

Forum C

Zugang zu Leistungen, Sozialmedizinische Begutachtung, Assessment
– Diskussionsbeitrag Nr. 3/2015 –

12.05.2015

Begutachtung chronischer Schmerzen

von Dr. Wolfgang Hausotter, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Sozialmedizin
– spezielle Schmerztherapie - Rehabilitationswesen, Sonthofen

I. Einleitung

Akute Schmerzen sind selten Gegenstand einer Begutachtung und chronische Schmerzen bei einer schweren körperlichen Erkrankung werden meist im Rahmen der Grundkrankheit erfasst und bieten kaum Anlass zu Kontroversen. Erhebliche Probleme ergeben sich jedoch bei der Bewertung chronischer Schmerzen ohne oder ohne adäquates organisches Gegenstück. Während der akute Schmerz eine lebenserhaltende Funktion hat und eine somatische Akutstörung signalisiert, fehlt diese Warnfunktion beim chronischen Schmerz. Dagegen spielen hier psychologische und soziale Faktoren eine zunehmende Rolle, was sich auch in der Begutachtungssituation sehr deutlich zeigt.

Von Klaus-Dieter Thomann stammt eine treffende Definition des Schmerzes: „Der Schmerz ist ein biologisches und soziales Phänomen, die Schmerzempfindung hängt von der kulturellen Prägung und den äußeren Umständen im weitesten Sinne ab“.¹

¹ Thomann KD, Schröter F, Grosser V (Hrsg.) (2012): Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung. 2. Aufl. Elsevier Urban & Fischer, München.

II. Thesen des Autors

1. Die Begutachtung chronischer Schmerzen ist eine interdisziplinäre Aufgabe und erfordert Kompetenzen in der Beurteilung körperlicher und psychischer Störungen.
2. Eine rein somatisch orientierte Begutachtung ist ebenso unzureichend wie eine rein psychologische Beurteilung.
3. Die Begutachtung muss stets auf den Einzelfall ausgerichtet sein.
4. Unerlässlich sind eine umfassende biografische Anamnese, eine spezielle Schmerzanamnese, ein sorgfältiger körperlicher Befund, ein ausführlicher psychopathologischer Befund, die Verhaltensbeobachtung während der Untersuchungssituation und die präzise Beschreibung der Alltags- und Freizeitaktivitäten.
5. Psychische Komorbiditäten² sind zu erfassen und zu berücksichtigen.
6. Der Schweregrad der Störung sollte ermittelt werden.

² Begleiterkrankung.

7. **Die Abgrenzung von Aggravation³ oder Simulation ist obligat und sollte überzeugend erfolgen.**
8. **Schmerzen lassen sich weder objektiv nachweisen noch quantifizieren, es bedarf daher einer Plausibilitätsprüfung, wobei der Gutachter mosaiksteinartig alle Aspekte der gesamten Lebenssituation zusammentragen muss, um sich ein möglichst vollständiges Bild von der tatsächlichen Beeinträchtigung des Probanden in allen Alltagsbereichen zu machen.**

III. Begutachtung chronischer Schmerzen

Den Orientierungsrahmen für die Begutachtung bieten drei Leitlinien, die allgemeinen Konsens gefunden haben⁴. Zwar gibt es innerhalb der Ärzteschaft auch kritische Stimmen zu Leitlinien, jedoch betonen ihre Herausgeber, mit Rückendeckung durch die einschlägigen Fachgesellschaften, dass Leitlinien diagnostische und therapeutische Fragen nur prototypisch vorgeben können, zumal für viele Behandlungs- und Begutachtungssituationen keine ausreichende Evidenz⁵ vorliegt. Leitlinien sollen also nicht mit verbindlichen Richtlinien verwechselt werden. Andererseits hat es sich jedoch gezeigt, dass die Gerichte in der Beurteilung ärztlicher Maßnahmen zunehmend auf vorliegende Leitlinien abstellen⁶ und die Tendenz

³ Krankheitsverschlimmerung.

⁴ Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften-Register Nummer (AWMF-Reg. Nr.) 094-001, Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen. AWMF Reg. Nr. 030-102, Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. AWMF Reg. Nr. 051-029.

⁵ Unmittelbare Nachvollziehbarkeit eines Zusammenhangs.

⁶ Vgl. z. B. OLG München vom 17.05.13 Az. 25 U 2548/12.

ganz zweifellos dahin geht, dass die Leitlinien eben doch verbindlich sind. Immerhin muss ärztliches Handeln und Unterlassen in jedem Fall begründet werden, wenn es von vorgegebenen Leitlinien deutlich abweicht, dies gilt auch für die Begutachtung.

1. Einzelne Aspekte der Begutachtung von chronischen Schmerzen

Der chronische Schmerz kann aus gutachterlicher Sicht in drei Kategorien eingeteilt werden:

1. Schmerz als Begleitsymptom einer Gewebeschädigung, entweder als übliche Schmerzen nach einer körperlich fassbaren Erkrankung oder als außergewöhnliche Schmerzen nach einer Nervenläsion⁷, etwa im Rahmen eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS), eines Thalamus⁸-, Stumpf- oder Phantomschmerzes
2. körperlich zum Teil erklärbare Schmerzen mit einer psychischen Komorbidität, z. B. eine Lumboischialgie⁹ mit inadäquater Krankheitsbewältigung
3. Schmerzen als Ausdruck einer primär psychischen Erkrankung, z. B. depressiver Störungen, Angststörungen, Anpassungsstörungen, posttraumatischer Belastungsstörung oder psychotischer Erkrankungen.

Aus dieser Einteilung geht hervor, wie eng neurologische und psychiatrische Komponenten verknüpft sind.

2. Begutachtung von Schmerzen als ärztliche Aufgabe

Da bei chronischen Schmerzen regelmäßig sowohl somatische als auch psychische Gesichtspunkte zu berücksichtigen sind, ist die

⁷ Nervenschädigung.

⁸ Zwischenhirn.

⁹ Brennende oder stechende Schmerzen im Gesäß oder Kreuz, die ins Bein ausstrahlen.

Begutachtung von Schmerzen eine primär ärztliche Aufgabe. Kompetenz auf neurologischem und psychiatrischem Fachgebiet ist hier verbindlich zu fordern. Die alleinige Begutachtung von chronischen Schmerzen durch andere Fachgebiete wird der Komplexität seelischer und körperlicher Faktoren nicht gerecht. Allerdings sollte auch der neurologisch-psychiatrische Gutachter über Kompetenz auf dem Gebiet der Schmerzerkrankungen, z. B. über die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ verfügen. Psychologen und psychologische Psychotherapeuten können gegebenenfalls im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung – falls dies erforderlich ist – mit der Erstellung eines Zusatzgutachtens beauftragt werden. Sie sind aber nicht geeignet, diesbezüglich ein eigenständiges Gutachten zu erstellen.

3. Kompetenz des Gutachters

Das Grundlagenwissen um Schmerzentstehung, -verarbeitung und -chronifizierung muss beim Gutachter vorausgesetzt werden sowie die Kenntnis der Begutachtungsgrundlagen und der fachspezifischen Aspekte.

Selbstverständlich hat es der Gutachter auch bei chronischen Schmerzpatienten strikt zu vermeiden, Partei für den zu Untersuchenden oder den Auftraggeber zu nehmen. Er hat den Rollenwechsel zwischen Behandlungstätigkeit und Gutachtertätigkeit zu reflektieren. Der im konkreten Fall behandelnde Arzt sollte daher in der Regel nicht gleichzeitig gutachtlich tätig werden.

Ein Gutachten, welches sich mit schmerzkranken Probanden befasst, muss nach dem Fachgebiet des erstellenden Arztes benannt werden. Von „schmerztherapeutischen Gutachten“ zu sprechen ist kontraproduktiv, da therapeutische Anliegen mit den gutachterlichen Aufgaben nicht in Einklang zu bringen sind. Der Begriff „Schmerzugutachten“ gilt als unglücklich und sollte vermieden werden. Bei der Begutachtung von Schmerzen bei

Migranten wird empfohlen, zu klären, ob ein Dolmetscher erforderlich ist. Sofern dies der Fall ist, sollte ein neutraler Dolmetscher vom Auftraggeber benannt werden. Familienangehörige, Freunde oder Bekannte sind in der Regel nicht dazu heranzuziehen. Schmerzempfindungen und -schilderungen können in anderen Kulturen durchaus andersartig sein und sie sind nur begrenzt in die deutsche Sprache übertragbar.¹⁰

4. Evaluation chronischer Schmerzen

Schmerzen sind nicht objektivierbar und auch nicht quantifizierbar. Der Nachweis einer Gewebeschädigung muss nicht per se chronische Schmerzen nach sich ziehen und umgekehrt. Es ist medizinisches Allgemeinwissen, dass relativ ausgeprägte organische Befunde, etwa ein großer Bandscheibenvorfall, keinesfalls mit Schmerzen einhergehen müssen.

Bei der Begutachtung ist es daher erforderlich, mosaiksteinartig die Beeinträchtigungen des Probanden in seinem privaten und beruflichen Alltag zu eruieren, um damit wenigstens annäherungsweise den Nachweis einer körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung durch die geltend gemachten Schmerzen zu führen. Befunde der technischen Zusatzdiagnostik reichen sicher nicht aus, um Schmerzen und deren Ausmaß zu erklären.

Wenig hilfreich ist in der Begutachtungssituation die Anwendung von testpsychologischen Verfahren oder von Selbstbeurteilungsbögen, wie dies in der Schmerztherapie üblich ist. Es handelt sich hier um die Wiedergabe rein subjektiver Einschätzungen, der in der gutachterlichen Situation keine Bedeutung als objektives Kriterium zukommt. Eine unkritische Übernahme derartiger Ergebnisse ist für die Begutachtung nicht hilfreich sondern schädlich. Für die Beurtei-

¹⁰ Vgl. Hausotter: Begutachtung von Personen mit Migrationshintergrund; Forum C, Beitrag C1-2015 unter www.reha-recht.de; 05.03.2015.

lung von tatsächlichen Funktionsbeeinträchtigungen ist der erhobene Befund, auch während der Exploration und Untersuchung im Rahmen der Verhaltensbeobachtung von wesentlicher Bedeutung.¹¹

5. Schweregrad der Schmerzkrankheit

Die Schwere der Schmerzkrankheit lässt sich somit aus den Funktionsminderungen und der daraus resultierenden Beeinträchtigung im Alltag erhellen. Diagnosen allein sagen wenig aus, erst recht nicht solche wie „Zustand nach“ oder „-Syndrom“. Verdachtsdiagnosen sind ohne rechtliche Konsequenzen. In der Begutachtung chronischer Schmerzkranker spielt auch die Beurteilung der durchgeführten Therapie eine wesentliche Rolle. Sie stellt ein Indiz für den bestehenden Leidensdruck dar. Andererseits kann aber auch eine ungünstige Vorbehandlung mit iatrogener¹² Fixierung oder Schädigung selbst zur Chronifizierung von Schmerzen beitragen.

Lassen sich Beeinträchtigungen im privaten und/oder beruflichen Alltag und in der sozialen Partizipation nachweisen, so spricht dies für einen erheblichen Leidensdruck. Der Gutachter hat die Aufgabe, dies detailliert darzustellen.

6. Aggravation und Simulation

In der Begutachtung chronischer Schmerzen können Symptom verstärkende Darstellungsformen eine Rolle spielen. Simulation als bewusstes Vortäuschen der krankhaften Störung gilt als selten, Aggravation als bewusst verschlimmernde oder überhöhende Darstellung der krankhaften Störung ist dagegen in der Begutachtungssituation relativ häufig. Dies sollte im Gutachten klar und sachlich beschrieben werden. Verdeutli-

chungstendenzen sind in der Begutachtung geläufig und als Ausdruck des Probanden zu werten, den Gutachter vom Vorhandensein seines Schmerzes zu überzeugen. Sie werden dann verstärkt auftreten, wenn der Proband mit einem eher desinteressierten, oberflächlichen Untersucher zusammentrifft.

7. Untersuchungsablauf

Weil sich Schmerzen nicht objektivieren lassen, kommt einer sehr detaillierten und umfassenden Anamnese¹³ bei der Begutachtung von Schmerzen eine entscheidende Bedeutung zu, welche die allgemeine Vorgeschichte, die Arbeits- und Sozialanamnese und besonders die biografische Anamnese umfasst, die häufig zum Verständnis chronischer Schmerzen beiträgt. Eine spezielle Schmerzanamnese mit Lokalisation, Häufigkeit und Art der Schmerzen ist essentiell, auch die Abhängigkeit von schmerzverstärkenden oder umgekehrt von schmerzlindernden Maßnahmen. Die Selbsteinschätzung des Probanden sollte erfragt und – falls möglich und vom Probanden zugelassen – eine Fremdanamnese erhoben werden. Die Zusammenschau dieser einzelnen anamnestischen Faktoren gibt am ehesten die Möglichkeit, angegebene Schmerzen adäquat einzuschätzen.

Schließlich sollte auch die Gegenübertragung vom Gutachter reflektiert und von der Beurteilung ausgeklammert werden.

Erforderlich ist die Beobachtung der Spontanmotorik, der Fähigkeit zum Stillsitzen, der Bewegungsmuster beim An- und Auskleiden, der allgemeinen Befunde, der Beschwielen, der Muskulatur, des äußeren Erscheinungsbildes, Körperbräune, etc. Danach erfolgt der fachgebietsbezogene Untersuchungsbefund.

¹¹ Hausotter W (2013): Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen. 3. Aufl. Elsevier Urban & Fischer, München.

¹² Durch einen Arzt verursacht.

¹³ Erhebung der Krankheits-/Leidensgeschichte im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit.

8. Gutachterliche Beurteilung

In der Epikrise¹⁴ ist festzustellen, welche Gesundheitsstörungen sich „ohne vernünftigen Zweifel“ nachweisen lassen, bei kausalen Fragestellungen, auf welche Ursache diese mit Wahrscheinlichkeit zurückzuführen sind und welche qualitativen oder quantitativen Auswirkungen diese haben.

Aufzuzeigen sind Diskrepanzen zwischen Beschwerdeschilderung und der tatsächlichen Beeinträchtigung während der Untersuchungssituation, eine wechselhafte und unpräzise Schilderung der Beschwerden, Inkonsistenzen zwischen eigenen Angaben und der Fremdanamnese oder der Aktenlage, eine fehlende Modulierbarkeit der beklagten Schmerzen, Widersprüche zu den Aktivitäten des täglichen Lebens, das Fehlen angemessener Therapiemaßnahmen und einer sachlichen Diskussion möglicher Verweistätigkeiten. Bei kritischer Würdigung dieser Faktoren gelangt der Gutachter zur Überzeugung, dass die geklagten Funktionsbeeinträchtigungen bestehen oder nicht¹⁵. Er muss sich auch die Frage nach einer willentlichen Steuerbarkeit der geklagten Beschwerden vorlegen und damit der „zumutbaren Willensanspannung“, die eng mit dem sekundären Krankheitsgewinn verknüpft ist. Entscheidend ist, ob ein solcher überwunden werden kann oder ob die

„Schmerzkrankheit“ bereits den Lebensablauf und die Lebensplanung soweit übernommen hat, dass eine Überwindbarkeit nicht mehr möglich erscheint. Es kann sich eine zunächst bewusst eingesetzte Schmerzsymptomatik im Rahmen der Chronifizierung zunehmend verselbständigen und schließlich nicht mehr willentlich zu beeinflussen sein.

IV. Fazit

Die Begutachtung chronischer Schmerzen ist eine interdisziplinäre Aufgabe, welche die somatischen und psychischen Aspekte der Schmerzkrankheit umfassend berücksichtigen muss. Da Schmerzen nicht objektivierbar und auch nicht objektiv quantifizierbar sind, bedarf es einer mosaiksteinartigen Befunderhebung, um sich ein Bild von der tatsächlichen Beeinträchtigung aller Aspekte des Alltags, auch der Freizeit zu machen, und die geltend gemachten Beschwerden hinreichend plausibel werten zu können.

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

¹⁴ Abschlussbericht eines Behandlers.

¹⁵ Egle UT, Kappis B, Schairer U, Stadtland C (Hrsg.) (2014): Begutachtung chronischer Schmerzen. Elsevier Urban & Fischer, München.