie Sport, Hobbys, Vereinsleben, Halten von Haustieren, Urlaubsreisen; soziale Unterstützung und Qualität der Partnerbeziehung
Selbsteinschätzung	Eigene Einschätzung des positiven und negativen Leistungsbildes (z.B. anhand der Diskussion von geläufigen Verweistätigkeiten mit geringer körperlicher Beanspruchung)
Fremdanamnese	Exploration von z.B. engen Familienmitgliedern, Freunden oder Arbeitskollegen mit Einverständnis des zu Begutachtenden sowie ggf. mit Zustimmung des Auftraggebers <sup>8</sup>

<sup>8</sup> Es besteht bei den Autoren kein Konsens, inwieweit im Bereich des Sozialrechts (Sozialgerichts- und Verwaltungsverfahren) eine ergänzende Exploration von geeigneten Dritten (Fremdanamnese) nur im Auftrag oder nach ausdrücklicher Genehmigung durch den Auftraggeber erfolgen darf. Dem Wunsch des ärztlichen Sachverständigen, die anwesenden Begleitpersonen ggf. ergänzend zu befragen, steht aus Sicht des juristischen Beraters formal § 404a ZPO entgegen. Die Vorschrift schreibt vor, dass Art und Umfang der Tätigkeit des Sachverständigen vom Gericht zu bestimmen sind. Nach gemachter Erfahrung wird im Bereich der Sozialgerichtsbarkeit jedoch z.T. die

## 4.1 Anamnese

Angesichts des Fehlens geeigneter technischer Messmethoden zur Quantifizierung von Schmerzen ist es im Rahmen der Anamnese Aufgabe des Gutachters, insbesondere Beeinträchtigungen im täglichen Leben und in der sozialen Partizipation sowie Fragen der Entwicklung, des Erlebens und bisheriger Behandlungsmaßnahmen der geklagten Schmerzen eingehend zu hinterfragen (Tabelle 2). Entscheidend hierfür sind die Kriterien der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) [DIMDI 2008]. In der Erfassung der relevanten Funktionsbeeinträchtigungen können spezifische „core sets“ aus dem ICF-Katalog hilfreich sein.<sup>9</sup>

## 4.2 Klinische Befunde

Bei der körperlichen Untersuchung sollten neben der klinischen und ggf. apparativen Untersuchung weitere Informationen zu bestehenden Funktionsstörungen aus der Beobachtung des Probanden gewonnen werden (Tabelle 3).

**Tabelle 3**

<b>Erhebung klinischer Befunde bei der Begutachtung von Schmerzen</b>	
Beobachtung während der Begutachtung	Gangbild vor/während/nach der Begutachtung, Spontanmotorik, Fähigkeit zum Stillsitzen, erforderliche Entlastungsbewegungen, Bewegungsmuster beim An- und Auskleiden
Allgemeine Befunde	Allgemeiner körperlicher Untersuchungsbefund; zusätzlich Beobachtung von äußerem Erscheinungsbild und Körperpflege, Hand- und Fußbeschwielung, Muskulatur, Körperbräune usw.
Fachgebietsbezogener Untersuchungsbefund	Klinische Untersuchung entsprechend dem Fachgebiet des Gutachters. Bei psychosomatischen und psychiatrischen Gutachten sollte diese möglichst systematisch erhoben werden. Hierfür eignen sich z.B. standardisierte Diagnoseprozeduren <sup>10</sup>
Apparative Zusatzbefunde	Soweit in Abhängigkeit von der Fragestellung/Erkrankung erforderlich
Laborchemische Zusatzbefunde	Medikamentenspiegel, soweit erforderlich (s. 4.5)
Selbsteinschätzungsskalen	Auswertung von Selbsteinschätzungsskalen (s. 4.5)

## 4.3 Diagnosen

Die Diagnosen sollen sich an ICD-10 Kriterien orientieren, wobei für gutachtliche Belange die Funktionsstörungen an entscheidender Stelle zu nennen sind. Bei Diagnosen aus dem Kapitel V (F: psychische und Verhaltensstörungen) sollte im Sinne der Qualitätssicherung neben der klinischen Untersuchung zusätzlich eine strukturierte Diagnoseprozedur eingesetzt werden (s. oben).

## 4.4 Prognosefaktoren

Regelmäßig hat der Sachverständige in seinem Gutachten Aussagen zur weiteren Prognose des von ihm diagnostizierten Schmerzsyndroms zu machen. Entscheidend hierfür sind drei Faktoren:

- **Chronifizierungsfaktoren:** Je mehr Kontextfaktoren für die Chronifizierung von Schmerzen erkennbar sind, umso schlechter ist im Allgemeinen die Prognose einzuschätzen (Tabelle 4).

---

ohne Rückfrage erhobene Drittanamnese toleriert und verwertet. Im Rahmen von Begutachtungen für Zivilgerichte (Amts-, Land- und Oberlandesgericht) ist dem gegenüber eine vorherige Zustimmung des Gerichts in jedem Fall zwingend erforderlich. Bei Begutachtungen für Privatversicherungen ist die Erhebung einer Fremdanamnese möglich, sofern der Proband hierin einwilligt.

<sup>9</sup> www.icf-research-branch.org

<sup>10</sup> z.B. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID) oder Internationale Diagnose-Checklisten für ICD-10 (IDCL, Hiller et al. 1995), bei posttraumatischen Belastungsstörungen Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)

**Tabelle 4**

<b>Kontextfaktoren für die Chronifizierung von Schmerzen</b> [nach Schneider et al. 2005 u. 2006, Wider u. Frisch 2005]
<b>Umweltbezogene Faktoren</b>
<b>- Arbeitsplatzfaktoren</b>
Geringe Arbeitsplatzzufriedenheit Anhaltende Schwerarbeit Unergonomische Arbeitsplatzgestaltung Monotone Tätigkeiten am Arbeitsplatz Geringe berufliche Qualifikation Niedriges Einkommen Konflikte mit Vorgesetzten Kränkungserlebnisse durch Arbeitskollegen Verlust des Arbeitsplatzes
<b>- Familiäre Faktoren</b>
Psychische Stressoren im familiären Umfeld Überprotektion durch Familienmitglieder
<b>- Iatrogene Faktoren</b>
Mangelnde ärztliche Deeskalation bei ängstlichen, „katastrophisierenden“ Patienten Somatisierung und Angstförderung durch „katastrophisierende“ ärztliche Beratung Fehlende oder inadäquate Therapie in der Akutphase Förderung passiver (regressiver) Therapiekonzepte Lange, unreflektierte Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit Übertriebener Einsatz diagnostischer Maßnahmen Überschätzen unspezifischer somatischer Befunde Unterschätzen psychiatrischer Komorbidität Fehlende Beachtung psychosozialer Belastungsfaktoren Präferenz und fehlerhafte Indikationsstellung invasiver und/oder suchtfördernder Therapien Inadäquate Therapie im weiteren Verlauf
<b>Personenbezogene Faktoren</b>
<b>- Soziodemographische Faktoren</b>
Alter Weibliches Geschlecht Niedriges Bildungsniveau Niedriger Sozialstatus
<b>- Somatische Faktoren</b>
Genetische Disposition Prädisponierende körperliche Erkrankungen Dauereinwirkung biomechanischer Stressoren
<b>- Psychosoziale Faktoren</b>
Biographische Belastungen Maladaptive kognitiv-affektive Krankheitsverarbeitung (Katastrophisieren, Hilf-/Hoffnungslosigkeit) Psychische Komorbiditäten (Somatisierungsstörungen, Angsterkrankungen, depressive Störungen) Angst und angstbedingtes Vermeidungsverhalten Kompensationsansprüche

- **Dauer der Symptomatik:** Eine nicht unwesentliche, häufig jedoch weit überschätzte Bedeutung kommt der Beschwerdedauer und insbesondere auch der Dauer der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit zu. Zwar wird ein Chronifizierungsgrad III im Mainzer Stadienmodell der Schmerzchronifizierung nach Gerbershagen [Gerbershagen 1986] häufig allein schon als Beweis für das Vorliegen einer ausgeprägten Leistungseinschränkung angesehen. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass ein derartiger Chronifizierungsgrad bereits ausschließlich aufgrund der eigenen Angabe dauerhafter, multilokulärer Schmerzen ohne Intensitätswechsel, verbunden mit mehreren fachspezifischen Rehabilitati-

onsmaßnahmen und einem mehrmaligen Wechsel des betreuenden Arztes erreicht wird. Auch das LSG Berlin<sup>11</sup> hat ausdrücklich festgehalten, dass „allein aus der Chronifizierung eines Leidens ... noch nicht auf die Quantität oder eine bestimmte Qualität der Leistungseinbußen geschlossen werden“ kann.

- **Adäquate Therapiemaßnahmen:** Sind Schmerzsyndrome erst einmal chronifiziert, sind sie regelmäßig einer „monomodalen“, ausschließlich somatisch ausgerichteten Therapie unzugänglich und erfordern eine umfassende psychotherapeutische Behandlung des maladaptiven, passiven Krankheitsverhaltens. Wurde bei längerer Krankheitsdauer keine geeignete „multimodale“ Behandlung (physio- und psychotherapeutisch unter einem gemeinsamen ursachenorientierten Konzept mit ggf. ambulanter Weiterbehandlung) durchgeführt, ist dies gutachtlich zu berücksichtigen. Aus dem Vorliegen stattgehabter Rehabilitationsmaßnahmen allein kann nicht auf die diagnostische und therapeutische Güte der Behandlung geschlossen werden<sup>12</sup> [Huppe u. Raspe 2005]. Das Fehlen adäquater Therapiemaßnahmen kann Hinweise geben einerseits auf eine geringe Therapiemotivation des Probanden, andererseits aber auch auf iatrogen fehlgeleitete (meist einseitig somatisch orientierte) Therapieansätze [Gärtner u. Schiltenswolf 2004, Kouyanou et al. 1997 u. 1998, Rainville et al. 2005].

#### 4.5 Konsistenzprüfung (Beschwerdenvalidierung)

Die Klärung der Frage, ob und inwieweit die von zu Begutachtenden geklagten Beschwerden und Funktionsstörungen tatsächlich auch bestehen, stellt eine - wenn nicht die - Kernaufgabe der ärztlichen Begutachtung dar. Nachdem Begutachtungsaufträgen in der überwiegenden Zahl der Fälle der Wunsch des Probanden nach einer materiellen und/oder immateriellen Entschädigung zugrunde liegt, reicht das Spektrum der dargebotenen Symptome von einer authentischen Beschwerdendarstellung bis hin zu grober Vortäuschung schmerzbedingter Funktionsstörungen. Zu unterscheiden sind dabei nachfolgende symptommodulierende Darstellungsformen:

- **Simulation** ist das bewusste und ausschließliche Vortäuschen einer krankhaften Störung zu bestimmten, klar erkennbaren Zwecken. Simulation gilt als selten.
- **Aggravation** ist die bewusste verschlimmernde bzw. überhöhende Darstellung einer krankhaften Störung zu erkennbaren Zwecken. Sie ist in der Begutachtungssituation relativ häufig zu beobachten. Simulation und Aggravation sollten in Gutachten klar beschrieben werden.
- **Verdeutlichungstendenzen** sind demgegenüber der Begutachtungssituation durchaus angemessen und dürfen nicht mit Simulation oder Aggravation gleichgesetzt werden. Es handelt sich hierbei um den mehr oder weniger bewussten Versuch, den Gutachter vom Vorhandensein der Schmerzen und damit einhergehender Funktions- und Leistungseinschränkungen zu überzeugen. Zunehmende Verdeutlichung kann auch mit einem desinteressierten, oberflächlichen Untersucher zusammenhängen.
- **Dissimulation:** Bei psychosomatischer bzw. psychiatrischer Begutachtung von Schmerzen neigen einzelne zu Begutachtende zur Dissimulation psychischer und sozialer Einflussfaktoren, um nicht stigmatisiert zu werden bzw. der Gefahr zu entgehen, hinsichtlich der Schmerzen „als Simulant“ eingeordnet zu werden. Auch wenn grundsätzlich die Nachweispflicht bei dem zu Begutachtenden liegt, ist dies im Gutachten ggf. zu benennen und in der Gesamtbeurteilung zu berücksichtigen.

Die Formel „kein Anhalt für Simulation oder Aggravation“ hat in validen Gutachten nur dann etwas zu suchen, wenn zuvor detailliert dargelegt wurde, auf welchen Einzelbefunden diese Einschätzung beruht. Zur Beschwerdenvvalidierung gilt es möglichst viele „Bausteine“ heranzuziehen, aus denen dann die gutachtliche „Überzeugungsbildung“ resultiert (Tabelle 5). Neben den bereits genannten Kriterien der Beobachtung, der Fremdanamnese und der klinischen sowie apparativen Untersuchungsbefunde gehören hierzu Selbstbeurteilungsskalen sowie ggf. spezielle Tests (vgl. Dohrenbusch 2009a, b, Widder 2011).<sup>13</sup>

<sup>11</sup> Landessozialgericht Berlin L 3 RJ 15/03, Urteil vom 22.7.2004

<sup>12</sup> Nach Rehabilitationsverfahren gibt die im Abschlussbericht meist enthaltene Auflistung der durchgeführten Maßnahmen wichtige Hinweise sowohl zum multimodalen Charakter (Umfang psychodiagnostischer und -therapeutischer Maßnahmen) als auch zur Intensität (z.B. Anzahl der Einzeltherapien) der Behandlung.

<sup>13</sup> Von neuropsychologischer Seite wurden in den vergangenen Jahren operationalisierte Kriterien zur Erkennung „sicherer“, „wahrscheinlicher“ und „möglicher“ Simulation (malingering) bei chronischen Schmerzsyndromen entwickelt [Bianchini et al. 2005]. Deren Einsatz ist jedoch kritisch zu bewerten, da hierbei aus vielen „weichen“, überwiegend subjektiven Kriterien durch Einbindung in ein formales Konzept eine Pseudoobjektivität vorgespielt wird

**Tabelle 5**

<b>„Bausteine“ der Validierung geklagter Beschwerden bei Begutachtungen</b>
Beobachtung während der Exploration
Fremdanamnese
Klinische Untersuchungsbefunde
Apparative Untersuchungsbefunde
Selbsteinschätzungsskalen
Beschwerdvalidierungstests
Medikamentenmonitoring

### **Selbsteinschätzungsskalen**

Selbsteinschätzungsskalen zu bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen finden bei der Begutachtung von Schmerzen häufig Anwendung und werden im Sozialgerichtsverfahren auch ausdrücklich gefordert<sup>14</sup>. Allerdings kann aus ihnen heraus allein keine Diagnose und/oder Funktionseinschränkung begründet werden. Hinzu kommt noch, dass diese Verfahren für Begutachtungssituationen nicht validiert sind. Dies gilt nicht zuletzt auch beim Einsatz von in Deutschland entwickelten Selbsteinschätzungsskalen bei fremdsprachigen Probanden und Probanden aus einem anderen Kulturkreis. Neben der Ergänzung der Eigenschilderung von Beschwerden und der Standardisierung von Befunden dienen Selbstbeurteilungsskalen im gutachtlichen Kontext vor allem als „Bausteine“ der Konsistenzprüfung.

Im Rahmen der Begutachtung geklagter Schmerzen sind vor allem drei Formen von Selbstbeurteilungsskalen von Bedeutung:

- **Depressions-Skalen:** Extrem hohe Scores in derartigen Skalen (z.B. Beck Depressions-Inventar BDI-II, Hospital Anxiety and Depression Scale HADS) ohne das Vorliegen des klinischen Bildes einer schwerwiegenden depressiven Episode deuten auf Inkonsistenzen hin.
- **Schmerz-Skalen:** Die Angabe hoher Schmerzwerte (z.B. numerische Rating-Skala NRS,) bzw. Beeinträchtigungen in Schmerzskaalen (Pain Disability Index PDI) ohne ersichtliche schwerere Beeinträchtigungen im Rahmen der gutachtlichen Untersuchungssituation stellt den Schweregrad der in den Skalen und Fragebogen geltend gemachten Störungen in Frage.
- **Funktions-Skalen:** Gleiches gilt für die Selbstangabe ausgeprägte Funktionsbeeinträchtigungen in Fragebogen (z.B. SF-36 Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität) ohne ersichtliche schwerere ersichtliche Beeinträchtigungen bei der Untersuchung.

### **Beschwerdvalidierungstests**

Im Zusammenhang mit der Vortäuschung kognitiver Störungen nach Schädel-Hirn-Traumen wurden von neuropsychologischer Seite in den letzten Jahren zahlreiche Tests zur Erkennung einer unzureichenden Leistungsmotivation entwickelt [Merten 2011]. Das Grundproblem aller dieser Tests liegt darin, dass der eindeutige (!) Nachweis für Simulation, das Unterschreiten der Ratewahrscheinlichkeit von 50 % richtiger Antworten, nur selten - bei grober Vortäuschung von Beschwerden - erreicht wird. Im „Zwischenbereich“ zwischen Ratewahrscheinlichkeit und 100%iger Treffsicherheit berufen sich alle Tests auf die Ergebnisse von Validierungsstudien. Neben Simulation oder Aggravation können auffällige Ergebnisse in diesem Bereich jedoch auch Folge dissoziativer, somatoformer und/oder depressiver Störungen sowie der Nebenwirkungen psychotroper Substanzen sein [Dreßing et al. 2010]. Darüber hinaus macht der Einsatz neuropsychologischer Beschwerdvalidierungstests bei Schmerzsyndromen nur Sinn, wenn gleichzeitig neurokognitive Defizite geklagt werden. Doch selbst dann sind derartige Tests nur eine Ergänzung zum klinischen Eindruck und anderen Inkonsistenzen in der Begutachtungssituation.

### **Bestimmung von Medikamentenspiegeln**

Bedeutung bei der Konsistenzprüfung der gemachten Angaben kommt im Einzelfall auch dem Serumspiegel der aktuell als eingenommen beschriebenen Medikamente zu, z.B. bei geklagten medikamentenassoziierten Nebenwirkungen. Nahezu alle in der Schmerztherapie und Psychiatrie relevanten Medikamente sind heute ohne größere Probleme, meist mit der Methode der Hochdruck-

[Widder 2011]. Darüber hinaus ist es auch nicht Aufgabe des Gutachters Simulanten zu entlarven, sondern zu klären, ob und inwieweit geklagte Beschwerden zur Überzeugung des Gutachters vorliegen.

<sup>14</sup> s. Bundessozialgericht B 5 RJ 80/02 B vom 9.4.2003

Flüssigkeitschromatographie (HPLC), nachweisbar (Tabelle 6), viele größere Labors bieten entsprechende Bestimmungen an. Opiate und Benzodiazepine können ggf. auch im Urin nachgewiesen werden. Der Proband ist über den Zweck der Untersuchung aufzuklären.

**Tabelle 6**

<b>Mögliche Bestimmungen des Blutspiegels von Medikamenten (Drug Monitoring)</b>	
<b>Substanzgruppe</b>	<b>Beispiele bestimmbarer Medikamentenspiegel</b>
Nicht-Opiod-Analgetika (WHO I)	Acetylsalicylsäure, Metamizol, Paracetamol, Diclofenac, Ibuprofen
Schwache Opioide (WHO II)	Tramadol, Tilidin
Starke Opioide (WHO III)	Morphin, Buprenorphin, Hydromorphon, Oxycodon, Methadon
Antidepressiva	Amitriptylin (Metabolit Nortriptylin), Duloxetin, Mirtazapin, Venlafaxin, (Es)Citalopram
Antiepileptika	Gabapentin, Pregabalin, Carbamazepin, Oxcarbazepin, Valproat
Tranquilizer	Diazepam und Derivate

Bzgl. der Quantifizierung sind Probleme der individuellen Verstoffwechslung zu berücksichtigen. So sagt ein nicht im therapeutischen Bereich liegender, zu niedriger Medikamentenspiegel wenig darüber aus, ob ein Medikament regelmäßig eingenommen wird oder nicht, da 5-10% der Bevölkerung „ultrarapid metabolizer“ sind [De Leon 2007]. Der gemessene maximale Blutplasmaspiegel z.B. für Nortriptylin, dem Hauptmetaboliten des Amitriptylin, kann im (seltenen) Extremfall auf 20 % des Erwartungswerts reduziert sein, die Halbwertszeit kann zwischen 18 und 54 Stunden schwanken [Dalén et al. 1998]. Auch sind Interaktionen zwischen verschiedenen Medikamenten mit sowohl Verlängerung als auch Verkürzung der Plasma-Halbwertszeit zu beachten. Ein überhaupt nicht nachweisbarer Medikamentenspiegel im Blutserum schließt jedoch weitgehend aus, dass ein am Untersuchungstag - in Abhängigkeit der Halbwertszeit auch am Tag zuvor – als eingenommen angegebenes Medikament auch tatsächlich eingenommen wurde.

## **4.6 Zusammenfassung und Beurteilung**

Die Zusammenfassung besteht grundsätzlich nicht in einer nur verkürzten Wiederholung von Aktenlage, Vorgeschichte, Anamnese, Befunden usw. Vielmehr ist dabei nur das aufzuführen, was zugleich für die Beurteilung und Beantwortung der gestellten Fragen von Bedeutung ist. Bei der abschließenden gutachtlichen Beurteilung von Schmerzen sind - wie auch bei anderen Gutachten - im Allgemeinen 4 Fragen zu beantworten:

1. Welche Gesundheitsstörungen lassen sich "ohne vernünftigen Zweifel" **nachweisen**?
2. Bei kausalen Fragestellungen: Auf welche **Ursache(n)** sind diese Gesundheitsstörungen „ohne vernünftigen Zweifel“ bzw. "mit Wahrscheinlichkeit" zurück zu führen? Je nach Rechtsgebiet (z.B. Sozial- oder Zivilrecht) gelten dabei unterschiedliche Kriterien für die Beurteilung eines Kausalzusammenhangs.
3. Welche quantitativen und qualitativen **Auswirkungen** haben diese Gesundheitsstörungen? Je nach Rechtsgebiet (z.B. gesetzliche oder private Unfallversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherung, Schwerbehindertenrecht) können die Auswirkungen und die Bewertung der Funktionsstörungen unterschiedlich sein.
4. Welche **Prognose** haben die nachweisbaren Gesundheitsstörungen?

Aufgrund des Fehlens geeigneter technischer Messmethoden zur Quantifizierung von Schmerzen stehen beim Nachweis und der Beurteilung der Auswirkungen schmerzbedingter Funktionsstörungen 2 Fragen im Vordergrund:

1. **Inwieweit ist der Gutachter bei kritischer Würdigung der Befunde davon überzeugt, dass die geklagten Funktionsbeeinträchtigungen bestehen?**

Hier hat der Sachverständige Stellung dazu zu nehmen, ob und aufgrund welcher Fakten anhand der Zusammenschau von Exploration, Untersuchung, Verhaltensbeobachtung und Aktenlage die anamnestisch erfassten Funktionsbeeinträchtigungen in dem beschriebenen Umfang zur subjektivi-

ven Gewissheit des Gutachters (sog. "Vollbeweis") bestehen. Zweifel am Ausmaß der geklagten Beschwerden können aufkommen, wenn eine oder mehrere der in Tabelle 7 genannten Diskrepanzen erkennbar sind. Soweit aufgrund derartiger Beobachtungen eine Klärung des tatsächlichen Ausmaßes der Funktionsbeeinträchtigungen nicht möglich ist, darf sich der Gutachter nicht scheuen, dies in seinem Gutachten klar auszudrücken. Die Unmöglichkeit einer sachgerechten Beurteilung trotz Ausschöpfung aller Möglichkeiten führt im Rechtsstreit meist zur Ablehnung des Renten- oder Entschädigungsantrags, da die Beweis- bzw. Feststellungslast i.d.R. beim Antragsteller liegt. Diese rechtliche Konsequenz darf jedoch auf das Gutachtenergebnis keinen Einfluss haben. Ebenso ist zu beachten, dass es einen Grundsatz des "in dubio pro aegroto" bei der Begutachtung nicht gibt.

**Tabelle 7**

**Hinweise auf nicht oder nicht in dem geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen können sich z.B. ergeben bei ... [nach Widder 2011]**

Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden
Diskrepanzen zwischen massiven subjektiven Beschwerden (einschließlich Selbsteinschätzung in Fragebogen) und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation
Diskrepanzen zwischen eigenen Angaben und fremdanamnestischen Informationen (einschließlich der Aktenlage)
Diskrepanzen zwischen schwerer subjektiver Beeinträchtigung und einem weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung
Diskrepanzen zwischen dem Ausmaß der geschilderten Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe
Diskrepanzen zwischen dem erkennbaren klinischen Bild und den Ergebnissen in Selbstbeurteilungsskalen und/oder psychometrischen Tests (einschließlich spezieller Beschwerdenuvalidierungstests)
Diskrepanzen zwischen den zeitnah zur Untersuchung als eingenommen angegebenen Medikamenten und deren Nachweis im Blutserum

**2. Inwieweit besteht eine willentliche Steuerbarkeit der geklagten Beschwerden ("sekundärer Krankheitsgewinn")?**

Lassen sich Funktionsbeeinträchtigungen zur Überzeugung des Gutachters nachweisen, gilt im zweiten Schritt zu klären, ob und inwieweit die geklagten Beschwerden bewusst oder bewusstseinsnah zur Durchsetzung eigener Wünsche (z.B. nach Versorgung, Zuwendung oder Entlastung von unangenehmen Pflichten) gegenüber Dritten eingesetzt werden ("sekundärer Krankheitsgewinn") und damit letztlich willentlich zu überwinden wären [Winkler u. Foerster 1996], oder ob die "Schmerzkrankheit" den Lebensablauf und die Lebensplanung soweit übernommen hat, dass eine Überwindbarkeit - willentlich und/oder durch Therapie - nicht mehr möglich erscheint. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine zunächst bewusst eingesetzte Schmerzsymptomatik sich im Rahmen einer Chronifizierung zunehmend verselbständigen kann und schließlich nicht mehr willentlich zu beeinflussen ist. Allein die Tatsache lange dauernder Beschwerden schließt eine bewusstseinsnahe Steuerbarkeit jedoch nicht aus. Hinweise auf eine bestehende Steuerbarkeit der geklagten Beschwerden geben insbesondere die in Tabelle 8 genannten Kriterien.

**Tabelle 8**

**Hinweise auf eine selbstbestimmte Steuerbarkeit der Beschwerden (Befunde möglichst durch Fremdanamnese bestätigt)**

Rückzug von unangenehmen Tätigkeiten (z.B. Beruf, Haushalt), jedoch nicht von den angenehmen Dingen des Lebens (z.B. Hobbys, Vereine, Haustiere, Urlaubsreisen),
Trotz Rückzug von aktiven Tätigkeiten Beibehalten von Führungs- und Kontrollfunktionen (z.B. Überwachung der Haushaltsarbeit von Angehörigen, Steuerung des Einkaufsverhaltens der Angehörigen).

Ausgehend von der Beantwortung dieser beiden Fragen ergeben sich für den Gutachter im Allgemeinen nur 4 Möglichkeiten einer abschließenden Aussage zu den Auswirkungen und zur Prognose der geltend gemachten Funktionsstörungen (Tabelle 9). Wie bereits oben erwähnt, dürfen die üblicherweise hieraus zu erwartenden rechtlichen Konsequenzen das Gutachtenergebnis nicht beeinflussen.

Tabelle 9

Möglichkeiten der abschließenden gutachtlichen Bewertung der geklagten Funktionsbeeinträchtigungen	
... davon überzeugt, dass die geklagten Funktionsbeeinträchtigungen bestehen <u>und</u> willentlich oder durch Therapie nicht (mehr) überwunden werden können	i.d.R. Anerkennung durch den Auftraggeber
... zwar davon überzeugt, dass die geklagten Funktionsbeeinträchtigungen bestehen, diese aber durch Therapie in absehbarer Zeit und in wesentlichem Umfang überwunden werden könnten	i.d.R. <b>befristete</b> Anerkennung durch den Auftraggeber bei Dauer > 6 Monate
... zwar davon überzeugt, dass die geklagten Funktionsbeeinträchtigungen bestehen, diese aber willentlich in wesentlichem Umfang überwunden werden könnten	i.d.R. <b>keine</b> Anerkennung durch den Auftraggeber (Beweislast des Antragstellers)
... nicht davon überzeugt, dass die Funktionsbeeinträchtigungen in der geklagten Form bestehen	i.d.R. <b>keine</b> Anerkennung durch den Auftraggeber (Beweislast des Antragstellers)

## 5. Klärung von Kausalitätsfragen

Chronische Schmerzen können Folge eines versicherten schädigenden Ereignisses sein. Die Zusammenhangsbeurteilung bei geklagten Schmerzen unterscheidet sich nicht von der bei anderen Funktionsstörungen nach schädigenden Eingriffen. Die Kausalitätsprüfung ist nach den Kriterien des jeweiligen Rechtsgebiets durchzuführen.

Die Beweisführung bei geklagten Schmerzsymptomen als Unfall- bzw. Schädigungsfolge basiert im Wesentlichen auf mehreren Faktoren („Brückensymptomen“):

- **Nachweis eines geeigneten Primärschadens:** Dreh- und Angelpunkt jeder gutachtlichen Beurteilung von Schädigungsfolgen ist die Sicherung des sog. „Primärschadens“, der gemäß den rechtlichen Vorgaben in allen Rechtsgebieten im „Vollbeweis“ zu klären ist<sup>15</sup>. Kann ein für die Entwicklung von Schmerzen geeignetes psychisches und/oder körperliches Schädigungsereignis nicht „ohne vernünftigen Zweifel“ nachgewiesen werden, erübrigt sich jede weitere Diskussion von Zusammenhangsfragen.
- **Nachweis des zeitlichen Zusammenhangs:** Im Allgemeinen zwingende Voraussetzung für die Annahme eines kausalen Zusammenhangs zwischen einem nachgewiesenen Schädigungsereignis und dem Auftreten von Schmerzen ist der Beginn einer geklagten Schmerzsymptomatik unmittelbar nach dem Ereignis. Ausnahmen hiervon stellen z.B. eine anfängliche Analgesie im Rahmen intensivmedizinischer Maßnahmen sowie sekundäre Eingriffe und Komplikationen dar. Der alleinige zeitliche Zusammenhang genügt nicht, da es keinen Grundsatz im Sinne eines „post hoc ergo propter hoc“ gibt.
- **Nachweis des typischen Schmerzverlaufs:** Schmerzen zeigen bei abklingendem Körperschaden in der Regel eine (gewisse) Besserung (z.B. Frakturschmerz). Bei ungünstigem Heilungsverlauf können Beschwerden auch persistieren. Verschlechterungen sind demgegenüber nur in bestimmten Fällen (z.B. Neurombildung, Schmerzausweitung beim komplexen regionalen Schmerzsyndrom, posttraumatische Syringomyelie, psychoreaktive Störungen<sup>16</sup>) zu erwarten, die dann jedoch mit charakteristischen Befunden einher gehen.
- **Nachweis von Vorerkrankungen (Vorschaden):** Nur wenn solche „vollbeweislich“ vorhanden sind, ist die Frage zu klären, inwieweit das Schädigungsereignis zu einer vorübergehenden oder - im Einzelfall auch dauerhaften - Verschlimmerung des Vorschadens führte. Eine zuverlässige Beurteilung, ob körperliche und/oder psychische Vorerkrankungen vorliegen, bedarf zumindest der Kenntnis des Vorerkrankungsverzeichnisses des Krankenversicherungsträgers, besser der Krankenunterlagen vorbehandelnder Ärzte. Diese Unterlagen sind vom Auftraggeber zu besorgen oder auf seinen Auftrag hin beizuziehen.

<sup>15</sup> Ausnahmen gelten im sozialen Entschädigungsrecht bei fehlenden Unterlagen (§ 15 KOVVerfG)

<sup>16</sup> Wie bei körperlichen Schäden sind auch psychoreaktive Störungen kausal zu belegen



- **Ausschluss konkurrierender Erkrankungen:** Stellt sich der Verlauf von Schmerzsyndromen anders dar, als nach einem nachweisbaren körperlichen Schädigungsereignis zu erwarten, ist die Frage zu klären, inwieweit schädigungsunabhängige „überholende“ Faktoren nachweisbar sind, die (inzwischen) – je nach Rechtsgebiet – die rechtlich maßgebliche Schmerzursache darstellen. Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung, der Dienstunfallfürsorge und des sozialen Entschädigungsrechts wird in diesem Fall von einer „Verschiebung des Wesensgrundlage“ gesprochen.

## 6. Bewertung schmerzbedingter Funktionsstörungen

Die Bewertungsmaßstäbe und -grundlagen schmerzbedingter Funktionsstörungen sind in den verschiedenen Rechtsgebieten erheblich unterschiedlich definiert (Tabelle 10). Verbindliche Bemessungsgrundlagen sind

- im **sozialen Entschädigungsrecht** sowie im **Schwerbehindertenrecht** die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ [BMAS 2008]. Vergleichbares gilt in der Dienstunfallfürsorge, wo überwiegend die Versorgungsmedizinischen Gesichtspunkte unter Beachtung der abweichenden Definition der MdE (soweit nicht bereits der GdS eingeführt ist), z.T. allerdings auch die Kriterien der gesetzlichen Unfallversicherung herangezogen werden,
- in der **privaten Unfallversicherung** die „Gliedertaxe“ [Reichenbach 1995, Thomann et al. 2010] für Unfallfolgeschäden an Gliedmaßen und Sinnesorganen.

In der **gesetzlichen Unfallversicherung** liegen mit der sog. „maßgeblichen Rentenliteratur“ Erfahrungssätze vor [Rompe et al. 2009, Schönberger et al. 2010, Thomann et al. 2009, Widder u. Gaidzik 2011], die für den Sachverständigen zwar nicht bindend sind, von denen gemäß Rechtsprechung jedoch ohne entsprechende individuelle Begründung nicht abgewichen werden soll.

**Tabelle 10**

<b>Begriffe und Maßstäbe bei der Bewertung von unfall- bzw. schädigungsbedingten Funktionsstörungen in verschiedenen Rechtsgebieten</b>			
<b>Rechtsgebiet</b>	<b>Verwendete Begriffe</b>	<b>Maßstab für die Bewertung</b>	<b>Bewertungsgrundlage</b>
Gesetzliche Unfallversicherung	Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)	MdE als abstraktes Maß für den Umfang der verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens	„Maßgebliche“ Gutachtenliteratur als Grundlage, Abweichungen sind zu begründen
Private Unfallversicherung	Invalidität bzw. Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit (BdL)	Invalidität nach der „Gliedertaxe“; BdL als abstraktes Maß für die Beeinträchtigung in allen Lebensbereichen	Gliedertaxe als verbindliche Bewertungsgrundlage, freie Einschätzung der BdL bei sonstigen Unfallfolgen
Haftpflichtversicherung	Individuell unterschiedlich, z.T. auch Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)	Individueller konkreter Schaden	Freie Einschätzung
Dienstunfallfürsorge der Beamten	Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) / Grad der Schädigungsfolge (GdS) – je nach aktuellem Landesrecht	MdE als abstraktes Maß der unfallbedingten körperlichen Beeinträchtigungen im allgemeinen Erwerbsleben / GdS als Maß der allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen, die durch die körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen bedingt sind, in allen Lebensbereiche.	Im Allgemeinen Orientierung an den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“, ggf. auch an den Kriterien der gesetzlichen Unfallversicherung <sup>17</sup>

<sup>17</sup> Im Zweifelsfall sollte der Auftraggeber um Klarstellung gebeten werden.

Rechtsgebiet	Verwendete Begriffe	Maßstab für die Bewertung	Bewertungsgrundlage
Soziales Entschädigungsrecht	Grad der Schädigungsfolgen (GdS)	GdS als Maß für die Auswirkungen schädigungsbedingter Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen <sup>18</sup>	Versorgungsmedizinische Grundsätze als verbindliche Bewertungsgrundlage
Schwerbehinderterrecht	Grad der Behinderung (GdB)	GdB als Maß für die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen <sup>17</sup>	Versorgungsmedizinische Grundsätze als verbindliche Bewertungsgrundlage
Gesetzliche Rentenversicherung	Qualitatives und quantitatives berufliches Leistungsvermögen	Allgemeiner Arbeitsmarkt	Individuelles positives und negatives Leistungsbild
Private Berufsunfähigkeits-(Zusatz) Versicherung	Grad der Berufsunfähigkeit	Fähigkeit, den vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, sowie ggf. einen zumutbaren „Verweisberuf“ auszuüben <sup>19</sup>	Individuelles positives und negatives Leistungsbild in freier Einschätzung gem. den jeweiligen beruflichen Anforderungen

## 6.1 Bewertung von Schädigungsfolgen im öffentlichen Recht<sup>20</sup>

### Schmerzen bei vorliegender Gewebeschädigung

Bei der Einschätzung von vollständig oder zum Teil durch Gewebeschäden erklärbarer Schmerzen sind primär die MdE-/GdS-/GdB-Werte aus den entsprechenden Bewertungstabellen für die zugrunde liegende Gewebeschädigung (z.B. Nervenschädigung, Weichteilverletzung) zu verwenden. Ansatzpunkt sind die Definitionen der Tabelle 9 für die einzelnen Rechtsgebiete<sup>21</sup>.

Darüber hinaus sind bzgl. (zusätzlicher) schmerzbedingter Funktionsstörungen folgende Besonderheiten zu berücksichtigen:

- **Übliche Schmerzen und seelische Begleiterscheinungen** - einschließlich „besonders schmerzhafter Zustände“ - sind in den Bewertungstabellen bereits berücksichtigt und rechtfertigen keine höheren MdE-/GdS-/GdB-Werte.
- **Außergewöhnliche Schmerzen und/oder seelische Begleiterscheinungen** können hingegen zu höheren MdE-/GdS-/GdB-Werten führen, als dies in den Bewertungstabellen für die zugrunde liegende Funktionsstörung vorgesehen ist. Deren Vorhandensein ist vom Sachverständigen auf den konkreten Einzelfall bezogen im „Vollbeweis“ zu belegen, wenn die Schmerzen bzw. seelischen Begleiterscheinungen „über das übliche Maß hinausgehen“ und eine „spezielle ärztliche Behandlung“<sup>22</sup> erfordern. Der hierdurch bedingte MdE-/GdS-/GdB-Wert kann in seltenen Extremfällen, die dann einer dezidierten Begründung bedürfen, 100 (v.H.) erreichen. Bezogen auf die in den Bewertungsta-

<sup>18</sup> bezogen auf alle körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung

<sup>19</sup> Verträge mit abstrakter „Verweisbarkeit“ umfassen auch die Ausübung anderer Tätigkeiten, die der bisherigen Lebensstellung (weitgehend) entsprechen [Hausotter u. Eich 2008]

<sup>20</sup> Hierzu zählen gesetzliche Unfallversicherung, soziales Entschädigungsrecht, Dienstunfallfürsorge des Beamten sowie Schwerbehindertenrecht

<sup>21</sup> Liegen mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vor, sind bei der Einschätzung der/des Gesamt-MdE/-GdS/-GdB/rechnerische Methoden grundsätzlich ausgeschlossen. Vielmehr ist jeweils von der/dem höchsten Einzel-MdE/-GdS/-GdB auszugehen. Unter Berücksichtigung der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen ist dann zu prüfen, ob und ggfs. inwieweit dadurch das Ausmaß der Beeinträchtigung größer wird. Dabei hat sich die Gesamteinschätzung auf der Grundlage der sozialmedizinischen Erfahrungen daran zu orientieren, wie sich der jeweilige Beeinträchtigungszustand im Vergleich zu solchen Gesundheitsschäden stellt, für die von konkreten Ansätzen auszugehen ist.

<sup>22</sup> z.B. dauerhafte Einnahme potenter Schmerzmittel oder engmaschige Psychotherapie

bellen genannten „reinen“ Schmerzsyndrome wird der „Zuschlag“ zu den funktionell bedingten MdE-/GdS-/GdB-Werten jedoch im Regelfall 10-20 bis maximal 50 (v.H.) nicht übersteigen.

## Schmerzen bei primär psychischen Erkrankungen

Bei durch Gewebeschäden nicht oder nur in untergeordnetem Umfang durch Gewebeschäden erklärba- ren Schmerzen ist gemäß Tabelle 1 primär eine psychische Störung zu diagnostizieren. Deren Ein- schätzung orientiert sich im **Schwerbehinderten-** und **sozialen Entschädigungsrecht** (GdS/GdB) an der „Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit“ im täglichen Leben und der sozialen Partizi- pation (Tabelle 11). In der **gesetzlichen Unfallversicherung** (MdE) liegen für die Bewertung Vorschlä- ge einer Expertenkommission vor [Foerster et al. 2007] (Tabelle 12). In der **Unfallfürsorge der Beam- ten** sind für die MdE nach dem Wortlaut des bisherigen Bundesrechts gleichermaßen nur die abstrakten Auswirkungen der Unfallfolgen bezogen auf die verbliebene Einsatzfähigkeit des Verletzten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens relevant. Nach Übergang der Gesetzgebungszuständigkeit auf die Länder wechselte z.B. Baden-Württemberg von der bisherigen bundesrechtlichen MdE zum GdS, ver- gleichbar der Definition im sozialen Entschädigungsrecht.<sup>23</sup>

**Tabelle 11**

<b>Gutachtliche Bewertung psychischer Störungen (mit Ausnahme schizophrener und zyklotyper affektiver Psychosen) im Schwerbehinderten- und sozialen Entschädigungsrecht [BMAS 2008] sowie - zum Teil - auch in der Unfallfürsorge der Beamten</b>	
	<b>GdB/GdS</b>
Leichtere Störungen (z.B. „psychovegetatives Syndrom“)	0-20
Stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestal- tungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobi- sche Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen)	30-40
Schwere Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheit)	
- mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten	50-70
- mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten	80-100

Ergänzend wurden schwere psychische Störungen durch den Beirat der Sektion „Versorgungsmedizin“ des Ärztlichen Sachverständigenbeirats beim damaligen Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung<sup>24</sup> noch weiter aufgeschlüsselt:

**Mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten** liegen vor, wenn in den meisten Berufen sich auswirkende psychi- sche Veränderungen, die zwar weitere Tätigkeit grundsätzlich noch erlauben, jedoch eine verminderte Einsatzfähigkeit be- dingten, die auch eine berufliche Gefährdung einschließt, auftreten; im Privatbereich bei erheblichen familiären Problemen durch Kontaktverluste und affektive Nivellierung, wobei aber noch keine Isolierung und noch kein sozialer Rückzug in ei- nem Umfang vorliegen muss, der z.B. eine vorher intakte Ehe stark gefährden könnte.

**Schwere soziale Anpassungsschwierigkeiten** liegen vor, wenn eine weitere berufliche Tätigkeit sehr stark gefährdet o- der ausgeschlossen ist. Wenn schwerwiegende Probleme in der Familie oder im Freundes- bzw. Bekanntenkreis auftreten bis hin zur Trennung von der Familie, vom Partner oder Bekanntenkreis.

<sup>23</sup> vgl. § 50 (2) Landesbeamtenversorgungsgesetz Baden-Württemberg (LBeamVG BW) vom 9.11.2010: „Der Grad der Schädigungsfolgen ist nach den allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen, die durch die als Schädigungsfolge anerkannten körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen bedingt sind, in allen Lebensbereichen zu beurteilen.“

<sup>24</sup> Niederschrift über die Tagung vom 18./19.3.1998

Tabelle 12

**Vorschläge zur MdE-Einschätzung psychoreaktiver Störungen in der gesetzlichen Unfallversicherung** unter Bezug auf die 3 Dimensionen **KFE** körperlich-funktionelle Einschränkung, **PEB** psychisch-emotionale Beeinträchtigung sowie **SKB** sozial-kommunikative Beeinträchtigung [nach Foerster et al. 2007]

MdE	Bis 10 v.H.	bis 20 v.H.	bis 30 v.H.	bis 40 v.H.	bis 50 v.H.
<b>Anpassungsstörung</b>		stärkergradige SKB zusätzlich zur PEB, wie Depression, Angst, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität oder Rückzug	stark ausgeprägtes Störungsbild		
<b>Depressive Episoden / anhaltende affektive Störung</b>				Beeinträchtigung entsprechend dem Schweregrad einer mittelgradigen depressiven Episode	schwere, chronifizierte affektive Störung mit massiv eingetrübter Stimmung, deutl. Minderung der Konzentration, erheblich vermind. Antrieb, Schlafstörungen u. ggf. auch suizidalen Gedanken <sup>25</sup>
<b>Somatoforme Schmerzstörung</b>	Schmerzzustand mit leicht- bis mäßiggradiger KFE		Chronischer Schmerzzustand mit stärkergradiger KFE u. PEB	chronischer Schmerzzustand mit schwerwiegender KFE u. erheblicher PEB	

## 6.2 Bewertung in der privaten Unfallversicherung

Maßgeblich für die Invaliditätsbemessung in der privaten Unfallversicherung sind organpathologisch begründete Funktionsstörungen. Der damit verknüpfte Schmerz gilt mit der auf die Funktionsbeeinträchtigung abgestellten Invaliditätsbemessung als miterfasst. Zu unterscheiden sind:

- **Einschätzung nach der Gliedertaxe:** Schmerzhafte Funktionsstörungen an Armen und Beinen sowie nur an den Extremitäten relevante Nervenfunktionsstörungen, die von einem Wirbelsäulen- oder Hirnschaden ausgehen, sind in Anlehnung an bewährte tabellarische Bewertungsvorgaben mit dem der teilweisen Gebrauchseinschränkung entsprechenden Bruchteil der gesunden Gliedmaßenfunktion zu bemessen.
- **Einschätzung außerhalb der Gliedertaxe:** Sofern sich der Invaliditätsgrad für eine schmerzhafte Funktionsstörung nicht nach der Gliedertaxe bestimmen lässt, bemisst er sich danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Hierzu zählen z.B. dem Unfall kausal anzulastende Kopfschmerzen und Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule, sofern sie eine auf Dauer bleibende Unfallfolge darstellen. Diesbezüglich empfiehlt sich die Anlehnung an die von den Fachgesellschaften anerkannten tabellarischen Bewertungsvorgaben.

### „Psychoklausel“

Gemäß den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) fallen krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen nicht unter den Versicherungsschutz, „auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden“ (AUB 99). Damit wären körperlich nicht begründbare Schmerzen grundsätzlich nicht entschädigungspflichtig. In jüngster Zeit zeichnet sich hier jedoch durch verschiedene Entscheidungen des BGH ein Paradigmenwechsel ab, wonach psychische Reaktionen als versichert angesehen werden, wenn diese auf einem körperlichen Schaden beruhen [Widder u. Gaidzik 2006]. Inwieweit diese Rechtsprechung Bestand hat, ist derzeit noch nicht abschließend einzuschätzen.

<sup>25</sup> Bei schweren depressive Episoden, auch mit psychotischen Symptomen, im Einzelfall MdE bis 100 v.H.

### 6.3 Bewertung in der Haftpflichtversicherung

Für das Haftpflichtrecht liegen keine Bewertungstabellen vor, da hier eine individuelle und keine abstrakte Wertung von Unfallfolgen vorzunehmen ist. Wird nach der „MdE“ gefragt, ist entweder die prozentuale Beeinträchtigung in der konkreten Berufstätigkeit gemeint, wobei nicht die Fähigkeitseinbußen als solche, sondern die daraus resultierenden Schäden (Verdienstentgang) den Gegenstand des Schadensersatzanspruchs bilden, oder man benutzt den gutachtlich festgestellten MdE-Wert zur Plausibilitätskontrolle der vom Geschädigten behaupteten Beeinträchtigungen in seinem Beruf, in der Haushaltsführung oder auch im alltäglichen Leben. Lediglich für den Bereich der Haushaltsführung ergibt sich mit der sog. „Hausfrauentabelle“ eine Möglichkeit zu einer schematisierten Bewertung des Haushaltsführungsschadens bei verschiedenen Gesundheitsschäden [Widder u. Gaidzik 2011]. Angaben zu Schmerzsyndromen finden sich hierbei jedoch nicht.

### 6.4 Bewertung in der Renten- und Berufsunfähigkeitsversicherung

Die Begutachtung von Rentenantragstellern erfolgt sowohl in der gesetzlichen Rentenversicherung als auch in der privaten Berufsunfähigkeits-(Zusatz)versicherung nach demselben Ablaufschema. Demnach hat der Sachverständige aufgrund der ihm zur Verfügung stehenden Informationen aus Aktenlage, Anamnese und Befunderhebung neben der Diagnosestellung zu folgenden Punkten Aussagen im Sinne des „Vollbeweises“ zu machen:

#### Positives und negatives Leistungsbild

In Abhängigkeit der gesetzlichen bzw. versicherungsrechtlichen Vorgaben (Bezug auf das „abstrakte“ oder „konkrete“ Leistungsvermögen) sind die bestehenden „**Leistungseinschränkungen**“ (negatives Leistungsbild) und das noch vorhandene „**Restleistungsvermögen**“ (positives Leistungsbild) in seiner qualitativen Ausprägung darzustellen. Gemäß Rechtsprechung hat dies nachvollziehbar - in einer „der verständigen Überlegung des Laien zugänglichen Weise“ - zu erfolgen.

#### Quantitative Leistungseinschränkungen

Im nächsten Schritt gilt es, entsprechend dem erkennbaren positiven und negativen qualitativen Leistungsbild (welche Arbeiten können ihrer Art nach noch verrichtet werden bzw. sind ausgeschlossen?) die Frage möglicher quantitativer Leistungseinschränkungen (zeitliches tägliches Restleistungsvermögen?) zu klären. Sowohl in der gesetzlichen Rentenversicherung als auch in der Berufsunfähigkeits-(Zusatz)versicherung kommt diesem Punkt entscheidende Bedeutung zu. Entsprechend der in Abb. 1 vorgeschlagenen Einteilung ergeben sich dabei 3 unterschiedliche Formen der Beurteilung:

- **Schmerz als Begleitsymptom einer Gewebeschädigung oder -erkrankung:** Stehen körperlicher Befund (Organpathologie) und Befinden (Schmerz) in kongruentem Verhältnis, bestimmt die mit dem fachbezogenen Befund verknüpfte Funktionsbeeinträchtigung die Leistungsbeurteilung.
- **Schmerz bei Gewebeschädigung/-erkrankung mit psychischer Komorbidität:** Besteht keine Kongruenz zwischen Befund und Befinden, ist eine komplexe fachübergreifende Einschätzung unter Einbeziehung des psychiatrisch/psychosomatischen Fachgebietes erforderlich. Eine relevante quantitative Einschränkung des beruflichen Leistungsvermögens (Leistungsvermögen unter 6 Stunden in der gesetzlichen Rentenversicherung, Grad der Berufsunfähigkeit über 50% in der privaten Berufsunfähigkeits-(Zusatz)versicherung) ist dabei im Allgemeinen nur dann zu diskutieren, wenn gleichzeitig ausgeprägte Einschränkungen im Alltagsleben und der sozialen Partizipation gemäß Tabelle 2 trotz ausreichender und angemessener Therapie nachweisbar sind.
- **Schmerz als Leitsymptom einer psychischen Erkrankung:** Handelt es sich um eine Schmerzsymptomatik ohne erkennbare Gewebeschädigung oder -erkrankung, orientiert sich die Einschätzung am Schweregrad der zugrunde liegenden psychischen Erkrankung. Hierzu sei auf die AWMF-Leitlinien Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik verwiesen [AWMF 028-010].

Auch bei der Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit gilt das Prinzip des „Vollbeweises“, d.h. der Sachverständige hat darzulegen, dass und warum er keinen vernünftiger Zweifel am Vorhandensein der Funktionsstörungen hat und diese auch nicht bei „zumutbarer Willensanstrengung“ überwunden werden könnten (s. Tabelle 7)<sup>26</sup>. Nicht zu berücksichtigen sind die in Tabelle 13 genannten Punkte. Die

<sup>26</sup> Zusätzlich ist zu prüfen, ob medikamentenbedingt Leistungseinschränkungen vorliegen. Dies gilt auch dann, wenn z.B. eine iatrogen bedingte Abhängigkeit von Opioiden entstanden ist.

Feststellungs- bzw. Beweislast liegt dabei sowohl im Sozial-, Verwaltungs- als auch im Zivilrecht beim Antragsteller. Kann sich der Sachverständige nicht davon überzeugen, dass ein eingeschränktes Leistungsbild entsprechend den gesetzlichen bzw. der Versicherungsbedingungen vorliegt, hat er dies entsprechend zu beschreiben.

**Tabelle 13**

**Nicht geeignete Argumentationen für die Beschreibung eines eingeschränkten quantitativen Leistungsvermögens** [aus Widder u. Gaidzik 2011]

Fehlende Vermittelbarkeit am aktuell bestehenden Arbeitsmarkt
Bestehende Arbeitslosigkeit
Bestehende - auch längere - Arbeitsunfähigkeit („Krankschreibung“)
Bestehende Teilzeitbeschäftigung (sofern diese nicht nachweislich krankheitsbedingt ist)
Längere „Entwöhnung“ von einer beruflichen Tätigkeit
Bereits höheres Lebensalter des Versicherten
Bestehende private Belastung, z.B. die Pflege kranker Eltern oder eines behinderten Kindes
Bestehende/r MdE, GdS oder GdB

**Prognose/Rehabilitationsmöglichkeiten**

Letztlich werden vom Sachverständigen regelmäßig Aussagen zur Prognose der nachweisbaren Funktionsstörungen und zu therapeutischen Möglichkeiten erwartet. Dabei sind 3 Punkte zu berücksichtigen:

- **Kurz dauernde Gesundheitsstörungen:** Entsprechend der Vorgabe in beiden Rechtsgebieten, dass Gesundheitsstörungen nur dann zu einer Rentengewährung führen, wenn sie in ihrer quantitativ leistungseinschränkenden Form über wenigstens 6 Monaten bestehen, führt die Angabe einer erst seit jüngster Zeit bestehenden Leistungseinschränkung, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unter geeigneter Therapie innerhalb weniger Wochen oder Monate gebessert werden könnte, im Allgemeinen zur Ablehnung einer Rentengewährung.
- **Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen:** Sowohl hinsichtlich der Beurteilung der aktuellen beruflichen Leistungsfähigkeit als auch der weiteren Prognose sind vom Sachverständigen Aussagen erforderlich, ob und inwieweit in ausreichendem Umfang bislang geeignete Rehabilitationsmaßnahmen erfolgten bzw. durch derartige Maßnahmen die Prognose mit Wahrscheinlichkeit positiv zu beeinflussen ist. Gleiches gilt für den Einsatz von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben z.B. in Form geeigneter Umschulungsmaßnahmen.
- **Zu erwartende Verschlechterungen:** Maßstab für die Einschätzung quantitativer Leistungseinschränkungen ist grundsätzlich der Istzustand. Zukünftig eintretende Leistungseinschränkungen können jedoch im Rahmen der „Zumutbarkeit“ von Bedeutung sein, wenn z.B. bei einer Spinalstenose bei Fortführung des bisherigen Arbeitsumfanges mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu erwarten wäre, dass hierdurch eine progrediente Nervenschädigung auftritt.

## Literatur

- [1] AWMF online: Leitlinien Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Leitlinie Somatoforme Störungen. Registernummer 028 - 010
- [2] Bianchini KJ, Greve KW, Glynn G. On the Diagnosis of Malingered Pain-Related Disability: Lessons from Cognitive Malingering Research. *Spine J* 2005; 5: 404-417
- [3] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV - Versorgungsmedizinische Grundsätze, 2008
- [4] Dalén P, Dahl ML, Bernal Ruiz ML, Nordin J, Bertilsson L. 10-Hydroxylation of nortriptyline in white persons with 0, 1, 2, 3, and 13 functional CYP2D6 genes. *Clin Pharmacol Ther* 1998; ;63: 444-452
- [5] De Leon J: The crucial role of the therapeutic window in understanding the clinical relevance of the poor versus the ultrarapid metabolizer phenotypes in subjects taking drugs metabolized by CYP2D6 or CYP2C19. *J Clin Psychopharmacol* 2007; 27: 241-245
- [6] Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit" (ICF). 2008, [www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm)
- [7] Dohrenbusch R. Begutachtung somatoformer Störungen und chronifizierter Schmerzen. Kohlhammer, Stuttgart, 2007
- [8] Dohrenbusch R. Symptom- und Beschwerdevalidierung chronischer Schmerzen in der sozialmedizinischen Beurteilung. Teil I: Methodische und terminologische Ansätze. *Schmerz* 2009; 23: 236-40.
- [9] Dohrenbusch R. Symptom- und Beschwerdevalidierung chronischer Schmerzen in der sozialmedizinischen Beurteilung. Teil II. *Schmerz* 2009.; 23: 246-50,.
- [10] Dreßing H, Widder B, Foerster K. Kritische Bestandsaufnahme zum Einsatz von Beschwerdvalidierungstests in der psychiatrischen Begutachtung. *Versicherungsmedizin* 2010; 62: 163-167
- [11] Egle UT, Hoffmann SO, Lehmann KA, Nix WA (Hrsg.) Handbuch Chronischer Schmerz. Schattauer Stuttgart, 2003
- [12] Feddern K, Widder B: Die Pflicht des gerichtlichen Gutachters zur persönlichen Untersuchung. *Med Sach* 2009; 105: 93-95
- [13] Foerster K. Begutachtung von Patienten mit chronischen Schmerzen aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht. *Med Sach* 2002; 98: 152-156
- [14] Foerster K, Bork S, Kaiser V, Grobe Th, Tegenthoff M, Weise H, Badke A, Schreinicke G, Lübcke J. Vorschläge zur MdE-Einschätzung bei psychoreaktiven Störungen in der gesetzlichen Unfallversicherung. *Med Sach* 2007; 103: 52-56
- [15] Gärtner CM, Schiltewolf M. Eingeschränkte Wirksamkeit von Opioiden bei chronischen muskuloskelettalen Schmerzen. Eine Ursachenanalyse. *Schmerz* 2004; 18: 506-514
- [16] Gerbershagen U. Organisierte Schmerzbehandlung - Eine Standortbestimmung. *Internist* 1986; 27: 459-469
- [17] Hausotter W, Eich J. Die Begutachtung für die private Berufsunfähigkeitsversicherung. Verlag Versicherungswirtschaft GmbH, Karlsruhe, 2008
- [18] Huppe A, Raspe H. Efficacy of inpatient rehabilitation for chronic back pain in Germany: update of a systematic review. *Rehabilitation* 2005; 44: 24-33
- [19] Kisely S, Goldberg D, Simon G. A comparison between somatic symptoms with and without clear organic cause: results of an international study. *Psychol Med* 1997; 27:1011-1019
- [20] Kouyanou K, Pither CE, Wesely S. Iatrogenic factors and chronic pain. *Psychosom Med* 1997; 59: 597-604
- [21] Kouyanou K, Pither CE, Wesely S. Medication misuse, abuse and dependence in chronic pain patients. *J Psychosom Res* 1997; 43: 497-504
- [22] Kouyanou K, Pither CE, Rabe-Hesketh S, Wesely S. A comparative study of iatrogenesis, medication abuse, and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. *Pain* 1998; 76: 417-426
- [23] Marx P, Gaidzik PW, Hausotter W, Lösche W, Tegenthoff M, Widder B, Meier U. Allgemeine Grundlagen der Begutachtung. 2011 (im Druck)
- [24] Merten T. Beschwerdvalidierung bei der Begutachtung kognitiver und psychischer Störungen. *Fortschr Neurol Psych* 2011; 79: 102-116
- [25] Rainville J, Pransky G, Indahl A, Mayer EK. The Physician as Disability Advisor for Patients with Musculoskeletal Com-

- plaints. Spine 2005; 30: 2579-2584
- [26] Reichenbach M. Invalidität in der privaten Unfallversicherung. Deutscher Anwalt Verlag, Bonn, 1995
- [27] Rompe G, Erlenkämper A, Schiltewolf M, Hollo DF (Hrsg.) Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane. 5. Auflage. Thieme, Stuttgart, 2009
- [28] Schiltewolf M. Psychosomatische Gesichtspunkte in der orthopädischen Begutachtung. Z Orthop 2002; 140: 232-240
- [29] Schneider S, Schmitt H, Zoller S, Schiltewolf M. Workplace stress, lifestyle and social factors as correlates of back pain: a representative study of the German working population. Int Arch Occup Environ Health 2005; 78: 253-269
- [30] Schneider S, Lipinski S, Schiltewolf M. Occupations associated with a high risk of self-reported back pain: representative outcomes of a back pain prevalence study in the Federal Republic of Germany. Eur Spine J 2006; 15: 821-833
- [31] Schneider W, Henningsen P et al. Sozialmedizinische Begutachtung in Psychosomatik und Psychotherapie. Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2011
- [32] Schönberger A, Mehrrens G, Valentin H (2010) Arbeitsunfall und Berufskrankheit. 8. Auflage. Erich Schmidt Verlag, Berlin
- [33] Thomann KD, Schröter F, Grosser V. Orthopädisch-unfallchirurgischer Begutachtung. Elsevier Urban & Fischer, 2009
- [34] Widder B, Frisch SAL. Chronische Schmerzsyndrome. In Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2005, pp. 293-310
- [35] Widder B, Gaidzik PW. Neue Vorgaben des BGH zur Anerkennung psychoreaktiver Unfallfolgen in der privaten Unfallversicherung. Med Sach 2006; 102: 175-179
- [36] Widder B. Beurteilung der Beschwerdenvalidität. In Widder B, Gaidzik PW (Hrsg.) Begutachtung in der Neurologie. 2. Auflage. Thieme, Stuttgart, 2011, S. 64-92
- [37] Widder B, Gaidzik PW (Hrsg.) Begutachtung in der Neurologie. 2. Auflage, Thieme, Stuttgart, 2011
- [38] Winckler P, Foerster K. Zum Problem der "zumutbaren Willensanspannung" in der sozialmedizinischen Begutachtung. Med Sach 1996; 92: 120-124



# Leitlinien-Report

## Urheberschaft

Die Deutsche Gesellschaft für **Neurologie** (DGN), die Deutsche Gesellschaft für **Neurowissenschaftliche Begutachtung** (DGNB), die Deutsche Gesellschaft für **Orthopädie und Orthopädische Chirurgie** (DGOOC), die **Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie** (DGU), die Deutsche Gesellschaft für **Psychosomatische Medizin und Psychotherapie** (DGPM), das Deutsche Kollegium für **Psychosomatische Medizin** (DKPM), die Deutsche Gesellschaft für **Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde** (DGPPN), die **Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention** (DGSMP) und die Deutsche Gesellschaft zum **Studium des Schmerzes** (DGSS) haben die Erstellung dieser Leitlinien initiiert, geeignete Experten benannt und diese verabschiedet. Zur Wahrung größtmöglicher Unparteilichkeit medizinischer Sachverständiger wurde darauf verzichtet, Vertreter von Leistungsträgern und Betroffenenvereinigungen zu beteiligen.

## Autoren

Für die DGN/DGNB:	Prof. Dr. Dr. B. Widder, Günzburg (federführend); Erweiterter Autorenkreis: Dr. C. Benz, Berlin; Prof. Dr. M. Tegenthoff, Bochum
Für die DGOOC/DGU:	Prof. Dr. M. Schiltenswolf, Heidelberg Erweiterter Autorenkreis: Dr. F. Schröter, Kassel; Prof. Dr. K. Weise, Tübingen
Für die DGPM/DKPM:	Prof. Dr. U. T. Egle, Gengenbach Erweiterter Autorenkreis: Dr. C. Derra, Bad Mergentheim
Für die DGPPN:	Prof. Dr. K.-J. Bär, Jena
Für die DGSMP	Dr. W. Deetjen, Oberursel
Für die DGSS:	Dr. R. Dertwinkel, Bremen Erweiterter Autorenkreis: Dr. Dr. A. Schwarzer, Bochum
unter Mitarbeit von W. Petruschka, Vizepräsident des Sozialgerichts Mannheim i.R.	

## Methodik der Leitlinie

Die 2005 publizierte **erste Version** der Leitlinie (S1) wurde durch Experten formuliert, die von zunächst 5 medizinischen Fachgesellschaften benannt worden waren, und im Rahmen mehrerer Konsensustreffen abgestimmt. Zusätzlich erfolgte eine Überprüfung der juristischen Formulierungen durch einen Sozialrichter. Die **erste Überarbeitung** 2007 (S2) wurde nach einem Konsensustreffen des erweiterten, ebenfalls von den beteiligten Fachgesellschaften definierten Autorenkreises unter Hinzutreten der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) verabschiedet.

In der nunmehr vorliegenden **zweiten Überarbeitung** (S2k) wurde die bestehende Leitlinie zunächst vom engeren Autorenkreis der beteiligten Fachgesellschaften überarbeitet, mit Änderungsvorschlägen versehen und dem erweiterten Autorenkreis der bereits an der Leitlinie 2007 beteiligten Fachgesellschaften zugesandt. Die Änderungsvorschläge wurden dann bei zwei Konsensustreffen des erweiterten Autorenkreises im Rahmen der Deutschen Schmerzkongresse 2010 und 2011 unter Moderation durch den federführenden Autor diskutiert. In Anlehnung an einen nominalen Gruppenprozess (mit Präsentation der Empfehlungen, Einholen der Anmerkungen der Autoren, Vorabstimmung, Diskussion und Endabstimmung) wurden zuletzt sämtliche strittigen Punkte durch die Teilnehmer einstimmig konsentiert. Nach Einarbeitung der konsentierten Änderungen in die bestehende Leitlinie wurde die geänderte Leitlinie dem erweiterten Autorenkreis zu einer abschließenden Gesamtverabschiedung der Leitlinienversion und einer DELBI-Bewertung vorgelegt. Die interne Bewertung erbrachte für alle 6 Teile der Leitlinie einschließlich der Kurzfassung auf einer 6teiligen Skala (1: überhaupt nicht stimmig / vollständig / nachvollziehbar - 6: sehr stimmig / vollständig / nachvollziehbar) durchschnittliche Bewertungen von 5,8-6,0 in den einzelnen Domänen.

Ergänzend wurde in einem weiteren Schritt auf Anraten der AWMF Kontakt mit der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) aufgenommen und die DGSMP zur Teilnahme an der

Leitlinie eingeladen. Hierzu wurde der vorhandene Leitlinientext den Gremien der DGSMP vorgelegt. Änderungswünsche von Seiten der DGSMP wurden in den Text eingefügt. Im Anschluss daran wurde der geänderte Text nochmals schriftlich an den bisherigen erweiterten Autorenkreis versandt, der diesen ohne Gegenstimme bestätigte.

### **Zielgruppe**

Alle in der Begutachtung von Schmerzen tätigen Ärztinnen und Ärzte, gesetzliche und private Versicherungen, Sozial- und Zivilgerichte.

### **Anwendungshinweise**

Die ärztliche Begutachtung unterliegt sozialen und juristischen Vorgaben im Rahmen bestehender Landesgesetze und Verordnungen, so dass allgemein gültige Leitlinien nicht formulierbar sind. Die vorliegenden Empfehlungen beziehen sich auf die rechtliche Situation in der Bundesrepublik Deutschland. Bei der Anwendung in anderen Ländern ist die länderspezifische Rechtsprechung zu berücksichtigen.

### **Implementierung**

Die Fachgesellschaften sind für die Implementierung der Leitlinie zuständig. Deren Verabschiedung erfolgt als Handlungsempfehlung (S2) durch die als Urheber genannten Fachgesellschaften. Über die Internetseite der AWMF ist der Gesamttext frei zugänglich. Darüber hinaus erfolgen Publikationen des Textes in den Organen der verschiedenen Fachgesellschaften.

### **Überprüfung der Anwendung**

Die Arbeitskreise für Begutachtungsfragen der einzelnen Fachgesellschaften überprüfen regelmäßig die Aktualität der Leitlinie.

### **Erstes Erstellungsdatum:**

22. Oktober 2005

### **Letzte Überarbeitung:**

Abschluss Mai 2012

### **Überprüfung geplant:**

2016

### **Korrespondenzadresse**

Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. B. Widder,  
Klinik für Neurologie und Neurologische Rehabilitation,  
Bezirkskrankenhaus Günzburg,  
Ludwig-Heilmeyer-Straße 2, 89312 Günzburg,  
E-mail: [bernhard.widder@bkh-guenzburg.de](mailto:bernhard.widder@bkh-guenzburg.de)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

© Deutsche Gesellschaft für Neurologie

**Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online**