

B. Widder, W. Hausotter, P. Marx, H. U. Puhmann, C. W. Wallech

## Empfehlungen zur Schmerzbegutachtung

Aufgrund ihrer sowohl das körperliche als auch das seelische Gebiet umfassenden Ausbildung verfügen Neurologen und Psychiater (Nerven) in besonderem Maße über das Rüstzeug für eine fachübergreifende Beurteilung von Schmerzsyndromen. Die nachfolgenden Empfehlungen beruhen auf den Ergebnissen der Jahrestagung 2001 der Arbeitsgemeinschaft Neurologische Begutachtung (ANB e. V.) der Deutschen Gesellschaft für Neurologie in Hannover, die sich der Begutachtung von Schmerzen widmete. In der vorliegenden Überarbeitung wurden auch Aspekte aus den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM) für die „Ärztliche Begutachtung in der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin“ (AWMF-Leitlinien) sowie den „Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen“ des Bundes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) einbezogen. Die Empfehlungen sind als „Work in Progress“ aufzufassen und sollen kontinuierlich fortgeschrieben werden. Die Leser werden daher ausdrücklich aufgefordert, Anmerkungen und Änderungsvorschläge an diese Zeitschrift oder direkt an das Sekretariat der Arbeitsgemeinschaft Neurologische Begutachtung zu übermitteln.

### Schmerzkatgorien

In der gutachterlichen Situation sind drei Kategorien von Schmerzen zu unterscheiden:

- „**Übliche Schmerzen**“ als Begleitsymptom einer körperlich faßbaren Erkrankung bzw. einer Nervenschädigung. Sie stellen bei der Begutachtung im allgemeinen kein Problem dar und sind in den gutachterlichen Bewertungstabellen (z. B. „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“) bereits berücksichtigt.
- „**Außergewöhnliche Schmerzen**“ z. B. nach Schädigung bestimmter Hirnstrukturen („Thalamusschmerz“), nach Amputationen („Stumpf-“ und „Phantomschmerz“) sowie im Rahmen eines „komplexen regionalen Schmerzsyndroms“ (CRPS). Hier bestehen regelmäßig besondere Anforderungen an die Qualität der diagnostischen Abklärung. Ist die Diagnose hinreichend gesichert, ergeben sich im allgemeinen keine wesentlichen gutachterlichen Einschätzungsprobleme.
- „**Körperlich nicht oder nicht hinreichend erklärbare Schmerzen**“ („somatoforme Schmerzstörungen“ gemäß ICD-10) stellen den Gutachter hingegen vor erhebliche Probleme. Objektive Meßmethoden zur Quantifizierung von Schmerzen existieren nicht, und auch die Verwendung von Schmerzskaalen ist in der Begutachtungssituation nicht zielführend. Der Gutachter vermag daher nur durch eine umfassende und zeitlich umfangreiche Befragung des Probanden eine nachvollziehbare und zutreffende Beurteilung abzugeben, bei der Aussagen zur Konsistenz und Plausibilität der geklagten Schmerzen und der dadurch hervorgerufenen Beeinträchtigungen im Vordergrund stehen. Die nachfolgenden Empfehlungen beziehen sich schwerpunktmäßig auf die Begutachtung von somatoformen Schmerzstörungen.

### Anforderungen an den Gutachtauftrag

Bei Fehlen richtungweisender klinischer und apparativer Befunde bestehen erhöhte Anforderungen an die Qualität des Gutachtauftrags einschließlich der vom Auftraggeber übersandten Unterlagen. Erforderlich sind vor allem:

- Klare Fragestellung
- Leistungsausgang der Krankenversicherung(en) zu Vorerkrankungen
- Möglichst lückenlose ärztliche Vorbefunde
- Bei kausalitätsbezogenen Fragestellungen:
  - ⇒ Ausreichende Dokumentation des Schadenereignisses
  - ⇒ Berichte der erstversorgenden Ärzte/Krankenhäuser
  - ⇒ Initiale bildgebende Untersuchungsbefunde im Original
  - ⇒ Berichte der späteren Behandler

### Anforderungen an den Gutachter

Die Schmerzbegutachtung erfordert eingehende Kenntnisse der Schmerzphysiologie und -pathophysiologie im peripheren und zentralen Nervensystem, stets jedoch auch neurologische und psychiatrische Kompetenz, um das Ausmaß von Nervenschädigungen beurteilen sowie um psychische Faktoren und Erkrankungen (z. B. Depressionen) erkennen und adäquat berücksichtigen zu können.

Bei Fehlen richtungweisender körperlicher Befunde gilt darüber hinaus in besonderem Maße zu beachten, daß eigene Wertvorstellungen und Körpererfahrungen, das Erleben des Probanden (z. B. Abwehr bei ungebührlich klagsamen Probanden) und auch die eigene Tagesform die Interaktion mit dem Probanden nicht beeinflussen und nicht zum Maßstab der Begutachtung gemacht werden.

Darüber hinaus ist der Gutachter als sachverständiger Berater des Auftraggebers verpflichtet zu

- Unparteilichkeit,
  - Eigenverantwortlichkeit,
  - Sorgfalt,
  - vollständiger Erfassung der Sachverhalte und
  - Beschränkung auf die Fragestellung.
- Die Forderung nach einer Beschränkung auf die Fragestellung bezieht sich auf das Gutachten selbst, nicht auf eine gelegentlich angezeigte Beratungsfunktion des Probanden (z. B. beim Erkennen einer bisher nicht bekannten Erkrankung). Weitere wesentliche Anforderungen betreffen die
- Klarheit und Verständlichkeit der Sprache,
  - termingerechte Erstellung des Gutachtens,
  - Beachtung der Schweigepflicht und
  - Beachtung der Verweigerungsrechte des Probanden.

### Anforderungen an den Inhalt der Begutachtung

Die Begutachtung somatoformer Schmerzstörungen erfordert

### Anschrift für die Verfasser:

Sekretariat der Arbeitsgemeinschaft Neurologische Begutachtung  
 Frau Renate Hoffmann  
 Siedlungstraße 6  
 89192 Rammlingen

weswegen hierfür regelmäßig ein deutlich erhöhter Zeitbedarf einzurechnen ist. Im einzelnen sollten Gutachten folgende Punkte enthalten:

## 1. Anamnese

- 1.1 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)
- 1.2 Allgemeine Anamnese der körperlichen und psychischen Erkrankungen (aktuell und unter Einbeziehung früherer Lebensabschnitte einschließlich familiärer Belastungen) – bei „*kausalen*“ Fragestellungen außerdem Angaben zum Unfallereignis und zum Verlauf danach
- 1.3 Spezielle Schmerzanamnese (Lokalisation, Häufigkeit und Charakter der Schmerzen; Abhängigkeit von verschiedenen Körperhaltungen, Tätigkeiten und Tageszeiten, Verlauf mit/ohne Remissionen)
- 1.4 Dauer, Intensität und Ergebnis bisheriger Behandlungsmaßnahmen (Häufigkeit und Regelmäßigkeit von Arztbesuchen, Häufigkeit und Dauer der Einnahme von Medikamenten, Intensität physiotherapeutischer Behandlungen, Einbringen eigener Bewältigungsstrategien)
- 1.5 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)
- 1.6 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)
- 1.7 Eigene Einschätzung des positiven und negativen Leistungsbildes (z. B. anhand der Diskussion von geäußerten Verweistätigkeiten mit geringer körperlicher Beanspruchung)
- 1.8 Fremdanamnese (immer mit Einverständnis, aber möglichst nicht in Anwesenheit des Probanden)

## 2. Klinische Befunde

- 2.1 Beobachtung während der Begutachtung (Gangbild vor/während/nach der Begutachtung, Spontanmotorik, Fähigkeit zum Stillsitzen, erforderliche Entlastungsbewegungen, Bewegungsmuster beim An- und Auskleiden)
- 2.2 Allgemeine Befunde (Körperpflege und äußeres Erscheinungsbild, Hand- und Fußverschwielung, Muskulatur, Körperbräune)
- 2.3 Allgemeinmedizinischer/orthopädischer Befund
- 2.4 Neurologischer Befund
- 2.5 Psychopathologischer Befund
- 2.6 Apparative Zusatzbefunde (soweit in Abhängigkeit von der Fragestellung/Erkrankung erforderlich)
- 2.7 Auswertung von Selbsteinschätzungsskalen (z. B. FPI, SF-36, Depressionsskalen, Mobilitätsfragebögen, Schmerzfragebögen, Schmerztagebücher)

## 3. Diagnose

1. Funktionsstörungen an erster Stelle, medizinische Diagnose erst an zweiter Stelle

## 4. Zusammenfassung und Beurteilung

- 4.1 „*Finale*“ Fragestellungen: Beschreibung der im Verlauf Lebens aufgetretenen Gesundheitsstörungen im Kontext der beruflichen und sozialen Entwicklung
- „*Kausale*“ Fragestellungen: Beschreibung des Selbstergebnisses und dessen Folgen unter Berücksichtigung des Vorzustandes
- 4.2 Detaillierte Plausibilitätsprüfung<sup>1</sup> der erhobenen Befunde
- 4.3 Sozialmedizinische Beurteilung<sup>2</sup> (ggf. im Kontext mit bereits vorhandenen Gutachten) und Beantwortung der gestellten Fragen

### Plausibilitätsprüfung<sup>1</sup>

Angesichts des Fehlens objektiver Meßmethoden zur Quantifizierung von Schmerzen kommt der Frage, inwieweit in der Zusammenschau von Anamnese, klinischen Befunden und Aktuellem die geklagten Beschwerden und Beeinträchtigungen plausibel sind, entscheidende Bedeutung zu. Hinweise auf Inkonsistenzen geben nachfolgende Befunde:

- Geklagte Beschwerden sind nach Art und Lokalisation mit den objektiven Befunden nicht in Einklang zu bringen,
- Diskrepanz zwischen subjektiver Beschwerdeschilderung (einschließlich Selbsteinschätzung in Fragebogen) und körperlicher Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation,
- geringer Leidensdruck trotz intensiv geschilderter Beschwerden,
- vage, wechselhafte und unpräzise Schilderung der Beschwerden und des Krankheitsverlaufes,
- appellativ-demonstrative Klagen, ohne daß beim Gutachten das Gefühl des Betroffenseins entsteht,
- Diskrepanzen zwischen eigenen Angaben und fremdanamnestischen Informationen (einschließlich Aktenlage),
- Angabe andauernder Beschwerden, die sich zu keiner Tageszeit bessern und bei denen weder Medikamente (auch Alkohol) noch bestimmte Körperhaltungen zu einer Entlastung führen;
- Diskrepanz zwischen geschilderten Beeinträchtigungen und zu erwerbenden Aktivitäten des täglichen Lebens (z. B. Hobbys, Urlaube, Fahrtüchtigkeit),
- Fehlen ausreichender Therapiemaßnahmen trotz ausgeprägt beschriebener Beschwerden,
- Fehlen eigener Strategien und Maßnahmen zur Schmerzbewältigung,
- bei Leistungsgutachten fehlende sachliche Diskussion möglicher Verweistätigkeiten.

### Sozialmedizinische Beurteilung<sup>2</sup>

Bei der abschließenden sozialmedizinischen Beurteilung sind im wesentlichen fünf Konstellationen zu unterscheiden:

- **Konsistente Befunde:** Erwartungsgemäß keine Probleme sind zu erwarten, wenn die Angaben zur Beeinträchtigung im beruflichen und im außerberuflichen Bereich konsistent und vergleichbar sind.
- **Inkonsistente Befunde:** Inkonsistenzen zwischen den geklagten Beschwerden und der tatsächlichen Beeinträchtigung lassen bezweifeln, ob das tatsächliche Ausmaß der Beeinträchtigung dem der geklagten Beschwerden entspricht.
- „**Sekundärer Krankheitsgewinn**“: Häufig schwierig zu beurteilen sind Probanden, bei denen zwar ein sozialer Rückzug nachzuweisen ist, sich jedoch die Frage stellt, inwieweit

ein „sekundärer Krankheitsgewinn“ so weit im Vordergrund steht, daß hierdurch eigentlich gar kein Leidensdruck besteht und der Proband „seine Schmerzen“ lediglich dazu benutzt, um seine (Regressions-)Wünsche gegenüber seiner Umgebung durchzusetzen. Nicht selten zeigt sich allerdings, daß mit zunehmender Chronifizierung ein zunächst erheblicher „Krankheitsgewinn“ verschwindet und einer dem willentlichen Zugriff entzogenen Störung von Krankheitswert Platz macht. Hier ist es Aufgabe des Sachverständigen, diese Entwicklung zu belegen.

- **Primär psychische Erkrankung:** Die geklagten Schmerzen sind „Ausdrucksmitel“ einer primär psychischen Erkrankung im Sinne einer sogenannten Konversionssymptomatik. Diese Situation findet sich z. B. fast regelmäßig bei depressiven Probanden aus südlichen Ländern, die ihre seelische Erkrankung als vordergründig körperliche Störung erleben. Die gutachterliche Einschätzung orientiert sich in diesem Fall an der zugrunde liegenden psychischen Erkrankung und den hierdurch hervorgerufenen Funktionsstörungen.
- **Fehlende Kooperation:** Ist aufgrund fehlender Kooperation keine klare Beurteilung des Umfangs der tatsächlichen Beeinträchtigungen möglich, darf der Sachverständige sich nicht scheuen, diese Situation klarzulegen. Die Unmöglichkeit einer sachgerechten Beurteilung führt vor Gericht im allgemeinen zur Ablehnung einer Rentengewährung. Da die Beweislast beim Antragsteller liegt, ist gemäß höchstrichter-

lichen Vorgaben Rente zu versagen, wenn „sich eine Mischung von Störungen nicht ausschließen läßt“.

## Literatur

- 1 Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (Ärztliche Begutachtung in der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin – Sozialrechtsfragen. [www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/index.html](http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/index.html)
- 2 Foerster, K.: Psychiatrische Begutachtung im Sozialrecht. *Ner* 63, 129–136 (1992)
- 3 Rauschelbach, H. H.: Neurologische Begutachtung von Scizuständen im Versorgungswesen und nach dem Schwerbehindertengesetz. *Nervenheilkunde* 14, 233–236 (1995)
- 4 Verband deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Empfehlung für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen veröffentlichtes Manuskript 2001
- 5 Widder, B., J. C. Aschoff: Somatoforme Störungen und Rentenanfragen. Erstellen einer Indizienliste zur quantitativen Beurteilung des beruflichen Leistungsvermögens. *MedSach* 91, 14–20 (1995)
- 6 Widder, B.: Schmerzsyndrome und Befindlichkeitsstörungen. In: Rauschelbach, H. H., K. A. Jochheim, B. Widder (Hrsg.) *Das neurologische Gutachten*. Georg Thieme Verlag Stuttgart, pp. 422–444, 2001
- 7 Winckler, P., K. Foerster: Zum Problem der „zumutbaren Lebensspannung“ in der sozialmedizinischen Begutachtung. *MedSach* 92, 120–124 (1996)

## Buchbesprechungen

### MSD-Manual

Jahrhundertausgabe The Merck Manual 3384 S., 171 Abb., 538 Tab., 128,- DM (mit Griffregister), DM 98,- (ohne Griffregister). Urban und Fischer Verlag München-Jena 2000, ISBN 3-437-21750-X bzw. 3-437-21760-7

Jeder Gutachter hat auch immer wieder einmal Fragen in seine Überlegungen mit einzubeziehen, die über sein eigenes Fachgebiet hinausgehen. Eine immer aktuelle vollständige Bibliothek wird niemand vorhalten können. Derartige Einzelfragen wird man zwar häufig auch im Internet beantwortet bekommen, die Suche gestaltet sich aber in vielen Fällen noch sehr zeitaufwendig, so daß ein aktuelles Kompendium Abhilfe schaffen kann.

Ein solches stets aktuelles Kompendium stellt das mittlerweile in der 6. deutschen und in der 17. englischen Auflage vorliegende „MSD-Manual“ dar, das in 23 Hauptabschnitten über die einzelnen Fachgebiete der Medizin, gegliedert nach Ätiologie, Pathogenese, Diagnostik und Therapie, Auskunft zu den häufigsten Krankheitsbildern gibt. Wie bei allen Büchern empfiehlt sich auch hier ein kri-

tischer Umgang mit einzelnen Informationen. So wird beispielsweise unter dem Kapitel „Lagerungsschwindel“ zur Therapie notiert, daß der Patient mit seinem Kopf die schwindelauslösende Lage strikt vermeiden soll, wo doch gerade hierbei mit dem Manöver nach Epley/Semond unter Aufsuchen dieser Lage in den meisten Fällen eine schnelle Heilung möglich ist. Der Nutzen des Werkes für den Gutachter (und auch sicher für den mit medizinischen Fragen befaßten Juristen) ist hierdurch aber nicht wesentlich geschmälert.

E. Losch, Frankfurt/M.

### Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes

Von H. Feldmann

5., neubearbeitete und erweiterte Auflage, 333 S., 35 Tab., 248,- DM/126,80 Euro. Thieme Verlag, Stuttgart, 2001, ISBN 3-13-542305-0

Die nunmehr fünfte Auflage des Standardwerkes der HNO-Begutachtung von Feldmann wurde im allgemeinen Teil erweitert um Fragen der Arzthaftung unter den besonderen Aspekten des Fachgebietes

und um die Vertragsgestaltung mit den Berufsgenossenschaften. Im speziellen Teil wurden die Ausführungen ergänzt und aktualisiert zu den Themen hyperbare Sauerstofftherapie, zu Knalltraumen durch Airbags und Schreckschußpistolen und zur Begutachtung von Riech- und Geschmacksstörungen.

Für die Diskussion der Abgrenzung einer chronischen Lärmschwerhörigkeit im Sinne einer BK 2301 zu lärmunabhängigen Schwerhörigkeiten wird eine Vielzahl neuerer Literatur aufgeführt, kritisch Stellung genommen wird aber auch in diesem Zusammenhang zu schon älteren Veröffentlichungen (z. B. der Risikotabelle nach v. Lüpke).

Zur Begutachtung des Tinnitus wird auf den Tinnitusfragebogen nach Goebel eingegangen, dieser wird aufgrund seiner hierbei nur scheinbaren Objektivität für Gutachtenfragen als unzureichend eingestuft. Hier bleibt der Gutachter nicht der mühevollen Anamneseerhebung zur Frage der subjektiven Auswirkungen eines Tinnitus auf den Patienten entbunden. Das Buch empfahl sich schon in seinen bisherigen Ausgaben von selbst, und auch die aktuelle Ausgabe ändert hier nichts.

E. Losch, Frankfurt/Main