



Tel: 0561-4001128  
Fax: 0561-4001128  
e-mail: [dralexander.gagel@arcor.de](mailto:dralexander.gagel@arcor.de)

0221-3597-550  
0221-3597-555  
[schian@iqpr.de](mailto:schian@iqpr.de)

AZ 07-00-03-09

Dezember 2003

## Forum C

Diskussionsforum Gutachten und Assessment  
– Info Nr. 12 –

### **Aussagen zur Begutachtung somatoformer Schmerzstörungen**

**Beschluss des Bundessozialgerichts vom 9.4.2003 – B 5 RJ 80/02 B –  
- soweit uns bekannt, nicht veröffentlicht -**

Die Aussagen des BSG zur Begutachtung somatoformer Schmerzstörungen werden ergänzt durch die Stellungnahme von Herrn Prof. Dr. Dr. Schneider – Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin am Zentrum für Nervenheilkunde der Universität Rostock. Er stellt seine Ansicht über Standards der Begutachtung von Schmerzzuständen vor und diskutiert die Frage, welche fachärztliche Qualifikation für ihre Beurteilung erforderlich ist.

Wir möchten noch einmal darauf hinweisen, dass es sich bei allen Stellungnahmen um die Meinung der jeweiligen Verfasser handelt. Ein Diskussionsforum lebt von dem Austausch unterschiedlicher Ansichten. Insofern laden wir Sie herzlich ein, zu einzelnen Themen Stellung zu beziehen.

Dr. Alexander Gagel  
Dr. Hans-Martin Schian

## Beschluss des Bundessozialgerichts vom 9.4.2003 – B 5 RJ 80/02 B –

### Aussagen:

1. Bei somatoformen Schmerzstörungen müssen Schmerzerlebnis, Schmerzverhalten und Schmerzverarbeitung anhand von bekannten wissenschaftlichen Arbeiten mit Fragebögen erhoben werden.
2. Das Ausmaß der Symptomatik und deren Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit ist unter Berücksichtigung veröffentlichter Indizienlisten, Prüfkriterien und Einstufungswerte zu bestimmen.
3. Sie bilden die Grundlage für die darüber hinaus notwendige verantwortliche Leistungsbeurteilung durch einen in diesen Fragen erfahrenen Sachverständigen.
4. Das kann auch ein Rheumatologe mit entsprechender Erfahrung sein.

### Erläuterung:

1. Die Klägerin wendet sich mit der Nichtzulassungsbeschwerde gegen die Abweisung ihrer Klage auf Erwerbsminderungsrente durch die Vorinstanzen. Eine im Berufungsverfahren als Sachverständige gehörte **Internistin und Rheumatologin** sah im Vordergrund des Beschwerdebildes ein **chronisches Schmerzsyndrom**. Die Gutachterin hielt die Klägerin aus ihrer Erfahrung mit Fybromyalgie-Patienten nur noch für halbschichtig einsatzfähig. Das **Landessozialgericht** folgte dem Gutachten aber **nicht**; die Sachverständige habe die subjektiven Angaben der Klägerin zu unkritisch übernommen. Außerdem **falle die Beurteilung von Schmerzzuständen in die Kompetenz eines Nervenarztes**. Es sei deshalb dem im Sozialgerichtsverfahren eingeholten Gutachten des **Neurologen, Psychiaters und Sozialmediziners** Prof. Dr. A. zu folgen. Der Beweisantrag der Klägerin, ein schmerztherapeutisches psychiatrisches Gutachten einzuholen, wurde abgelehnt (das **Gutachten** lag zur damaligen Zeit **zwei Jahre zurück**).

Die Klägerin stützt ihre Rüge durch Hinweis auf wissenschaftliche Grundlagen für die Schmerzdiagnostik. Sie erwähnt die "Empfehlungen zur Schmerzbeurteilung der Arbeitsgemeinschaft für neurologische Begutachtung (ANBe.V.) und die Standards für die Begutachtung von Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen der ICD-10: F 54 sowie die Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen (VDR 2001, 44).

Die auf § 103 SGG gestützte Rüge der Klägerin führte zur Zulassung der Revision durch das BSG.

2. Zu den Anforderungen an ein Gutachten **zu somatoformen Schmerzstörungen** wird in dem Urteil dargelegt:

„Selbstverständlich dürfen die Eigenangaben des Probanden nicht überbewertet und zum alleinigen Kriterium der Beurteilung gemacht werden. Andererseits müssen stets **Schmerzerlebnis, Schmerzverhalten und Schmerzverarbeitung** [alle Hervorhebungen durch IQPR] des Probanden erfasst werden, wozu **wissenschaftlich erarbeitete Fragebögen** (idR mit Kontrollfragen zum Ausschluss von Aggravation, Simu-

lation aber auch Dissimulation) dienen, wie z.B. die von der Gutachterin verwandten Fragebögen SF-36 Health Survey und von Zerssen-Skala oder psychometrische Testbögen wie der Pain Disability Index (PDI), die Allgemeine Depressionsskala (ADS) oder der Deutsche Schmerzfragebogen (DSF). Diese Angaben sind dann die Grundlage für die Beurteilung des Grades und des Ausmaßes der Symptomatik und deren konkrete Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben durch den Sachverständigen, wozu es veröffentlichte (positive wie negative) "**Indizienlisten**" und "**Prüfkriterien**" sowie in einem weiteren Schritt diverse Einstufungsraster (zB Beeinträchtigungs-Schwere-Score <BSS> oder das Mainzer Stadienmodell der Schmerzchronifizierung <MPSS>) gibt, **die aber letztlich nicht die eigenständig zu verantwortende Leistungsbeurteilung durch einen mit der Problematik der Schmerzbeurteilung erfahrenen Sachverständigen ersetzen** (vgl. jeweils mwN Foerster <Begutachtung von Patienten mit chronischen Schmerzen aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht>, MedSach 02, 152; Häuser <Parameter zur Beurteilung der Probanden mit chronischen Schmerzsyndromen in der sozialgerichtlichen Begutachtung>, MedSach 02, 157; Raspe <Mindestanforderungen an das ärztliche Gutachten zur erwerbsbezogenen Leistungsfähigkeit von Kranken mit chronisch-unspezifischen Schmerzen>, Versicherungsmedizin 97, 118; Hausotter <Begutachtung chronischer Schmerzen>, MedSach 96, 125; Widder/Aschoff <Somatoforme Störungen und Rentenantrag: Erstellen einer Indizienliste zur quantitativen Beurteilung des beruflichen Leistungsvermögens>, MedSach 95, 14).“

3. Zur **Eignung der herangezogenen Sachverständigen** heißt es:

„Die Meinung des LSG, das Gutachten Dr. R. gebe deshalb keinen Anlass zur weiteren Sachaufklärung, weil diese als Internistin und Rheumatologin fachfremd geurteilt habe und die Beurteilung von Schmerzzuständen vorwiegend in die Kompetenz des Nervenarztes falle, ist objektiv unzutreffend. **Rheumatologen können durchaus, wie von der Sachverständigen dargelegt, über die erforderlichen "fachübergreifenden" Erfahrungen hinsichtlich der Diagnostik und Beurteilung von Schmerzstörungen, z.B. der Fibromyalgie, verfügen.** Für die Qualifikation eines Gutachters kommt es nicht darauf an, ob er von Haus aus als Internist, Rheumatologe, Orthopäde, Neurologe oder Psychiater tätig ist (vgl mit weiteren umfassenden Nachweisen aus der Fachliteratur Breckner/Herbold/Nauerz/Rudelitz/ Schwander, MedSach 98, 2002, 22; Hausotter, MedSach 96, 2000, 132; Schneider/ Henningsen/Rüge, Sozialmedizinische Begutachtung in Psychosomatik und Psychotherapie, 2001, 103 f).“

4. Den **Verfahrensfehler des Landessozialgerichts** sieht das Bundessozialgericht darin, dass Anlass zur weiteren Sachaufklärung bestand:

„Denn die Gutachterin stellt ein **nunmehr eingetretenes schwer chronifiziertes Schmerzsyndrom in den Vordergrund der Leistungsbeeinträchtigung**, wobei ihre Fachdiagnose, gerade wegen der angeführten Erfahrung mit Schmerzpatienten sowie den Fragebogen-Erhebungen nicht ohne weiteres als unqualifizierte und unkritische Übernahme subjektiver Schmerzangaben der Klägerin abgewertet werden darf. Dem Beweisantrag, der auf diese weitere Abklärung abzielt, hätte deshalb gefolgt werden müssen.“

„Allein auf das **zwei Jahre vor dem Termin eingeholte Gutachten** des Neurologen, Psychiaters und Sozialmediziners Prof. Dr. A. vom 11. März 1999 **konnte sich das LSG nicht mehr berufen.** Das Gutachten kann veraltet sein, weil sich, was zu ermitteln gewesen wäre, **im Laufe der Zeit ein chronifiziertes Schmerzsyndrom herausgebildet** haben könnte, das damals entweder noch nicht vorhanden gewesen

sein oder noch keinen durch eigene Willensanstrengung nicht mehr kompensierbaren Krankheitswert erreicht haben könnte. Auch Prof. Dr. A. hatte testpsychologische Untersuchungen durchgeführt (MWTB, von Zerssen-Skala, Zug-Depressions-Selbstbeurteilungsskala, Schmerzzeichnung), hatte jedoch **damals im psychiatrischen Bereich keine leistungseinschränkende Erkrankung feststellen können**“.

„Die Bewertung der umschriebenen Kreuzschmerzen hatte er deshalb im Hinblick auf die Leistungsbeurteilung ausschließlich dem orthopädischen Fachgebiet zugeordnet und die Klägerin trotz der "chronifizierten Lumbago" für vollschichtig einsatzfähig gehalten. Soweit das Beschwerdebild allein aus dem somatischen Bereich nicht zu erklären war, war er davon ausgegangen, dass die Klägerin in eigener Anstrengung und mit Hilfe der behandelnden Ärzte einen wesentlichen Teil der Beschwerden überwinden könne. Das Bild eines verselbständigten, chronifizierten Schmerzsyndroms mit wesentlichen Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben hatte er damals nicht gezeichnet.

## **Stellungnahme zum Beschluss des Bundessozialgerichts – B5 RJ 80/02 B – von Herrn Prof. Dr. Dr. Schneider, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Universität Rostock**

### **1. Standards der Begutachtung von Schmerzzuständen**

Zentral ist die Frage, worauf die Begutachtung von Schmerzzuständen sowie die Beurteilung der Leistungsfähigkeit – hier insbesondere die sozialmedizinische Beurteilung des positiven Restleistungsvermögens begründet werden soll?

Dem Beschluss ist zuzustimmen, dass die Begutachtung von Schmerzzuständen sowie damit in Zusammenhang stehender Beeinträchtigungen des Leistungsvermögens allein auf der subjektiven Schilderung der Schmerzen durch den Probanden als aktuell nicht angemessen angesehen werden sollte. Der klinische Urteilsbildung, die sich aus der Würdigung der klinischen wie der apparativ oder laborchemischen Befunde und des klinischen Interviews/der Anamnese ergibt, muss um Aspekte der Verhaltensbeobachtung in die auch interaktionelle Variablen eingehen und darüber hinaus um psychometrische Tests sowie die systematische Dokumentation von Schmerzen (z.B. Schmerzprotokolle, Protokollierung von Tagesaktivitäten) ergänzt werden. Diese psychometrischen Tests, die Schmerzskalen im engeren Sinn umfassen, können aber auch allgemeinere Selbstbeurteilungsverfahren zur Erhebung psychopathologischer Befunde enthalten. Sie erlauben eine systematischere Beschreibung und Gewichtung von Schmerzbelastungen und psychopathologischen Beeinträchtigungen (z.B. Depressivität, Angst, Somatisierung), da diese Verfahren in der Regel Testnormen aufweisen, die einen Vergleich mit klinischen Stichproben ermöglichen. Allerdings muss eingeschränkt formuliert werden, dass diese Tests aufgrund ihrer „Transparenz“ (der inhaltliche Gehalt der Fragen ist doch ersichtlich) Tendenzen zur Aggravation, Simulation oder Dissimulation nicht zufriedenstellend identifizieren lassen. Dies gilt trotz der Einarbeitung von Kontrollfragen. Dennoch sollten diese Verfahren angemessen in die Begutachtung integriert werden, um eine möglichst breite und heterogene Datenbasis zu erlangen.

Im Beschluss wird vorgeschlagen die Beurteilung der Restleistungsfähigkeit auf der Grundlage von **Indizienlisten** (z.B. Aschoff und Widder<sup>1</sup>) oder des **Beeinträchtigungs-Schwere-Scores** vorzunehmen, wobei sicherlich bezug auf die oben angesprochenen psychometrischen Tests genommen werden soll. Beide Ansätze gründen letztlich in einer Fremdbeurteilung des Gutachters und nehmen keinen direkten Bezug zur Leistungsfähigkeit bzw. Einschränkungen der Leistungsfähigkeit. Letzteres Verfahren (der Beeinträchtigungs-Schwere-Score) kommt aus dem Feld der Psychotherapieforschung und erfordert vom Begutachter ausgiebige psychotherapeutische Vorkenntnisse.

Dieser vom BSG formulierte Anspruch, ist angemessen. Die Beurteilung der Schweregrades von Schmerzzuständen sowie des Ausmaßes an Chronifizierung und dysfunktionalem Krankheitsverhalten durch deren quantitative und systematische Erfassung über Selbstbeschreibungsskalen und Schmerzprotokolle ist sicherlich notwendig. Ergänzend ist eine Untersuchung etwaiger psychopathologischer Auffälligkeiten oder Belastungen durch entsprechende psychometrische Skalen (Symptomlisten) angezeigt; diese können in einem Zusammenhang zu den Schmerzen oder dem chronischen Krankheitsverhalten stehen und sind grundsätzlich geeignet, die Prognose des Probanden wie das Leistungsvermögen in relevanter Weise zu beeinflussen. Diese Ergänzung der klinischen Beurteilungsgrundlage um quantitative Daten differenziert und schärft die Aussagen zur Belastung des Probanden; objektiv werden diese Aussagen dennoch nicht.

Die nächste Herausforderung für den Gutachter besteht darin, von **der Ebene der Beurteilung der Störung zur Ebene der Leistungsbeurteilung (qualitativ wie quantitativ)** zu kommen. Hier besteht eine „Lücke“, die integrativ aufgrund von komplexen Erwägungen überwunden werden muss, da das Leistungsvermögen keine lineare Funktion des Ausprägungsgrades einer Störung (hier Schmerzkrankheit) darstellt. Das Leistungsvermögen resultiert aus komplexen Prozessen der „Krankheitsverarbeitung“, die letztlich einen zentralen Einfluss darauf haben, zu welchen Aktivitäten ein Individuum noch in der Lage ist und an welchen Kontexten es noch partizipiert (siehe ICF, International Classification of functioning; WHO; VDR 2001). Eine zentrale Rolle spielt das Konzept des Probanden über die Prognose seiner Erkrankung und über die mit seiner Störung verbundene Leistungsfähigkeit. Zwei Patienten mit ähnlich chronifizierten Schmerzstörungen können sich durchaus auf der Ebene ihrer generellen und beruflichen Leistungsfähigkeit unterscheiden. Die Unterschiede resultieren aus komplexen individuellen psychischen Variablen oder auch aus Faktoren des sozialen Umfeldes. Diese „Beurteilungslücke“ kann nur ansatzweise gefüllt werden, indem z.B. Indizienlisten oder der BSS eingesetzt werden, da diese eine Bewertung der Leistungsfähigkeit (quantitativ wie qualitativ) im engeren Sinn nicht einschließen. Eine systematischere Exploration dieser Themenstellung lässt sich z.B. durch Aktivitätslisten erzielen, die entweder als Fremdbeurteilung (dann müssten die Aktivitäten umfassend in einem Interview erhoben werden) oder als Selbstbeschreibungsinstrument relevante Aktivitäten abfragen. Meines Wissens existieren bislang keine halbwegs verbindlichen Aktivitätslisten, mit denen systematische Erfahrungen gesammelt worden sind.

Wir in unserer Klinik haben deshalb z.B., um den Sprung von der Einschätzung des Schwere- und Chronifizierungsgrades einer Störung systematischer fassen zu können, eine Itemliste zu „psychosozialen Parametern der Leistungsbeurteilung“ entwi-

---

<sup>1</sup> MedSach 1991,14

ckelt, mit deren Hilfe eine Übersetzung von Störungsparametern zur Ebene der Leistungsbeurteilung vollzogen werden soll. Dieses Instrument, das auf einem halb strukturierten Interview basiert, wird zurzeit in verschiedenen Studien evaluiert und auf seine Praktikabilität geprüft.

## **2. Welche fachärztliche Qualifikation ist zur Beurteilung von Schmerzzuständen erforderlich?**

Neben den methodischen Standards wird im Beschluss problematisiert, durch wen die Begutachtung von Schmerzpatienten durchgeführt werden soll. Im vorliegenden Fall hat die Vorinstanz ausgeführt, dass eine begutachtende Internistin und Rheumatologin „fachfremd“ beurteilt hätte, da die Beurteilung von Schmerzzuständen vorwiegend in die Kompetenz von Nervenärzten fallen würde. Der 5. Senat sieht diese Wertung als objektiv unzutreffend an und beruft sich in seiner Bewertung auf einschlägige Stellungnahmen aus der Literatur, nach der die Begutachtung von Schmerzpatienten nicht an die Qualifikation als Nervenarzt gebunden sei, sondern dass „die fachübergreifenden Erfahrungen in der Diagnostik und Beurteilung von Schmerzstörungen z.B. der Fibromyalgie“ auch von anderen Fachgruppen erbracht werden können.

Hier möchte ich am liebsten „Jein“ sagen. Es ist nicht angemessen zu sagen, dass in der Diagnostik und Begutachtung von Schmerzpatienten, wie übrigens auch in der Therapie, nur Nervenärzte die entsprechenden wissenschaftlichen und klinischen Grundlagen aufweisen würden. Allzu oft sind Nervenärzte oder Psychiater nicht oder nur ungenügend in der Diagnostik und Begutachtung psychosomatischer Themenstellungen ausgebildet oder erfahren. Bei der Beurteilung von Patienten mit somatoformen Problemstellungen (Körpersymptome ohne somatische Grunderkrankung) oder psychosomatischen Störungen, finden sich häufig keine oder wenig psychopathologischen Auffälligkeiten im engeren Sinne, nach denen der in der Arbeit mit psychosomatischen Störungen unerfahrene Psychiater oder Nervenarzt in der Regel sucht. Die Aussage, dass ein Schmerzpatient keine Hinweise auf eine klinisch relevante Depression, Angststörung oder andere psychiatrische Störungen aufweist, sagt wenig darüber aus, ob relevante psychosomatische Faktoren einen Einfluss auf das Schmerzsyndrom und seine Folgen für die Leistungsfähigkeit haben. Gefordert ist ein Wissen über Chronifizierungsprozesse (Schmerzerleben, -verarbeitung, Krankheitsverhalten) und deren Folgen für die zu beurteilende Leistungsfähigkeit. Dazu kommt, dass diese Fachgruppe in der Regel nur ungenügend für die systematische Arbeit mit den angesprochenen psychometrischen Skalen ausgebildet ist. Auf dem Gebiet von chronischen Schmerzerkrankungen sind darüber hinaus Fachgruppen wie Orthopäden, Rheumatologen oder auch Chirurgen tätig; diese fokussieren in der Regel die somatischen Aspekte des Krankheitsgeschehens und haben nur in Ausnahmefällen genügend tiefgreifende Erfahrungen in der oben dargestellten komplexen Diagnostik. Allerdings gibt es in diesem Feld durchaus Kolleginnen und Kollegen, die ein Problembewusstsein für die Rolle psychosomatischer Faktoren am Krankheitsgeschehen aufweisen. In der Regel werden ihnen jedoch die fachlichen Kompetenzen und Erfahrungen fehlen, Schmerzpatienten umfassend – inhaltlich und methodisch – zu begutachten. Ihnen fällt in der Regel die Aufgabe zu, die Indikation zur psychosomatischen Begutachtung zu stellen. Nur ein kleiner Teil von Orthopäden oder Rheumatologen wird letztlich in der Lage sein, eine umfassende Begutachtung von chronischen Schmerzpatienten unter psychosomatischen Gesichtspunkten zu

begutachten. Es kommt darauf an, ob entsprechende Erfahrungen und gutachterliche Ansätze erkennbar sind.

Die Fachgruppe, die aufgrund ihres wissenschaftlichen und klinischen wie auch gutachterlichen Schwerpunktes am ehesten in der Lage ist, den hier diskutierten Anforderungen zu entsprechen, ist der Facharzt für Psychotherapeutische Medizin (zukünftig Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie), da diese ihren Schwerpunkt auf somatische und psychosoziale Wechselwirkungen legt und insbesondere auch Chronifizierungsprozesse in ihren Auswirkungen auf das Individuum fokussiert. Methodisch orientiert sie sich vor allem an psychosomatischen und psychotherapeutischen Vorgehensweisen, die den besten Erklärungswert und damit Beurteilungsmassstab für die hier diskutierten Schmerzpatienten darstellen.

Die Diskussion dieser Fragen verdeutlicht am ehesten den Sachverhalt, dass gerade die Begutachtung von Schmerzpatienten in der Regel eine interdisziplinäre Aufgabe darstellt, die neben der profunden organischen Diagnostik umfassende psychosomatische Problemstellungen aufwirft. Die Begutachtung von Schmerzpatienten und anderen psychosomatischen Patienten macht es notwendig, den Horizont über die traditionellen organmedizinischen und psychiatrischen Erkrankungen/ Störungen zu erweitern, da diese für sich erst einmal allzu oft nur wenig über die sozialmedizinischen und sozialrechtlichen Folgen aussagen.

Schepank, H.: Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) Handanweisung. Göttingen. Belz 1995