



**Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN),
der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC),
der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM),
des Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM),
der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
(DGPPN) und
der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS)**

AWMF-Leitlinien-Register

Nr. 030/102

Entwicklungsstufe:

2k

Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen

1. Präambel

Ziel der Leitlinie

Die Leitlinie soll den Ablauf und Inhalt der Begutachtung von Patienten, die als Leitsymptom 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 Probanden in den verschiedenen Rechtsbereichen ermöglicht werden. Damit soll auch die Verständigung zwischen Ärzten und Juristen verbessert werden.

Inhalt der Leitlinie

Grundlage der Leitlinie sind einerseits das Grundlagenwissen um Schmerzentstehung, Schmerzverarbeitung und Schmerzchronifizierung sowie die fachgebietsspezifischen Einschätzungen zu schmerzkranken Probanden. Andererseits werden Kenntnisse der Begutachtungsgrundlagen für verschiedene Rechtsbereiche zugrunde gelegt. Wesentlich war die Zusammenführung fachgebietsspezifischer Erkenntnisse zu einer interdisziplinären Leitlinie. Bestehende Publikationen und Leitlinien zum Thema wurden berücksichtigt [1,3,4,16,19,22].

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 [z.B. 12]. Soweit die Weiterbildungsordnung in dem Fachgebiet oder Schwerpunkt des Gutachters keine Kenntnisse der Begutachtung vorsieht, ist eine geeignete Fortbildung erforderlich. Über diese allgemeinen Vorgaben an den Sachverständigen hinaus sind bei der Begutachtung von Schmerzen die nachfolgend genannten Besonderheiten (besonders) zu berücksichtigen.

Wahrung der Unparteilichkeit

Im Gegensatz zur üblichen ärztlichen Tätigkeit hat es der Gutachter strikt zu vermeiden, Partei für

den zu Untersuchenden oder den Auftraggeber zu nehmen. Der im konkreten Fall behandelnde Arzt soll daher i.d.R. nicht gleichzeitig als Gutachter tätig werden.

Bezeichnung

Entsprechend der ärztlichen Weiterbildungsordnung soll das Gutachten nach dem Fachgebiet des erstellenden Arztes benannt werden. Es soll nicht von "schmerztherapeutischen Gutachten" gesprochen werden, da therapeutische Anliegen mit den gutachtlichen Aufgaben nicht in Einklang zu bringen sind. Auch der Begriff des "Schmerzgutachtens" hat sich zwar im klinischen Jargon eingebürgert, ist jedoch unglücklich und sollte vermieden werden. Soweit nicht die Fachgebietsbezeichnung des Sachverständigen für die Klassifizierung des Gutachtens ausreichend erscheint, soll daher von der "Begutachtung von Schmerzen" oder "unter besonderer Berücksichtigung chronischer 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 Beeinträchtigung alltäglicher Aktivitäten und der sozialen Partizipation,
- eingehende körperliche und psychopathologische Befunderhebung mit Erfassung aller Schmerzlokalisationen und weiterer Körperbeschwerden ¹,
- soweit möglich 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,
- umfassende Konsistenzprüfung der geklagten Beschwerden und Beeinträchtigungen im Kontext mit Exploration, erhobenen Befunden und Beobachtung, und
- Diskussion der willentlichen Steuerbarkeit der geklagten Beschwerden und Beeinträchtigungen.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien erfordern Begutachtungen chronischer Schmerzen aufgrund der meist komplizierten, widersprüchlichen Befundlage gegenüber anderen Formen der Begutachtung einen deutlich erhöhten Zeitaufwand. Sie entsprechen daher häufig Gutachten mit einem hohen Schwierigkeitsgrad gemäß der Definition des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes (JVEG) ².

¹ schon bei drei verschiedenen Schmerzlokalisationen bzw. weiteren Körperbeschwerden ist bei fast jedem zweiten Patienten in der Primärversorgung von einem psychisch relevanten Störungsbild auszugehen [8]

² s. Landessozialgericht Baden-Württemberg L 12 R 2761/06 KO-B vom 3.7.2006; Sozialgericht Mannheim S 8 R 922/06 KO-A vom 23.3.2006

Umgang mit Probanden aus anderen Kultur- und Sprachräumen

Da bei der Begutachtung von Schmerzen der Anamneseerhebung besondere Bedeutung zukommt, soll bei fremdsprachigen Probanden bereits vor der Begutachtung geklärt werden, ob hierzu ein Dolmetscher erforderlich ist. Sofern dies der Fall ist, soll der Dolmetscher vom Auftraggeber benannt werden. Familienangehörige, Freunde oder Bekannte sind i.d.R. nicht heranzuziehen. 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.

Ärztliche Aufgabe

Die Begutachtung von Schmerzen ist in der Regel eine primär ärztliche Aufgabe, da bei deren diagnostischer Einschätzung sowohl körperliche als auch psychische Ursachen differenziert werden müssen. Psychologen und psychologische Psychotherapeuten können ggf. im Rahmen der psychiatrischen oder psychosomatischen Begutachtung nach Klärung mit dem Auftraggeber aufgrund ihrer speziellen Kompetenz mit der Erstellung eines weiteren bzw. ergänzenden Gutachtens beauftragt werden.

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"). Hierzu sei auch auf die entsprechenden Leitlinienseiten der AWMF verwiesen.

Interdisziplinärer Charakter

Die Begutachtung chronischer Schmerzen ist eine interdisziplinäre Aufgabe und erfordert Kompetenz sowohl zur Beurteilung körperlicher als auch psychischer Störungen. An erster Stelle soll durch geeignete Gutachter der Anteil durch Schädigungen des Nervensystems und anderer Gewebearten 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. 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.

Problem der Quantifizierung von Schmerzen

Bildgebende oder neurophysiologische Verfahren sind bislang nicht geeignet, das Ausmaß von 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.

Selbsteinschätzungsskalen und Fragebogen

Selbsteinschätzungsskalen und Fragebogen zu bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen finden bei der Begutachtung von Schmerzen häufig Anwendung und werden im Sozialgerichtsverfahren auch ausdrücklich gefordert³. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass diese für die Begutachtungssituation nicht valide sind. Dies gilt insbesondere auch beim Einsatz von in Deutschland entwickelten Selbsteinschätzungsskalen bei fremdsprachigen Probanden und Probanden aus einem anderen Kulturkreis. Sie können daher die Eigenschilderung der Beschwerden ergänzen und dienen der Standardisierung von Befunden, ersetzen jedoch nicht "die eigenständig zu verantwortende Leistungsbeurteilung durch einen mit der Problematik der Schmerzbeurteilung erfahrenen Sachverständigen" (Text BSG-Urteil) und sollten daher nur im Kontext mit der Beobachtung und anderen Befunden eingesetzt werden. Auch können Fragebögen zum Screening bzgl. psychischer Komorbiditäten ohne entsprechende psychopathologische Befunderhebung und Diagnostik keine Diagnose begründen.

³ s. Bundessozialgericht B 5 RJ 80/02 B vom 9.4.2003

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. Zervikalsyndrom) sind zu vermeiden. Verdachtsdiagnosen dürfen gemäß den rechtlichen Vorgaben sowohl bei der Beurteilung von Funktionsstörungen als auch der Kausalität nicht berücksichtigt werden, da Schädigungen jeweils nachzuweisen (sog. "Vollbeweis") sind.

Behandelbarkeit und Funktionsminderung

Patienten mit psychisch (mit-)verursachten bzw. unterhaltenen Schmerzen sind häufig einer Behandlung nur schwer zugänglich. Dies kann auch Folge fehlgeleiteter Vorbehandlungen sein (iatrogene Fixierung und Schädigung). Geringer oder ausbleibender Behandlungserfolg begründet jedoch 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.

Symptomverstärkende 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 sollten nicht mit Simulation oder Aggravation gleichgesetzt werden. Es handelt sich hierbei um den mehr oder weniger bewussten Versuch, den Gutachter vom Vorhandensein der Schmerzen zu überzeugen. Zunehmende Verdeutlichung kann auch mit einem desinteressierten, oberflächlichen Untersucher zusammenhängen.

Untersucherreaktion und Gegenübertragungsverhalten

Soweit richtungweisende körperliche Befunde fehlen, gilt in besonderem Maße zu beachten, dass beim Gutachter eigene Wertvorstellungen und Körpererfahrungen, das Erleben des Probanden (z.B. Abwehr bei klagenden Probanden) und auch die eigene Tagesform die Interaktion mit dem Probanden beeinflussen können.

3. Einteilung von Schmerzen

In der gutachtlichen Situation sind drei Kategorien von 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 von Schmerzen aus gutachtlicher Sicht (Details s. Tabelle 1)

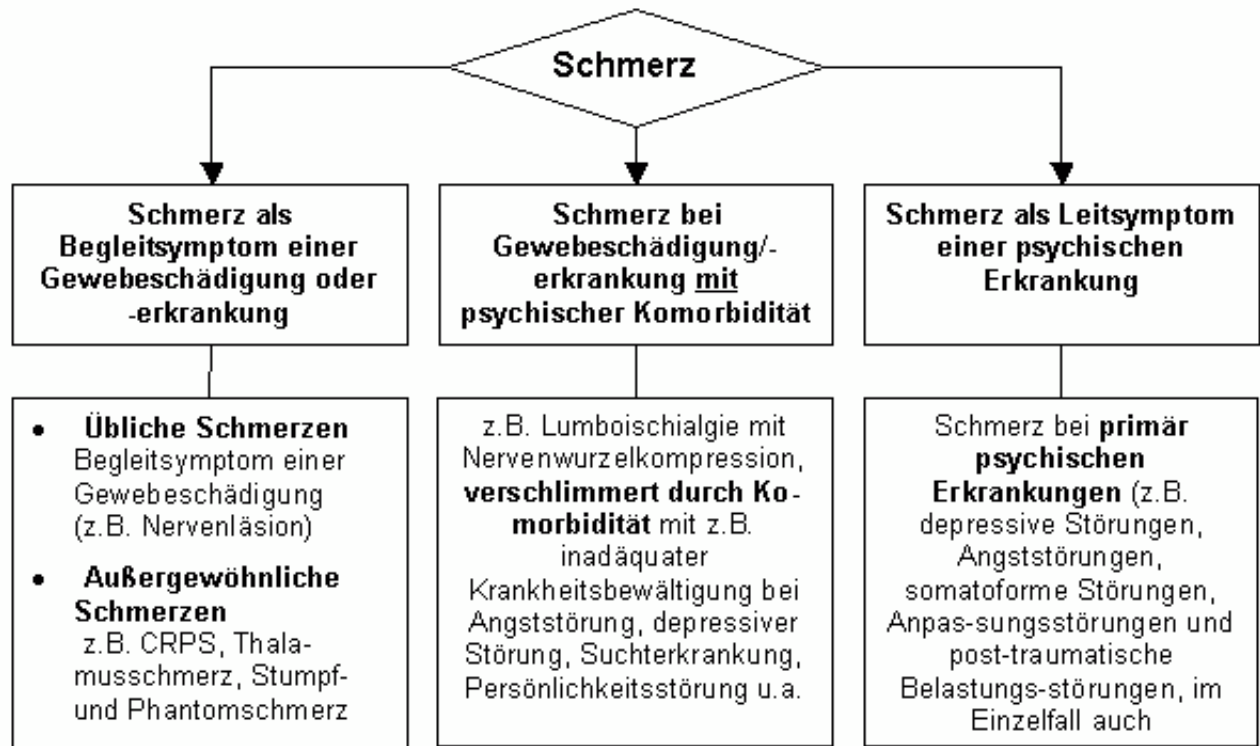


Tabelle 1: Diagnostische Klassifikation der häufigsten Schmerzsyndrome im ICD-10-System

Schmerz als Begleitsymptom einer Gewebeschädigung oder -erkrankung	
Üblicher Schmerz	ICD-Code der Gewebeläsion
Außergewöhnlicher Schmerz	ICD-Code der Gewebeläsion, zusätzlich z.B. G56.4 (Kausalgie)
Schmerz bei Gewebeschädigung/-erkrankung mit psychischer Komorbidität	
Depressive und/oder ängstliche Reaktion bei Gewebeschädigung	ICD-Code der Läsion und F43.2 (Anpassungsstörung) ⁴
Maladaptives Verhalten ("Fehlverarbeitung") bei Gewebeschädigung	ICD-Code der Läsion sowie F54 (psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten)
Gewebeschädigung bei psychischer Vorerkrankung	ICD-Code der Läsion und ggf. der psychischen Vorerkrankung im Sinne der "Verschlimmerung"
Funktionelles Schmerzsyndrom aufgrund psychisch bedingter Stressreaktion	ICD-Code der Lokalisation sowie F54 (psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten)
Schmerz als Leitsymptom einer psychischen Erkrankung	
... im Rahmen einer depressiven Störung	F33 (rezidivierende depressive Störung)
... im Rahmen einer psychoreaktiven Störung	je nach Ursache und Ausprägung F43.1 (posttraumatische Belastungsstörung) oder F43.2 (Anpassungsstörung)
... im Rahmen einer Angst- oder Panikstörung	F41 (sonstige Angststörungen)
... im Rahmen einer somatoformen Störung	F45.4 (anhaltende somatoforme Schmerzstörung) bzw. bei komplexen Symptomen F45.0 (Somatisierungsstörung) oder F45.1

	(undifferenzierte Somatisierungsstörung)
... im Rahmen einer Psychose	ICD-Code der psychotischen Störung
... in Verbindung mit psychotropen Substanzen	vor allem F1_.1 (schädlicher Gebrauch) oder F1_.2 (Abhängigkeitssyndrom)

⁴ Dauer üblicherweise bis 2 Jahre, bei längerem Verlauf je nach Ausprägungsgrad nach F34.1 (Dysthymia) oder F33 (rezidivierende depressive Störung) zu verschlüsseln

4. Ablauf und Inhalt der Begutachtung

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: Erforderliche Anamnese bei der Begutachtung von Schmerzen

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 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	Dauer, Intensität und Ergebnis bisheriger Behandlungsmaßnahmen, insbesondere Häufigkeit und Regelmäßigkeit von Arztbesuchen, Häufigkeit und Dauer der Einnahme von Medikamenten und deren Nebenwirkungen, Intensität physiotherapeutischer Behandlungen, Einbringen eigener Bewältigungsstrategien; symptomverstärkende und -unterhaltende ärztliche 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 Probanden ⁵ sowie ggf. mit Zustimmung bzw. auf des Auftraggebers ⁶

⁵ Es bestehen bei den Autoren kontroverse Ansichten, inwieweit die Fremdanamnese in Anwesenheit des Probanden erhoben werden sollte. Bei Abwesenheit des Probanden ist eine freiere Schilderung zu erwarten, andererseits sind dadurch spätere Konflikte zwischen dem Probanden und dem fremdanamnestisch Befragten wahrscheinlicher.

⁶ Es besteht bei den Autoren kein Konsens, inwieweit im Bereich des gesamten 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 § 404a ZPO entgegen, wonach Art und Umfang der Tätigkeit des Sachverständigen vom Auftraggeber zu bestimmen sind. Konsens besteht jedoch, dass eine vorherige Zustimmung des Gerichts für den Bereich der Zivilgerichtsbarkeit zwingend erforderlich ist. Bei Begutachtungen für Privatversicherungen ist die Erhebung einer Fremdanamnese möglich, sofern der Proband hierin einwilligt.

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). Hinweise hierzu können auf den Internet-Seiten der WHO gewonnen werden.

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: Erhebung klinischer Befunde bei der Begutachtung von Schmerzen

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 ⁸
Apparative Zusatzbefunde	Soweit in Abhängigkeit von der Fragestellung/Erkrankung erforderlich
Laborchemische Zusatzbefunde	Medikamentenspiegel, soweit erforderlich (s. unten)
Selbsteinschätzungsskalen	Auswertung von Selbsteinschätzungsskalen unter Berücksichtigung der unter 2. (Psychometrische Tests) genannten Einschränkungen

⁸ z.B. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID), Composite International Diagnostic Interview der WHO (CIDI) oder Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen (Mini-DIPS)

Bestimmung von Medikamentenspiegeln

Bedeutung bei der "Konsistenzprüfung" der gemachten Angaben kommt im Einzelfall auch

dem Serumspiegel der aktuell als eingenommen beschriebenen Medikamente zu. Nahezu alle in der Schmerztherapie und Psychiatrie relevanten Medikamente sind heute ohne größere Probleme, meist mit der Methode der Hochdruck-Flüssigkeitschromatographie (HPLC), nachweisbar (Tabelle 4), viele größere Labors bieten entsprechende Bestimmungen an. Opiate und Benzodiazepine können ggf. auch im Urin nachgewiesen werden. Bzgl. der Quantifizierung sind allerdings Probleme der individuellen Verstoffwechslung zu berücksichtigen. Der Proband ist über den Zweck der Untersuchung aufzuklären.

Tabelle 4: Mögliche Bestimmungen des Blutspiegels von Medikamenten (Drug Monitoring)

Substanzgruppe	Beispiele bestimmbarer Medikamentenspiegel
Schmerzmittel	Acetylsalicylsäure, Metamizol, Paracetamol
Antirheumatika	Diclofenac, Ibuprofen
Opioide	Tilidin, Tramadol
Opiate	Morphin, Buprenorphin, Oxycodon, Methadon
Antidepressiva	Amitriptylin, Duloxetin, Doxepin, (Es)Citalopram, Mirtazapin, Trimipramin, Venlafaxin
Antiepileptika	Carbamazepin, Diazepam und Derivate, Gabapentin, Pregabalin, Oxcarbazepin

4.3 Diagnosen

Die Diagnosen sollen sich an ICD-10 Kriterien orientieren, wobei für gutachtliche Belange die Funktionsstörungen an entscheidender Stelle genannt werden sollen. 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 5).

Tabelle 5: Kontextfaktoren für die (weitere) Chronifizierung von Schmerzen [17, 18, 23]

<p>Arbeitsplatzfaktoren</p> <p>Geringe Arbeitsplatzzufriedenheit Anhaltende Schwerarbeit Unergonomische Arbeitsplatzgestaltung Monotone Tätigkeiten am Arbeitsplatz Geringe berufliche Qualifikation Niedriges Einkommen Konflikte mit Vorgesetzten Kränkungserlebnisse durch Arbeitskollegen Verlust des Arbeitsplatzes</p>
<p>Soziodemographische Faktoren</p> <p>Alter Weibliches Geschlecht Verheirateter Familienstatus Niedriges Bildungsniveau Niedriger Sozialstatus</p>

Somatische Faktoren

Genetische Disposition
 Prädisponierende Erkrankungen
 Degenerative Veränderungen
 Dauereinwirkung biomechanischer Stressoren

Psychosoziale Faktoren

Maladaptive kognitiv-affektive Krankheitsverarbeitung (Katastrophisieren, Hilf-/Hoffnungslosigkeit)
 Biographische Belastungen
 Psychische Komorbiditäten (Somatisierungsstörungen, Angststörungen, depressive Störungen)
 Kompensationsansprüche
 Angst und angstbedingtes Vermeidungsverhalten
 Psychische Stressoren im familiären Umfeld

Iatrogene Faktoren

Mangelnde ärztliche Deeskalation bei ängstlichen, "katastrophisierenden" Patienten
 Somatisierung und Angstförderung durch "katastrophisierende" ärztliche Beratung
 Fehlende oder inadäquate Medikation in der Akutphase
 Förderung passiver (regressiver) Therapiekonzepte
 Lange, unreflektierte Krankschreibung
 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

- **Dauer der Symptomatik:** Eine nicht unwesentliche, häufig jedoch weit überschätzte Bedeutung kommt der Beschwerdedauer und insbesondere auch der Dauer der Krankschreibung zu. Die Verwendung des in der Schmerztherapie eingesetzten Mainzer Stadienmodells der Schmerzchronifizierung nach Gerbershagen [6] ist in der gutachtlichen Situation nicht zielführend, da der Chronifizierungsgrad III bereits ausschließlich aufgrund der eigenen Angabe dauerhafter, multilokulärer Schmerzen, verbunden mit einem häufigen Wechsel des betreuenden Arztes erreicht wird, ohne dass ausreichende therapeutische Maßnahmen erfolgten. Auch das LSG Berlin⁹ hat unlängst nochmals ausdrücklich festgehalten, dass "allein aus der Chronifizierung eines Leidens ... noch nicht auf die Quantität oder eine bestimmte Qualität der Leistungseinbußen geschlossen werden" kann.

⁹ Landessozialgericht Berlin L 3 RJ 15/03 vom 22.7.2004

- **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 werden¹⁰ [7]. Das Fehlen adäquater Therapiemaßnahmen kann Hinweise geben einerseits auf ein geringe Therapiemotivation des Probanden, andererseits aber auch auf iatrogen fehlgeleitete (meist einseitig somatisch orientierte) Therapieansätze [5, 9-11, 14].

¹⁰ 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.

4.5 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 "mit Wahrscheinlichkeit" zurück zu führen? Je nach Rechtsgebiet (z.B. Sozial- oder Zivilrecht) gelten dabei unterschiedliche Kriterien der Kausalitätsbewertung.
3. Welche quantitativen und qualitativen **Auswirkungen** haben diese Gesundheitsstörungen? Je nach Rechtsgebiet (z.B. gesetzliche oder private Unfallversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherung, Schwerbehindertenrecht) kann die Bemessung 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 subjektiven Gewissheit des Gutachters (sog. "Vollbeweis") bestehen. Zweifel am Ausmaß der geklagten Beschwerden können aufkommen, wenn eines oder mehrere der in Tabelle 6 genannten Kriterien erkennbar sind. Soweit aufgrund derartiger Beobachtungen eine Klärung des tatsächlichen Ausmaßes der Funktionsbeeinträchtigungen nicht möglich ist, soll sich der Gutachter nicht scheuen, dies in seinem Gutachten klar auszudrücken. Die Unmöglichkeit einer sachgerechten Beurteilung 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 6: Hinweise auf nicht oder nicht in dem geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen

Diskrepanz zwischen Beschwerdeschilderung (einschließlich Selbsteinschätzung in Fragebogen) und körperlicher und/oder psychischer Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation.
Wechselhafte und unpräzise-ausweichende Schilderung der Beschwerden und des Krankheitsverlaufes.
Diskrepanzen zwischen eigenen Angaben und fremdanamnestischen Informationen (einschließlich Aktenlage).
Fehlende Modulierbarkeit der beklagten Schmerzen.
Diskrepanz zwischen geschilderten Funktionsbeeinträchtigungen und zu erwerbenden Aktivitäten des täglichen Lebens.
Fehlen angemessener Therapiemaßnahmen und/oder Eigenaktivitäten zur Schmerzlinderung trotz ausgeprägt beschriebener Beschwerden.

Fehlende sachliche Diskussion möglicher Verweistätigkeiten bei Begutachtungen zur beruflichen Leistungsfähigkeit.

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 [26], 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 7 genannten Kriterien.

Tabelle 7: 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 8). Wie bereits oben erwähnt, dürfen die üblicherweise hieraus zu erwartenden rechtlichen Konsequenzen das Gutachtenergebnis nicht beeinflussen.

Tabelle 8: 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. befristete 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. keine Anerkennung durch den Auftraggeber (Beweislast des Antragstellers)
... nicht davon überzeugt, dass die Funktionsbeeinträchtigungen in der geklagten Form bestehen	i.d.R. keine Anerkennung durch den Auftraggeber (Beweislast des Antragstellers)

5. Klärung von Kausalitätsfragen

Chronische Schmerzen können Folge einer versicherten Schädigung sein. Die Zusammenhagsbeurteilung bei geklagten Schmerzen unterscheidet sich nicht von der bei anderen Funktionsstörungen nach schädigenden Eingriffen. Die Kausalitätsprüfung ist nach den Kriterien des jeweiligen Rechtsgebiets durchzuführen [12, 25].

Die Beweisführung bei geklagten Schmerzsymptomen als Unfall- bzw. Schädigungsfolge basiert im Wesentlichen auf drei "Brückensymptomen":

- **Nachweis des zeitlichen Zusammenhangs:** Im Allgemeinen zwingende Voraussetzung für die Annahme eines kausalen Zusammenhangs ist ein Beginn der geklagten Schmerzsymptomatik unmittelbar nach dem Unfallereignis. Ausnahmen hiervon stellen z.B. eine anfängliche Analgesie im Rahmen intensivmedizinischer Maßnahmen, sekundäre Eingriffe und Komplikationen sowie komplexe regionale Schmerzsyndrome dar.
- **Nachweis des typischen Schmerzverlaufs:** Schmerzen bleiben in den seltensten Fällen nach einem Unfallereignis konstant, sondern zeigen nach der Initialphase meist eine (gewisse) Besserung (z.B. postkommotionelles Syndrom, Frakturschmerz). Eine Verschlechterung ist demgegenüber nur in bestimmten Fällen (z.B. Neurombildung, Schmerzausweitung beim komplexen regionalen Schmerzsyndrom, posttraumatische Syringomyelie) zu erwarten, die dann jedoch mit charakteristischen Befunden einher gehen.
- **Ausschluss konkurrierender Erkrankungen:** Wesentliche Bedeutung kommt der Frage schädigungsunabhängiger Erkrankungen zu, die möglicherweise in Konkurrenz zum schädigenden Ereignis stehen. Wichtigster Beleg ist hier der Leistungsauszug der Krankenkasse, der meist wesentliche Einblicke in die Vorgeschichte ermöglicht.

6. Bewertung schmerzbedingter Funktionsstörungen

Die Bewertungsmaßstäbe und -grundlagen schmerzbedingter Funktionsstörungen sind in den verschiedenen Rechtsgebieten erheblich unterschiedlich definiert (Tabelle 9). Dies betrifft insbesondere die "MdE". Verbindliche Bemessungsgrundlagen sind

- im **sozialen Entschädigungsrecht**, der Dienstunfallfürsorge sowie im Schwerbehindertenrecht die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" [2],
- in der **privaten Unfallversicherung** die "Gliedertaxe" [15, 21] für Unfallfolgeschäden an Gliedmaßen und Sinnesorganen.

In der gesetzlichen Unfallversicherung liegen mit der sog. "maßgeblichen Rentenliteratur" Erfahrungssätze vor [z.B. 13, 20], die für den Sachverständigen zwar nicht bindend sind, von denen gemäß Rechtsprechung jedoch ohne entsprechende individuelle Begründung nicht abgewichen werden soll.

Tabelle 9: Begriffe und Maßstäbe bei der Bewertung von unfall- bzw. schädigungsbedingten Funktionsstörungen in verschiedenen Rechtsgebieten

Rechtsgebiet	Verwendete Begriffe	Maßstab für die Bewertung	Bewertungsgrundlage
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	Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)	MdE als Maß für berufliche Leistungseinschränkungen und mittelbar für konkrete Einkommenseinbußen ¹¹	Freie Einschätzung

Dienstunfallfürsorge der Beamten	Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)	MdE als abstraktes Maß der unfallbedingten körperlichen Beeinträchtigungen im allgemeinen Erwerbsleben	Im Allgemeinen Orientierung an den "Anhaltspunkten" ¹²
Soziales Entschädigungsrecht	Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)	MdE als Maß für die Auswirkungen schädigungsbedingter Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen ¹³ - nicht nur im Erwerbsleben	"Anhaltspunkte" als verbindliche Bewertungsgrundlage
Schwerbehindertenrecht	Grad der Behinderung (GdB)	GdB als Maß für die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen ¹¹	"Anhaltspunkte" als verbindliche Bewertungsgrundlage
Gesetzliche Rentenversicherung	Berufliches Leistungsvermögen	Allgemeiner Arbeitsmarkt	Individuelles positives und negatives Leistungsbild
Private Berufsunfähigkeits-(Zusatz) Versicherung	Grad der Berufsunfähigkeit	Zuletzt ausgeübter Beruf sowie ggf. im "Verweisberuf"	Individuelles positives und negatives Leistungsbild

¹¹ zusätzlich oft auch Fragen nach der Beeinträchtigung im Privatleben oder bei der Haushaltsführung

¹² soweit diese mit dem beamtenrechtlichen MdE-Bezug auf das allgemeine Erwerbsleben im Einklang stehen. Im Zweifelsfall sollte der Auftraggeber um Klarstellung gebeten werden.

¹³ bezogen auf alle körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung

6.1 Bewertung von MdE/GdB im öffentlichen Recht ¹⁵

¹⁵ Hierzu zählen gesetzliche Unfallversicherung, soziales Entschädigungsrecht, Dienstunfallfürsorge des Beamten sowie Schwerbehindertenrecht

Schmerzen bei vorliegender Gewebeschädigung

Bei der Einschätzung von vollständig oder zum Teil durch Gewebeschäden erklärbarer Schmerzen sind primär die MdE- und 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 ¹⁶.

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/GdB-Werte.
- **Außergewöhnliche Schmerzen und/oder seelische Begleiterscheinungen** können hingegen zu höheren MdE/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 hinaus gehen" und eine "spezielle ärztliche Behandlung" ¹⁷ erfordern. Der hierdurch bedingte GdB/MdE-Wert kann in seltenen Extremfällen, die dann einer dezidierten Begründung bedürfen, 100 (v.H.) erreichen. Bezogen auf die in den Bewertungstabellen genannten "reinen" Schmerzsyndrome wird der "Zuschlag" zu den funktionell bedingten

MdE/GdB-Werten jedoch im Regelfall 10-20 bis maximal 50 (v.H.) nicht übersteigen.

¹⁶ Liegen mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vor, sind bei der Einschätzung der/des Gesamt-MdE/GdB rechnerische Methoden grundsätzlich ausgeschlossen. Vielmehr ist jeweils von der/dem höchsten Einzel-MdE/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.

¹⁷ z.B. dauerhafte Einnahme potenter Schmerzmittel oder engmaschige Psychotherapie

Schmerzen bei primär psychischen Erkrankungen

Bei durch Gewebeschäden nicht oder nur in untergeordnetem Umfang durch Gewebeschäden erklärten Schmerzen ist gemäß Tabelle 1 primär eine psychische Störung zu diagnostizieren. Deren Einschätzung orientiert sich im Schwerbehinderten- und sozialen Entschädigungsrecht (MdE/GdB) an der "Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit" im täglichen Leben und der sozialen Partizipation (Tabelle 10). In der gesetzlichen Unfallversicherung und der Unfallfürsorge der Beamten sind dagegen nur die abstrakten Auswirkungen der Unfallfolgen bezogen auf die verbliebene Einsatzfähigkeit des Verletzten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens relevant.

Tabelle 10: Gutachtliche Bewertung psychischer Störungen (mit Ausnahme schizophrener und zyklischer affektiver Psychosen) [nach 2, 20]

	MdE _{GUV}	MdE/GdB
Leichtere Störungen (z.B. "psychovegetatives Syndrom")	0-10	0-20
Stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen)	20-40	30-40
<i>Schwere Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheit)</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten ▪ mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten 	50-70 50-70	80-100 80-100

6.2 Bewertung der Invalidität 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: Schmerzhaftige 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 schmerzhaftige Funktionsstörung nicht nach der Gliedertaxe bestimmen lässt, bemisst sich er 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 [24]. Inwieweit diese Rechtsprechung Bestand hat, ist derzeit noch nicht abschließend einzuschätzen.

6.3 Bewertung der MdE 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 [25]. Angaben zu Schmerzsyndromen finden sich hierbei jedoch nicht.

6.4 Einschätzung des beruflichen Leistungsvermögens

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 die Frage möglicher quantitativer Leistungseinschränkungen 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 [1].

Auch bei der Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit gilt das Prinzip des "Vollbeweises", d.h. der Sachverständige hat darzulegen, dass er keinen vernünftiger Zweifel am Vorhandensein der Funktionsstörungen hat und dass diese auch nicht bei "zumutbarer Willensanstrengung" überwunden werden könnten (s. Tabelle 7)¹⁸. Nicht zu berücksichtigen sind die in Tabelle 11 genannten Punkte. Die Beweislast liegt dabei sowohl im Sozial- als auch im Zivilrecht beim Versicherten. Kann sich der Sachverständige nicht davon überzeugen, dass ein eingeschränktes Leistungsbild entsprechend den gesetzlichen bzw. der Versicherungsbedingungen vorliegt, hat er dies entsprechend zu beschreiben.

¹⁸ Zusätzlich ist zu prüfen, ob medikamentenbedingt Leistungseinschränkungen vorliegen. Dies gilt auch dann, wenn z.B. eine iatrogen bedingte Abhängigkeit von Opioiden entstanden ist.

Tabelle 11: Nicht geeignete Argumentationen für die Beschreibung eines eingeschränkten quantitativen Leistungsvermögens [25]

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
Bestehender GdB oder MdE

Prognose/Therapie

Letztlich werden vom Sachverständigen regelmäßig Aussagen zur Prognose der nachweisbaren Funktionsstörungen und zu therapeutischen Möglichkeiten erwartet. Dabei sind 2 Punkte zu berücksichtigen:

- **Zu erwartende Verschlechterungen:** Maßstab für der 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.
- **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.

Literatur:

1. Leitlinien Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Leitlinie Somatoforme Störungen 1: Somatoforme Störungen im Überblick.
2. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005) Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht
3. Egle UT, Hoffmann SO, Lehmann KA, Nix WA (Hrsg.) (2003) Handbuch Chronischer Schmerz. Schattauer Stuttgart
4. Foerster K (2002) Beurteilung von Patienten mit chronischen Schmerzen aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht. Med.Sach. 98: 152-156
5. Gärtner CM, Schiltenswolf M (2004) Eingeschränkte Wirksamkeit von Opioiden bei chronischen muskuloskelettalen Schmerzen. Eine Ursachenanalyse. Schmerz 18: 506-514
6. Gerbershagen U (1986) Organisierte Schmerzbehandlung - Eine Standortbestimmung. Internist 27: 459-469
7. Huppe A, Raspe H (2005) Efficacy of inpatient rehabilitation for chronic back pain in Germany: update of a systematic review. Rehabilitation 44: 24-33
8. Kisely S, Goldberg D, Simon G (1997) A comparison between somatic symptoms with and without clear organic cause: results of an international study. Psychol Med 27:1011-1019
9. Kouyanou K, Pither CE, Wesely S (1997) Iatrogenic factors and chronic pain. Psychosom Med 59: 597-604
10. Kouyanou K, Pither CE, Wesely S (1997) Medication misuse, abuse and dependence in chronic pain patients. J Psychosom Res 43: 497-504
11. Kouyanou K, Pither CE, Rabe-Hesketh S, Wesely S (1998) A comparative study of iatrogenesis, medication abuse, and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. Pain 76: 417-426
12. Marx P, Gaidzik PW, Hausotter W, Lösche W, Tegenthoff M, Widder B, Meier U (2005) Allgemeine Grundlagen der neurologischen Beurteilung. Akt Neurol 32: 94-101
13. Mehrhoff F, Meindl RC, Muhr G (2005) Unfallbeurteilung. 11. Auflage. Walter de Gruyter, Berlin
14. Rainville J, Pransky G, Indahl A, Mayer EK (2005) The Physician as Disability Advisor for Patients with Musculoskeletal Complaints. Spine 30: 2579-2584
15. Reichenbach M (1995) Invalidität in der privaten Unfallversicherung. Deutscher Anwalt Verlag, Bonn
16. Schiltenswolf M (2002) Psychosomatische Gesichtspunkte in der orthopädischen Beurteilung. Z Orthop 140: 232-240
17. Schneider S, Schmitt H, Zoller S, Schiltenswolf M (2005) Workplace stress, lifestyle and social factors as correlates of back pain: a representative study of the German working population. Int Arch Occup Environ Health 78: 253-269
18. Schneider S, Lipinski S, Schiltenswolf M (2006) 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 15: 821-833
19. Schneider W, Henningsen P, Rüger U (2001) Sozialmedizinische Beurteilung in Psychosomatik und Psychotherapie. Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
20. Schönberger A, Mehrtens G, Valentin H (2003) Arbeitsunfall und Berufskrankheit. 7. Auflage. Erich Schmidt Verlag, Berlin
21. Schröter F, Fitzek JM (2004) Einschätzungsempfehlungen für die private Unfallversicherung. In Rompe G, Erlenkämper A (Hrsg.) Beurteilung der Haltungs- und Bewegungsorgane. 4. Auflage. Thieme, Stuttgart
22. Widder B, Hausotter W, Marx P, Puhmann HU, Wallesch CW (2002) Empfehlungen zur Schmerzbeurteilung. Med Sach 98: 27-29
23. Widder B, Frisch SAL (2005) Chronische Schmerzsyndrome. In Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, pp. 293-310
24. Widder B, Gaidzik PW (2006) Neue Vorgaben des BGH zur Anerkennung psychoreaktiver Unfallfolgen in der privaten Unfallversicherung. Med Sach 102: 175-179
25. Widder B, Gaidzik PW (Hrsg.) (2007) Neurologische Beurteilung. Thieme, Stuttgart
26. Winckler P, Foerster K (1996) Zum Problem der "zumutbaren Willensanspannung" in der sozialmedizinischen Beurteilung. Med Sach 92: 120-124

Verfahren zur Konsensbildung:

Urheberschaft

Die Deutsche Gesellschaft für **Neurologie** (DGN), die Deutsche Gesellschaft für **Orthopädie und Orthopädische Chirurgie** (DGOOC), die Deutsche Gesellschaft für **Psychosomatische Medizin und Psychotherapie** (DGPM) sowie das Deutsche Kollegium für **Psychosomatische Medizin** (DKPM), und die Deutsche Gesellschaft für **Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde** (DGPPN) haben die

Erstellung dieser Leitlinien initiiert, geeignete Experten benannt und diese verabschiedet. Die Deutsche Ärztliche Gesellschaft für **Verhaltenstherapie** (DÄVT) hat die Leitlinie übernommen. Es ist vorgesehen, dass weitere Fachgesellschaften der Urheberschaft hinzutreten.

Autoren

Für die DGN: Prof. Dr. Dr. B. Widder, Günzburg (federführend);
Erweiterter Autorenkreis: Dr. C. Benz, Heidelberg; Prof. Dr. M. Tegenthoff, Bochum

Für die DGOOC: Prof. Dr. M. Schiltenswolf, Heidelberg
Erweiterter Autorenkreis: Dr. F. Schröter, Kassel; Prof. Dr. G. Rompe, Heidelberg

Für die DGPM/DKPM: Prof. Dr. U. T. Egle, Mainz
Erweiterter Autorenkreis: Dr. C. Derra, Bad Mergentheim; PD Dr. V. Köllner, Homburg/Saar

Für die DGPPN: Prof. Dr. K. Foerster, Tübingen
Erweiterter Autorenkreis: Prof. Dr. H. Kindt, Freiburg; Dr. P. Vogel, München

Für die DGSS: Dr. R. Dertwinkel, Bremen; Prof. Dr. M. Zenz, Bochum
unter Mitarbeit von W. Petruschka, Vizepräsident des Sozialgerichts Mannheim

Methodik der Leitlinie

In der ersten Form (S1) Konsensusverfahren mit Formulierung des Textes durch von den beteiligten Fachgesellschaften benannten Experten. Ein erweiterter, ebenfalls von den Fachgesellschaften definierter Autorenkreis hat den vorgelegten Text kritisch redigiert und ergänzt. Zusätzlich erfolgte eine Überprüfung der juristischen Formulierungen durch einen Sozialrichter.

In der Überarbeitung (S2) Konsensustreffen aller beteiligten Autoren mit ergänzender schriftlicher Überarbeitung.

Zielgruppe

Alle in der Begutachtung von Schmerzen tätigen Ärztinnen und Ärzte.

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. Überwiegend bereits erfolgte Publikationen des Textes in den Organen der Gesellschaften sollen die Verbreitung und Umsetzung der Leitlinie sicherstellen. Die endgültige Verabschiedung erfolgte als Handlungsempfehlung (S2) durch die als Urheber genannten Fachgesellschaften. Über die Internetseite der AWMF ist der Gesamttext frei zugänglich.

Überprüfung der Anwendung

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

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

Erstellungsdatum:

10/2005

Letzte Überarbeitung:

03/2007

Nächste Überprüfung geplant:

vor 12/2010

XXXXXXXXXXXX Beachte [Präambel](#) zu den Leitlinien Neurologie XXXXXXXXXXXX

Zurück zum [Index Leitlinien der Dt. Ges. für Neurologie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

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 - **insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung** übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 03/2007

© **Deutsche Gesellschaft für Neurologie u.a. (siehe oben)**

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code optimiert: 17.11.2008; 14:04:05