

Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen („Leitlinie Schmerzbegutachtung“)

4. Aktualisierung 2017

AWMF-Registernummer 094 - 003



Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB) - federführend



Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM)



Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)



Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)



Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)



Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)



Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)



Deutsche Schmerzgesellschaft (DGSS)



Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)

Autoren

Für die DGAUM:	Prof. Dr.med. E. Ochsmann, Lübeck Dr.med. J. Stork, Ingolstadt
Für die DGN:	Prof. Dr.med. M. Tegenthoff, Bochum PD Dr.med. O. Kastrup, Essen
Für die DGNB:	Prof. Dr.med. Dr. B. Widder, Günzburg (federführend) Prof. Dr.med. Dipl.-Psych. A. Ferbert, Kassel Prof. Dr.med. H.-C. Hansen, Neumünster Dr.med. J. Madlener, Frankfurt/Main
Für die DGOOC/DGU:	Prof. Dr.med. M. Schiltenswolf, Heidelberg Dr.med. F. Schröter, Kassel Prof. Dr.med. K. Weise, Tübingen
Für die DGPM/DKPM:	Prof. Dr.med. U. T. Egle, Freiburg Dr.med. B. Gruner, Weimar Dr.med. Dipl.-Psych. C. Derra, Berlin
Für die DGPPN:	Prof. Dr.med. K.-J. Bär, Jena
Für die DGSS:	Dr.med. R. Dertwinkel, Bremenhaven Dr.med. Dr.phil. A. Schwarzer, Bochum
Rechtliche Beratung Sozialrecht: F. Keller, Vizepräsident des Landessozialgerichts, Thüringer Landessozialgericht Erfurt Zivilrecht: Prof. Dr. P.W. Gaidzik, Leiter des Instituts für Medizinrecht, Universität Witten/Herdecke	

Was gibt es Neues?

- Angesichts des Vorliegens einer AWMF-Leitlinie zu grundsätzlichen Fragen der Begutachtung konnte der allgemeine Teil zu Begutachtungsgrundlagen gekürzt werden.
- Der Vorschlag einer zweiteiligen Begutachtung (zunächst Klärung körperlicher Beeinträchtigungen, dann psychiatrisch/psychosomatische Begutachtung) wurde verlassen, da diese Dichotomie sachlich nicht mehr zu begründen ist.
- Bei der Einteilung chronischer Schmerzen wurden neue wissenschaftliche Erkenntnisse zur Entstehung von Schmerzsyndromen eingefügt.
- Die Indikationen zur Durchführung schmerzmedizinischer Gutachten wurden neu formuliert.
- Entsprechend der unterschiedlichen Erfordernisse findet sich jetzt eine stringente Trennung zwischen der Zustands- und der Zusammenhangsbegutachtung.
- Es findet sich eine Orientierung der Begutachtungskriterien an der ICF.
- Häufige Streitfragen im Zusammenhang mit geklagten Schmerzen (CRPS, posttraumatische Kopfschmerzen, PTBS) werden diskutiert.
- Entsprechend der vorrangigen Bedeutung bei Begutachtungsfragen wurde ein eigenes Kapitel über Beschwerdenuvalidierung eingeführt.

Kurzversion

Allgemeine Vorgaben

Ziel der Leitlinie

Qualitätssicherung bei der Begutachtung von Menschen, die als Leitsymptom über chronische Schmerzen klagen.

Interdisziplinäre Aufgabe

Da die Begutachtung bei geklagten Schmerzen Kompetenz sowohl bei der Beurteilung körperlicher als auch psychischer Gesundheitsstörungen erfordert, handelt es sich um eine primär ärztliche Aufgabe. Soweit der Gutachter selbst nicht über entsprechende umfassende Kompetenz verfügt, sollte die Begutachtung interdisziplinär erfolgen. Psychologen und psychologische Psychotherapeuten können hierin aufgrund ihrer speziellen Kompetenz eingebunden werden.

Benennung

Bei Gutachten ist grundsätzlich die Fachgebietsbezeichnung des Sachverständigen an erster Stelle zu nennen. Ergänzend kann ggf. von einem „schmerzmedizinischen Gutachten“ gesprochen werden, sofern beim Gutachter eine spezifische Qualifikation im Bereich Schmerz vorliegt.

Begutachtungsindikationen

Die Durchführung einer speziellen „schmerzmedizinischen“ Begutachtung ist insbesondere bei folgenden Konstellationen zu empfehlen:

- Diskrepanzen zwischen dem subjektiven Schmerzerleben und der objektivierbaren Gewebeschädigung,
- zu vermutende oder nachgewiesene psychische Erkrankung im Zusammenhang mit dem Schmerzerleben,
- Vorliegen eines „außergewöhnlichen“ Schmerzsyndroms (z.B. Phantomschmerz, CRPS).

Kategorien chronischer Schmerzsyndrome

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

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

Zustandsbegutachtung

Zustands- oder synonym finale Gutachten werden bei Fragen der beruflichen Leistungsfähigkeit, im Schwerbehindertenrecht sowie zur Bewertung geklagter Schmerzen bei gutachtlich geklärt Kausalität nach Unfall- und anderen versicherten Schädigungsereignissen in Auftrag gegeben. Die gutachtliche Untersuchung ist dabei insbesondere durch folgende Inhalte gekennzeichnet:

- Detaillierte Exploration der Beeinträchtigungen der Aktivitäten im täglichen Leben („ADL“) sowie der sozialen Partizipation im zeitlichen Verlauf,
- eingehende körperliche Befunderhebung mit Erfassung aller Schmerzlokalisationen und weiterer Körperbeschwerden und Exploration der Psychopathologie,

- soweit möglich und sinnvoll, Einsatz spezieller und/oder settinggerechter Fragebögen und Skalen mit Diskussion der Ergebnisse im Kontext zu den übrigen Befunden im Rahmen der Beschwerdvalidierung,
- eingehende differenzialdiagnostische Erwägungen unter Berücksichtigung somatischer, psychischer und sozialer Aspekte,
- umfassende Konsistenzprüfung („Beschwerdvalidierung“) der geklagten Beschwerden und Beeinträchtigungen im Kontext mit Exploration, erhobenen Befunden und Beobachtung sowie
- Diskussion der willentlichen Steuerbarkeit der geklagten Beschwerden und Beeinträchtigungen auf der Basis persönlicher Ressourcen.

Gutachtliche Beurteilung

Bei Zustandsgutachten sind vom Sachverständigen in allen Rechtsgebieten im Allgemeinen 3 Fragen zu beantworten:

- Welche **Gesundheitsstörungen** (Diagnosen) lassen sich „ohne vernünftigen Zweifel“ (sog. „Vollbeweis“) nachweisen?
- Welche hieraus resultierenden, länger (in den meisten Rechtsgebieten mehr als 6 Monate) anhaltenden **Funktionsbeeinträchtigungen** lassen sich „ohne vernünftigen Zweifel“ nachweisen? ¹
- Welche **Prognose** („Überwindbarkeit durch eigene Willensanstrengung und/oder durch ärztliche Maßnahmen“) haben die nachweisbaren Funktionsbeeinträchtigungen?

Beantwortung der Gutachtenfragen

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

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

Quantifizierung schmerzbedingter Funktionsbeeinträchtigungen

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

- **Schmerz als Begleitsymptom einer Gewebeschädigung oder -erkrankung:** Stehen körperlicher Befund (Organpathologie) und Befinden (Schmerz) in kongruentem Verhältnis, bestimmt die mit dem fachbezogenen Befund verknüpfte körperliche Funktionsbeeinträchtigung die Leistungsbeurteilung. Der Schmerz als solcher unterliegt dann keiner eigenständigen Beurteilung mehr.
- **Schmerz bei Gewebeschädigung/-erkrankung mit psychischer Komorbidität:** Besteht keine Kongruenz zwischen Befund und Befinden, ist eine fachübergreifende Begutachtung unter Einbeziehung des psychiatrisch/psychosomatischen Fachgebietes erforderlich.
- **Schmerz als Leitsymptom einer psychischen Erkrankung:** Handelt es sich um eine Schmerzsymptomatik ohne erkennbare Gewebeschädigung oder -erkrankung, orientiert sich die Einschätzung an den durch die psychische Erkrankung hervorgerufenen Funktionsbeeinträchtigungen (gemäß ICF).

¹ Im Bereich der verschiedenen Versicherungsformen beruflicher Tätigkeit (z.B. gesetzliche Rentenversicherung) ergänzt durch die Frage: Welche Einschränkungen resultieren daraus für die berufliche Leistungsfähigkeit?

Zusammenhangsbegutachtung

Sind Fragen zum Zusammenhang zwischen einem stattgehabten Unfall- oder sonstigen vom Versicherungsschutz erfassten Schädigungsereignis bzw. einer schädigenden Einwirkung und geklagten Schmerzen zu klären, basiert die gutachtliche Beweisführung aus medizinischer Sicht vor allem auf nachfolgenden Kriterien („Brückensymptomen“):

- **Nachweis eines körperlichen und/oder psychischen Erstschadens:** Dieser muss in allen Rechtsgebieten ohne vernünftigen Zweifel („Vollbeweis“) vorliegen. Ansonsten erübrigt sich jede weitere Diskussion von Zusammenhangsfragen.
- **Nachweis des zeitlichen Zusammenhangs:** Zwingende Voraussetzung für die Annahme eines kausalen Zusammenhangs ist im Allgemeinen der Beginn einer geklagten Schmerzsymptomatik unmittelbar nach einem nachweisbaren Erstschaden, der auf einen Unfall oder eine sonstige, vom Versicherungsschutz erfasste Schädigung zurückzuführen ist, allerdings sind Ausnahmen zu beachten (z.B. anfängliche Analgesie, sekundäre Komplikationen). Der alleinige zeitliche Zusammenhang genügt jedoch nicht (kein „post hoc ergo propter hoc“).
- **Nachweis des typischen Schmerzverlaufs:** In Abhängigkeit des Erstschadens zeigen Schmerzen in der Regel einen typischen Verlauf, der mit den geklagten Beeinträchtigungen korrelieren sollte.
- **Beurteilung von Vorerkrankungen (Vorschaden):** Sind solche „vollbeweislich“ nachweisbar, ist eine vorübergehende oder - im Einzelfall auch dauerhafte - Verschlimmerung des Vorschadens aufgrund des Schädigungsereignisses zu diskutieren.
- **Beurteilung konkurrierender Erkrankungen:** Stellt sich der Verlauf von Schmerzsyndromen anders dar, als nach einem nachweisbaren körperlichen Schädigungsereignis zu erwarten, ist zu klären, inwieweit schädigungsunabhängige „überholende“ Faktoren nachweisbar sind, die (inzwischen) – je nach Rechtsgebiet – die rechtlich maßgebliche Schmerzursache darstellen.

Für die Zusammenhangsbeurteilung nach rechtlichen Kriterien sind die im jeweiligen Rechtsgebiet geltenden Kausalitäts- und Beweisregeln zu beachten².

Gutachtliche Beurteilung

Entsprechend der Klassifikation von Schmerzsyndromen ergeben sich 3 unterschiedliche Formen der Beurteilung:

- **Durch eine Gewebeschädigung bedingter Schmerz:** Stehen körperlicher Befund (Organpathologie) und Befinden (Schmerz) nach einem Schädigungsereignis mit nachweislichem Körperschaden in kongruentem Verhältnis, bestimmt die mit dem fachbezogenen Befund verknüpfte Funktionsbeeinträchtigung unter Berücksichtigung „üblicher“ und „außergewöhnlicher“ Schmerzen die Einschätzung von Schädigungsfolgen.
- **Durch eine Gewebeschädigung bedingter Schmerz mit Verstärkung durch psychische Komorbidität:** Werden nach einem Schädigungsereignis mit nachweislichem Körperschaden außergewöhnliche Schmerzen geklagt, die nicht hinreichend durch den Körperschaden erklärbar sind, ist die Einbeziehung des psychiatrisch/psychosomatischen Fachgebietes zur Klärung erforderlich, inwieweit in Abgrenzung zu konkurrierenden Faktoren eine „Fehlverarbeitung“ der körperlichen Unfallfolgen vorliegt, die entsprechend den Vorgaben des jeweiligen Rechtsgebiets als Schädigungsfolge anzusehen wäre.
- **Schmerz als Leitsymptom einer psychischen Störung:** Entwickelt sich nach einem Unfall- oder sonstigen versicherten Schädigungsereignis eine Schmerzsymptomatik ohne erkennbare Gewebeschädigung oder -erkrankung, ist diese als Schädigungsfolge anzuerkennen, wenn die Schmerzsymptomatik Folge des Schädigungserlebens im Sinne einer gutachtlich nachweisbaren posttraumatischen Belastungsstörung ist.

Bei der Bemessung von Schädigungsfolgen sind die spezifischen Vorgaben des jeweiligen Rechtsgebietes zu berücksichtigen.

² AWMF-Leitlinie „Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ (Registernummer 094-001)

Beschwerdvalidierung (Konsistenzprüfung)

Die Klärung der Frage, ob und inwieweit die von zu Begutachtenden geklagten Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen tatsächlich auch bestehen, stellt eine - wenn nicht die - Kernaufgabe der ärztlichen Begutachtung dar. Einsatz finden hierbei vor allem folgende Verfahren:

- **Klinische Beschwerdvalidierung** durch Beobachtung, Exploration und Einsatz spezifischer physiologischer Tests im Rahmen der körperlichen Untersuchung.
- **Beschwerdvalidierung anhand der Selbstbeurteilung** in Skalen und Fragebogen, die mit den vom Untersucher erhobenen Befunden korreliert werden.
- **Neurokognitive Beschwerdvalidierung** durch Einsatz neuropsychologischer Tests zur Erkennung einer unzureichenden Leistungsmotivation.
- **Medikamentenmonitoring** zum Nachweis der im zeitlichen Zusammenhang mit der gutachtlichen Untersuchung als eingenommen angegebenen Medikamente.

Gutachtliche Beurteilung

Zweifel an der Authentizität geklagter Schmerzen ergeben sich bei folgenden Konstellationen:

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

Inhalt

1. Allgemeine Vorgaben	8
1.1 Ziel der Leitlinie	8
1.2 Qualifikation des Gutachters.....	8
1.3 Benennung des Gutachtens.....	8
1.4 Begutachtungsindikationen	9
2. Einteilung chronischer Schmerzen	9
3. Zustandsbegutachtung.....	11
3.1 Gutachtliche Untersuchung	12
3.1.1 Besonderheiten der Anamnese.....	12
3.1.2 Besonderheiten bei der klinischen Untersuchung.....	13
3.1.3 Bedeutung bildgebender Untersuchungen.....	13
3.1.4 Bedeutung elektrophysiologischer Untersuchungen.....	13
3.1.5 Bedeutung sonstiger Untersuchungsverfahren.....	13
3.2 Gutachtliche Beurteilung.....	14
3.2.1 Nachweisbare Diagnosen	14
3.2.2 Nachweisbare Funktionsbeeinträchtigungen	14
3.2.3 Prognoseeinschätzung.....	15
3.2.4 Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit.....	16
3.2.5 Einschätzung im Schwerbehindertenrecht.....	19
4. Zusammenhangsbegutachtung	21
4.1 Gutachtliche Beweisführung.....	21
4.2 Spezielle Schädigungsfolgen.....	22
4.2.1 Bedeutung unterschiedlicher Schmerzursachen.....	22
4.2.2 Beispiele häufig strittiger Krankheitsbilder	23
4.3 Quantifizierung von Schädigungsfolgen	25
4.3.1 Rechtliche Grundlagen.....	25
4.3.2 Grundsätze der Bewertung	26
5. Beschwerdenuvalidierung (Konsistenzprüfung).....	28
5.1 Methoden der Beschwerdenuvalidierung	28
5.1.1 Klinische Beschwerdenuvalidierung.....	28
5.1.2 Beschwerdenuvalidierung anhand der Selbstbeurteilung.....	28
5.1.3 Neurokognitive Beschwerdenuvalidierung	29
5.1.4 Medikamentenmonitoring	30
5.2 Ergebnisbeurteilung der Beschwerdenuvalidierung	30
6. Leitlinien-Report.....	34

1. Allgemeine Vorgaben

1.1 Ziel der Leitlinie

Die Leitlinie dient der interdisziplinären Qualitätssicherung bei der Begutachtung von Menschen, die als Leitsymptom über chronische Schmerzen klagen. Von solchen ist gemäß ICD-Definition zu sprechen, wenn eine Schmerzsymptomatik über mehr als 3 Monate anhält oder rezidivierend besteht. Sie soll den Ablauf und Inhalt der Zustands- und Zusammenhangsbegutachtung bei chronischen Schmerzsyndromen in den verschiedenen Rechtsgebieten vereinheitlichen und die Verständigung zwischen Ärzten und Juristen verbessern.

1.2 Qualifikation des Gutachters

Schmerzmedizinische Qualifikation

Grundlage für die Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen ist das Wissen um Schmerzentstehung, Schmerzverarbeitung und Schmerzchronifizierung, wie sich dies in medizinisch-wissenschaftlichen Publikationen und Leitlinien³ findet und u.a. im Rahmen der ärztlichen Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ vermittelt wird. Da die Begutachtung bei geklagten Schmerzen Kompetenz sowohl bei der Beurteilung körperlicher als auch psychischer Gesundheitsstörungen erfordert, handelt es sich um eine primär ärztliche Aufgabe.

Soweit der Gutachter selbst nicht über entsprechende Kompetenz verfügt, sollte die Begutachtung interdisziplinär erfolgen. Psychologen und psychologische Psychotherapeuten können im Rahmen der psychiatrischen oder psychosomatischen Begutachtung aufgrund ihrer speziellen Kompetenz eine geeignete Zusatzuntersuchung durchführen oder – nach Klärung mit dem Auftraggeber – ein Zusatzgutachten erstatten⁴. Die zusammenfassende bio-psycho-soziale Einschätzung einschließlich der versicherungsrechtlichen Bewertung obliegt dem ärztlichen Sachverständigen.

Gutachtliche Qualifikation

Der medizinische Sachverständige sollte über gutachtenrelevante Kenntnisse der verschiedenen Rechtsgebiete verfügen, wie sie u.a. im Rahmen der Zusatzqualifikation „Medizinische Begutachtung“ nach den Vorgaben der Bundesärztekammer⁵ erworben werden können. Zu den allgemeinen Vorgaben bei Begutachtungen (z.B. Übernahmepflicht, persönliche Leistungspflicht, Interaktionsprobleme, Umgang mit Probanden aus fremden Sprachräumen, Fremdanamnese, Kausalitätstheorien und Beweismaße) sei auf die entsprechende AWMF-Leitlinie verwiesen⁶.

1.3 Benennung des Gutachtens

Bei Gutachten ist grundsätzlich die Fachgebietsbezeichnung des Sachverständigen an erster Stelle zu nennen. Ergänzend kann ggf. von einem „schmerzmedizinischen Gutachten“ gesprochen werden, sofern

³ AWMF-Leitlinie „Chronischer Schmerz“ (Registernummer 053-036) einschl. themenverwandter Leitlinien

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

⁵ www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/fortbildung/strukturierte-curriculare-fortbildung/

⁶ AWMF-Leitlinie „Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ (Registernummer 094-001)

beim Gutachter eine spezifische Qualifikation im Bereich Schmerz vorliegt. Die Bezeichnung „schmerztherapeutisches Gutachten“ ist sprachlich und inhaltlich irreführend, da es sich bei der Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen nicht um therapeutische Aussagen, sondern um die neutrale Feststellung von Art und Umfang geklagter Schmerzen, der damit verbundenen Funktionsbeeinträchtigungen sowie ggf. gefragter Kausalzusammenhänge handelt.

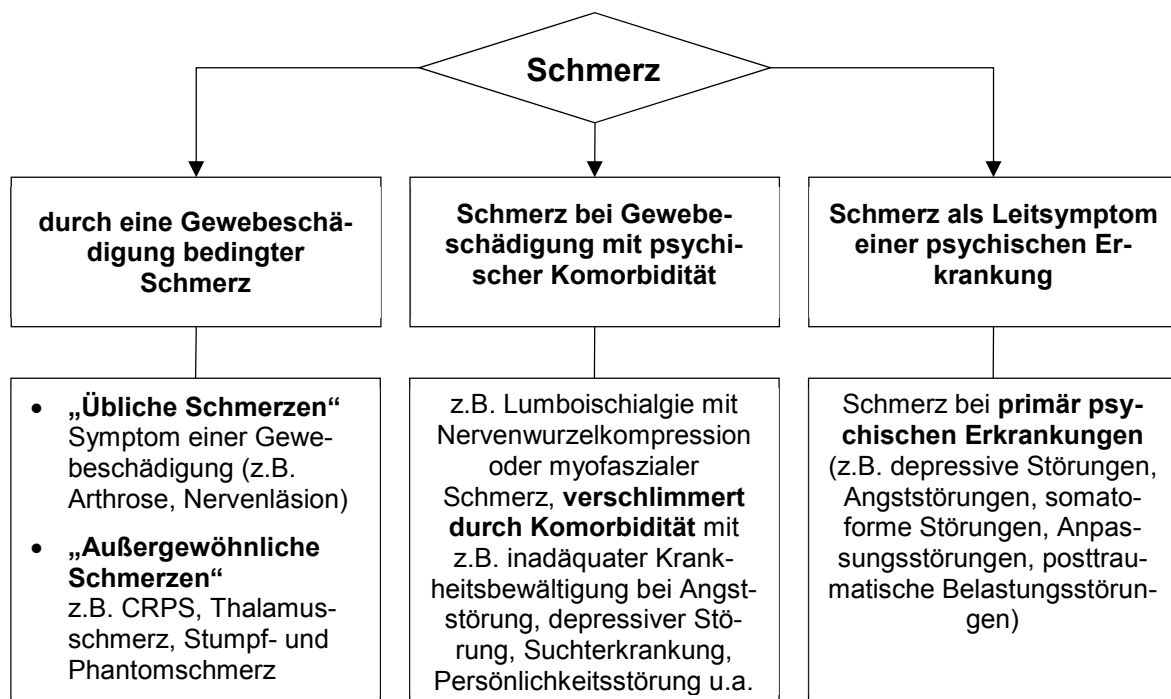
1.4 Begutachtungsindikationen

Die Durchführung einer speziellen „schmerzmedizinischen“ Begutachtung ist insbesondere bei folgenden Konstellationen zu empfehlen:

- Diskrepanzen zwischen dem subjektiven Schmerzerleben und der objektivierbaren Gewebeschädigung,
- zu vermutende oder nachgewiesene psychische Erkrankung im Zusammenhang mit dem Schmerzerleben,
- Vorliegen eines „außergewöhnlichen“ Schmerzsyndroms (z.B. Phantomschmerz, CRPS⁷).

2. Einteilung chronischer Schmerzen

Abb. 2.1 Einteilung chronischer Schmerzen aus gutachtlicher Sicht



Für Zwecke der Begutachtung erscheint gegenüber den umfassenderen ICD-Definitionen eine Einteilung chronischer Schmerzen in drei Kategorien ausreichend (Abb. 2.1). Aufgrund des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstandes kann dabei in einen „läsional“ bedingten Schmerz, demnach eine Schmerzsymptomatik im Rahmen einer **Gewebeschädigung (nozizeptiver, viszeraler, neuropathischer Schmerz)**, und ein **Schmerzerleben** („perzeptiver“ Schmerz) als Folge einer primären psychischen Erkrankung und/oder einer Stress-induzierten Hyperalgesie (SIH) unterschieden werden [14][15]. Häufig bestehen jedoch

⁷ Komplexes regionales Schmerzsyndrom (complex regional pain syndrome CRPS)

Mischbilder „läsional“ und „perzeptiv“ verursachter Schmerzen. Die Diagnosen selbst sind dabei gemäß den rechtlichen Vorgaben nach der ICD-Klassifikation zu kodieren (Tab. 2.1). Dies betrifft auch psychische Erkrankungen, nachdem die aktuellen DSM-5-Klassifikation⁸ ausdrücklich auf eine eigenständige Kodierung verzichtet hat. Die körperlichen und psychischen Gesundheitsstörungen sollen stets getrennt kodiert und nicht pauschal der Diagnose F45.41 (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren) zugeordnet werden.

Tab. 2.1 Diagnostische Klassifikation der häufigsten Schmerzsyndrome im ICD-10-System

Schmerzsyndrom	Beschreibung	ICD-Diagnose
Durch eine Gewebeschädigung („läsional“) bedingter Schmerz	üblicher Schmerz	ICD-Code der Läsion
	außergewöhnlicher Schmerz	ICD-Code der Läsion, zusätzlich z. B. G56.4 (Kausalgie)
Läsional bedingter Schmerz mit perzeptiver Verstärkung durch psychische Komorbidität	Misslungene Anpassung („Fehlverarbeitung“) auf eine Läsion von Knochen, Weichteilen und/oder Nervenbahnen, häufig im Zusammenhang mit z.B. anankastischen und/oder narzisstischen Persönlichkeitsausprägungen	Bei im Vordergrund stehenden ängstlich-depressiven Symptomen: ICD-Code der Läsion zusammen mit F43.2 (Anpassungsstörungen), bei schwererer Ausprägung auch F32/F33
„Perzeptiver“ Schmerz als Leitsymptom einer psychischen Störung	Gewebeschädigung bei psychischer Vorerkrankung	ICD-Code der Läsion und ggf. der psychischen Vorerkrankung im Sinne der „Verschlimmerung“
	Schmerz im Rahmen einer depressiven Störung	F32/33, bei geringer Ausprägung F34.1 (Dysthymie)
	Schmerz im Rahmen einer psychoreaktiven Störung	je nach Ursache und Ausprägung F43.1 (posttraumatische Belastungsstörung) oder F43.2 (Anpassungsstörungen)
	Schmerz im Rahmen einer Angst- oder Panikstörung	F40.x, 41.x
	Schmerz bei im Vordergrund stehenden psychosozialen Faktoren	F45.40 (somatoforme Schmerzstörung), bei nicht nur Schmerzen betreffenden Symptomen auch F45.0 oder F45.1 (Somatisierungsstörungen)
	Schmerz in Verbindung mit psychotropen Substanzen (z.B. opioidinduzierte Hyperalgesie)	vor allem F1_1 (schädlicher Gebrauch) oder F1_2 (Abhängigkeitssyndrom)
	Schmerz bei anderen psychischen Erkrankungen	ICD-Code der entsprechenden psychischen Störung

⁸ Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-5) der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (APA), deutsche Übersetzung von Falkai u. Wittchen [17]

3. Zustandsbegutachtung

Unter dem Begriff der Zustandsbegutachtung – auch als „**finale**“ Begutachtung bezeichnet – werden folgende gutachtliche Tätigkeiten verstanden:

- Beurteilung der **beruflichen Leistungsfähigkeit** für die gesetzliche Rentenversicherung, die private Berufsunfähigkeitsversicherung, die Beamtenversorgung sowie die berufsständischen Versorgungswerke mit ihren spezifischen rechtlichen Vorgaben,
- Einschätzung möglicher schmerzbedingter Funktionsbeeinträchtigungen im **Schwerbehindertenrecht**,
- Bewertung von mit Schmerzen einher gehenden **Schädigungsfolgen** bei gutachtlich geklärter Kausalität nach Unfallereignissen (gesetzliche und private Unfallversicherung, Dienstunfallfürsorge, Haftpflichtversicherung), im Rahmen von Berufskrankheiten sowie nach Schädigungen, für die ein Versicherungsschutz nach dem sozialen Entschädigungsrecht besteht (s. Kap. 4).

Schmerzmedizinische Zustandsgutachten erfordern umfassende und vielschichtige differenzialdiagnostische Erwägungen unter Berücksichtigung einer eingehenden, sowohl somatischen als auch psychopathologischen Befunderhebung zur Einschätzung der Diagnose, der hierdurch bedingten Funktionsbeeinträchtigungen sowie der prognostischen Bewertung. Der vorliegenden Leitlinie entsprechende Begutachtungen von Schmerzen sind daher insbesondere durch folgende Inhalte gekennzeichnet:

- Detaillierte Exploration der Beeinträchtigungen der Aktivitäten im täglichen Leben („ADL“) sowie der sozialen Partizipation im zeitlichen Verlauf,
- eingehende körperliche Befunderhebung mit Erfassung aller Schmerzlokalisationen und weiterer Körperbeschwerden⁹ und Exploration der Psychopathologie auf der Basis der AMDP-Kriterien¹⁰,
- soweit möglich (Sprachbarriere) und sinnvoll, Einsatz spezieller Fragebögen und Skalen mit Diskussion der Ergebnisse im Kontext zu den übrigen Befunden zur Konsistenzprüfung,
- eingehende differenzialdiagnostische Erwägungen unter Berücksichtigung somatischer, psychischer und sozialer Aspekte (in der ICF als umwelt- und patientenbezogene Kontextfaktoren bezeichnet),
- umfassende Konsistenzprüfung der geklagten Beschwerden und Beeinträchtigungen im Kontext mit Exploration, erhobenen Befunden und Beobachtung sowie
- Diskussion der willentlichen Steuerbarkeit der geklagten Beschwerden und Beeinträchtigungen auf der Basis persönlicher Ressourcen.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien erfordern Begutachtungen chronischer Schmerzen aufgrund der oft komplizierten, widersprüchlichen Befundlage gegenüber anderen Formen der Begutachtung einen deutlich erhöhten Zeit- und Bewertungsaufwand. Bei interdisziplinärer Begutachtung unter Auseinandersetzung mit Begutachtungsleitlinien entsprechen sie des Öfteren, aber nicht grundsätzlich, Gutachten mit einem hohen Schwierigkeitsgrad (M3) entsprechend der Definition des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes (JVEG)¹¹.

⁹ Schon bei drei verschiedenen Schmerzlokalisationen bzw. weiteren Körperbeschwerden ist bei fast jedem zweiten Patienten in der Primärversorgung von einem psychisch relevanten Störungsbild auszugehen [25].

¹⁰ Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) e.V.

¹¹ Vgl. LSG Baden-Württemberg, Beschlüsse vom 03.07.2006 – L 12 R 2761/06 KO-B und 02.03.2017 – L 12 SF 1718/15 E („Insgesamt waren im Zusammenhang mit den diagnostischen Fragen, der Abgrenzung der verschiedenen Störungen und der sozialmedizinischen Beurteilung komplexe, vielschichtige Überlegungen anzustellen, die deutlich über das normale Maß nervenärztlicher Gutachten hinaus gehen und in ihrer Schwierigkeit durchaus mit der Begutachtung von Kausalitätsproblemen vergleichbar sind“); Thüringer LSG, Beschluss vom 03.11.2008 – L 6 SF 48/08; letztlich auch LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss vom 03.09.2009 – L 6 R 303/09 B

3.1 Gutachtliche Untersuchung

3.1.1 Besonderheiten der Anamnese

Tab. 3.1 Erforderliche Anamnese bei der Begutachtung von Schmerzen.

Anamnese	Zu erfragende Details
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 kausalitätsbezogenen Fragestellungen außerdem Angaben zu Unfallereignissen und anderen ursächlichen Einwirkungen und zum Verlauf danach.
Spezielle Schmerzanamnese	Lokalisation, Häufigkeit, Dauer und Charakter der Schmerzen; Abhängigkeit von verschiedenen Körperhaltungen, Tätigkeiten und Tageszeiten, Verlauf mit/ohne Remissionen; biographische Schmerzerfahrungen: körperliche Misshandlung, emotionale Vernachlässigung, chronische familiäre Disharmonie, Parentifizierung, mehrfache postoperative Schmerzsituationen, Schmerzmodell.
Behandlungsanamnese	Art, Dauer, Intensität und Ergebnis bisheriger Behandlungsmaßnahmen, insbesondere Häufigkeit und Regelmäßigkeit von Arztbesuchen, Häufigkeit und Dauer der Einnahme von Medikamenten – insbesondere auch Opioide – einschl. deren Wirkung und ggf. Nebenwirkungen, Art und Intensität physiotherapeutischer Behandlungen, Einbringen eigener Bewältigungsstrategien; symptomverstärkende und -unterhaltende therapeutische Maßnahmen
Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens	Schlaf, Tagesablauf, Mobilität, Selbstversorgung, Haushaltsaktivitäten wie Kochen, Putzen, Waschen, Bügeln, Einkaufen, Gartenarbeit, erforderliche Ruhepausen, Fähigkeit zum Auto- und Radfahren sowie zur Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel
Einschränkungen der Partizipation in verschiedenen Lebensbereichen	Familienleben einschließlich Sexualität und schmerzbedingter Partnerprobleme; soziale Kontakte einschließlich Freundschaften und Besuche; Freizeitbereich wie Sport, Hobbys, Vereinsleben, Halten von Haustieren, Urlaubsreisen; soziale Unterstützung und Qualität der Partnerbeziehung
Selbsteinschätzung	Eigene Einschätzung des positiven und negativen Leistungsbildes (z.B. anhand der Diskussion von geläufigen Verweistätigkeiten mit geringer körperlicher Beanspruchung)
Fremdanamnese	Exploration von z.B. engen Familienmitgliedern, Freunden oder Arbeitskollegen mit Einverständnis des zu Begutachtenden sowie ggf. mit Zustimmung des Auftraggebers ¹²

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 be-, aber auch zu hinterfragen (Tab. 3.1). Entscheidend hierfür sind die Kriterien der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) [7].

¹² Zur Zulässigkeit in den verschiedenen Rechtsgebieten vgl. AWMF-Leitlinie „Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ (Registernummer 094-001)

In der Erfassung der relevanten Funktionsbeeinträchtigungen können spezifische „core sets“ aus dem ICF-Katalog hilfreich sein (z. B. „ICF core set widespread pain“ [4])¹³.

3.1.2 Besonderheiten bei der klinischen Untersuchung

Bei der körperlichen Untersuchung sollten neben der fachspezifischen körperlichen und psychopathologischen¹⁴ sowie ggf. apparativen Untersuchung weitere Informationen zu bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen aus der Beobachtung des Probanden gewonnen werden (Tab. 3.2).

Tab. 3.2 Wichtige, anhand der Beobachtung erfassbare Befunde bei der Begutachtung von Schmerzen.

- Gangbild beim Eintreten / am Ende der Begutachtung
- Spontanmotorik während der Exploration
- Fähigkeit zum Stillsitzen / erforderliche Entlastungsbewegungen
- Bewegungsmuster beim An- und Auskleiden / Bückfähigkeit
- Äußeres Erscheinungsbild (Haartracht, Kleidung, Körperpflege, Körperbräune)
- Hand- und Fußbeschwielung, Seitenvergleich der Schuhsohlen
- Ausbildung der Muskulatur

3.1.3 Bedeutung bildgebender Untersuchungen

Bildgebende Untersuchungen (Nativ-Röntgenuntersuchungen, Computer- und Kernspintomographie, nuklearmedizinische Verfahren) erscheinen bislang nicht geeignet das individuelle Ausmaß chronischer Schmerzen darzustellen, da auffällige Befunde in hohem Umfang unspezifisch sind und auch bei symptomfreien Menschen häufig vorhanden sein können (z.B. Bandscheibenvorfälle). Dies gilt nach derzeitigem wissenschaftlichem Kenntnisstand auch für funktionelle Bildgebungsverfahren wie z.B. die funktionelle Kernspintomographie (fMRI). Bildgebende Untersuchungen sind jedoch für die Beurteilung des Ausmaßes von Gewebeschädigungen unverzichtbar und sind daher bei geltend gemachten Schmerzen in die gutachtliche Beurteilung einzubeziehen. Die Begutachtung allein begründet in der Regel keine rechtfertigende Indikation zur Durchführung röntgenologischer Untersuchungen.

3.1.4 Bedeutung elektrophysiologischer Untersuchungen

Pathologische elektrophysiologische Untersuchungsbefunde stellen im Allgemeinen die Grundvoraussetzung für die Begründung eines durch eine Nervenschädigung bedingten Schmerzes (neuropathischer Schmerz) dar¹⁵. Ausnahmen sind kleinste Hautnerven (s. Kap. 3.1.5), die elektrophysiologisch nicht untersucht werden können. Zur Verfügung stehen die Elektromyographie der von Nervenschäden betroffenen Muskulatur, die Elektroneurographie der größeren motorischen und sensiblen Nerven an Armen und Beinen, die somatosensibel evozierten Potenziale (SEP) der von den Extremitäten bis zum Gehirn führenden sensiblen Nervenbahnen, sowie die magnetisch evozierten Potenziale (MEP) der vom Gehirn zu den Extremitätenmuskeln ziehenden motorischen Nervenbahnen. In Gutachten sollen die Messwerte stets konkret und im Seitenvergleich genannt werden und Aussagen zur Reproduzierbarkeit enthalten.

3.1.5 Bedeutung sonstiger Untersuchungsverfahren

Im Zusammenhang mit der Diagnostik von Schmerzen aufgrund einer Schädigung kleinster Nervenfasern

¹³ www.icf-research-branch.org

¹⁴ Ggf. unter Einbeziehung standardisierter Diagnoseprozeduren z.B. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID) oder Internationale Diagnose-Checklisten für ICD-10 (IDCL), bei posttraumatischen Belastungsstörungen z.B. Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)

¹⁵ Vgl. hierzu auch AWMF-Leitlinie „Diagnostik neuropathischer Schmerzen“ (Registernummer 030/132)

(„small fiber-Neuropathie“) werden in der klinischen Diagnostik zwei Verfahren eingesetzt:

- Die **Hauptbiopsie** mit Untersuchung des Biopsats in einem spezialisierten Labor ermöglicht den Nachweis der Reduktion der intraepidermalen Nervenfaserdichte (IEF) als Hinweis auf eine „small fiber-Neuropathie“. Als invasive Untersuchung ist sie im gutachtlichen Rahmen jedoch nicht duldungspflichtig, allerdings liegt die Beweislast für das Vorliegen einer derartigen Schädigung, z. B. im Berufskrankheitenverfahren üblicherweise beim Antragsteller. Eine Wertung im gutachtlichen Kontext kann aufgrund der großen interindividuellen Variabilität der IEF nur im klinischen Gesamtkontext erfolgen.
- Die sog. **quantitative sensorische Testung** (QST) unterstützt die klinische Diagnose einer „small fiber-Neuropathie“: Es handelt sich hierbei jedoch um ein subjektives Verfahren, das von der Mitarbeit des Untersuchten abhängt. Entsprechend ist es für den gutachtlichen Nachweis einer derartigen Schädigung nicht geeignet.¹⁶

3.2 Gutachtliche Beurteilung

Bei Zustandsgutachten sind vom Sachverständigen in allen Rechtsgebieten im Allgemeinen 3 Fragen zu beantworten:

1. Welche **Gesundheitsstörungen** (Diagnosen) lassen sich „ohne vernünftigen Zweifel“ (sog. „Vollbeweis“) nachweisen?
2. Welche hieraus resultierenden, länger (in den meisten Rechtsgebieten mehr als 6 Monate) anhaltenden **Funktionsbeeinträchtigungen** lassen sich „ohne vernünftigen Zweifel“ nachweisen?
3. Welche **Prognose** („Überwindbarkeit durch eigene Willensanstrengung und/oder durch ärztliche Maßnahmen“) haben die nachweisbaren Funktionsbeeinträchtigungen?

3.2.1 Nachweisbare Diagnosen

Gemäß den Vorgaben in den meisten Rechtsgebieten sind Diagnosen nach der ICD-Klassifikation zu verschlüsseln. Diagnosen allein erklären jedoch nicht den Schweregrad einer Schmerzsymptomatik. Entsprechend sollten die nachweisbaren Funktionsbeeinträchtigungen gemäß ICF – ggf. mehrdimensional – stets zusammen mit den jeweiligen Diagnosen an entscheidender Stelle genannt werden. Sowohl die gestellten Diagnosen als auch die resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen müssen in allen Rechtsgebieten ohne vernünftigen Zweifel im sog. „Vollbeweis“ vorliegen. Nichtssagende, nicht auf der ICD-Klassifikation beruhende und/oder nicht mit Funktionsbeeinträchtigungen einher gehende Diagnosen gehören nicht in ein Gutachten.

3.2.2 Nachweisbare Funktionsbeeinträchtigungen

Ein Chronifizierungsgrad III im Mainzer Stadienmodell der Schmerzchronifizierung nach Gerbershagen [20] bzw. eine hohe Schmerzgraduierung nach von Korff [46] werden häufig schon als Beweis für das Vorliegen ausgeprägter schmerzbedingter Funktionsbeeinträchtigungen angesehen. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass ein derartiger Chronifizierungsgrad bereits ausschließlich aufgrund der eigenen Angabe dauerhafter, multilokulärer Schmerzen ohne Intensitätswechsel, verbunden mit mehreren fachspezifischen Rehabilitationsmaßnahmen und einem mehrmaligen Wechsel des betreuenden Arztes erreicht wird. Dem wurde auch schon von der Rechtsprechung Rechnung getragen¹⁷. Dasselbe gilt für die subjektiv geschilderte Höhe des Schmerzerlebens [1]. Maßstab für die Bewertung von Funktionsbeeinträchtigungen sind vielmehr die belegbaren Auswirkungen der geklagten Schmerzsymptomatik im Alltagsleben und in der sozialen Partizipation, das Fehlschlagen adäquater Behandlungsmaßnahmen sowie die Persönlichkeitsstruktur und deren

¹⁶ Vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 31.08.2016 – L 17 U 710/15

¹⁷ Vgl. LSG Berlin, Urteil vom 22.7.2004 – L 3 RJ 15/03: „... allein aus der Chronifizierung eines Leidens kann noch nicht auf die Quantität oder eine bestimmte Qualität der Leistungseinbußen geschlossen werden“, sowie Thüringer LSG, Urteil vom 25.02.2014 – L 6 R 1059/12.

Kompensationsmöglichkeiten, die für die Unterscheidung zwischen „nicht wollen“ und „nicht können“ von Bedeutung sind (Tab. 3.3).

Tab. 3.3 Hinweise für belangvolle Funktionsbeeinträchtigungen bei chronischen Schmerzstörungen (nach [16][31][36][49]).

Ebenen	Für belangvolle Funktionsbeeinträchtigungen sprechen ...
Funktionale Ebene	Nachweisbare körperliche Dekonditionierung Nachweisbare Einschränkungen in der sozialen Partizipation Nachweisbare Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens Vernachlässigung der Körperpflege und des äußeren Erscheinungsbildes Erkennbare Erschöpfbarkeit im Verlauf des gutachtlichen „Stresstests“
Behandlungsebene	Mehrjähriger Verlauf mit zunehmender Chronifizierung ohne Remissionen Hohe Inanspruchnahme diagnostisch-therapeutischer Maßnahmen auch außerhalb sozialmedizinisch „kritischer“ Zeiten (z. B. Stellung oder Ablehnung von Rentenanträgen) mit auch stationären Maßnahmen Bevorzugung invasiver Behandlungsmaßnahmen Einsatz eigener finanzieller Mittel für Behandlungsmaßnahmen
Persönlichkeitsebene	Gestörte Selbst- und Fremdwahrnehmung Verminderte Steuerungsfähigkeit von Affekten und Impulsen Verminderte Flexibilität und Umstellungsfähigkeit Verminderte Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit Gestörtes Kontaktverhalten (Beziehungs- und Bindungsfähigkeit, auch gestörtes Kontaktverhalten während der Exploration)

3.2.3 Prognoseeinschätzung

Die Einschätzung der Prognose beruht bei geklagten chronischen Schmerzsyndromen im Wesentlichen auf 3 Faktoren:

- **Kontextfaktoren:** Je mehr belastende / hemmende Kontextfaktoren nach ICF (Tab. 3.4) vorliegen, umso ungünstiger ist die Prognose einzuschätzen. Positive Marker sind demgegenüber eine weiterbestehende soziale Integration (s. auch Tab. 3.3) sowie ein zumindest zum Teil somatisch erklärbares Beschwerdebild.

Tab. 3.4 Wesentliche Kontextfaktoren nach ICF für die Chronifizierung von Schmerzen (nach [39][40][48])

ICF-Bezeichnung	Hemmende / belastende Kontextfaktoren
Umweltbezogene Faktoren	Arbeitsplatzprobleme, z.B. Mobbing, Kränkungen, Arbeitsplatzverlust Familiäre Probleme, auch überprotektives Verhalten der Familie Iatrogene Verstärkung, z.B. „katastrophisierende“ ärztliche Beratung, unreflektierte AU-Schreibung
Personbezogene Faktoren	Soziodemographische Faktoren, z.B. Alter, niedriges Bildungsniveau Biologische Faktoren, z.B. genetische Disposition, Stresserfahrungen in der Kindheit, körperliche Erkrankungen Psychoziale Faktoren, z.B. maladaptive Stressbewältigung, psychische Komorbidität, Kompensationswünsche

- **Dauer der Symptomatik:** Eine nicht unwesentliche, häufig jedoch weit überschätzte Bedeutung kommt der Beschwerdedauer und der Dauer der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit zu.

- **Adäquate Therapiemaßnahmen:** An chronischen Schmerzen leidende Menschen sind regelmäßig einer „monomodalen“, ausschließlich somatisch ausgerichteten Therapie unzugänglich und erfordern eine umfassende bio-psycho-soziale Behandlung. Wurde bei längerer Krankheitsdauer keine geeignete „multimodale“ Behandlung (physio-/sport- und psychotherapeutisch unter einem gemeinsamen ursachenorientierten Konzept) durchgeführt, ist dies gutachtlich zu berücksichtigen. Aus dem Vorliegen stattgehabter Rehabilitationsmaßnahmen allein kann nicht auf die diagnostische und therapeutische Güte der Behandlung geschlossen werden¹⁸ [23]. Das Fehlen adäquater Therapiemaßnahmen kann Hinweise auf eine geringe Therapiemotivation des Probanden geben, zu beachten sind aber auch iatrogen fehlgeleitete, z.B. einseitig somatisch orientierte Therapieansätze oder eine nicht-indizierte Opiat-Medikation [19][26][27][28][35].

3.2.4 Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit

Gutachtliche Überzeugungsbildung

Bei der Beurteilung der Auswirkungen geklagter schmerzbedingter Funktionsbeeinträchtigungen stehen 2 Fragen im Vordergrund:

1. **Inwieweit ist der Gutachter bei kritischer Würdigung der Befunde davon überzeugt, dass die geklagten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit tatsächlich 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 Einschränkungen der Leistungsfähigkeit in dem beschriebenen Umfang zur vollen Überzeugung im Sinne einer subjektiven Gewissheit des Gutachters (sog. "Vollbeweis") bestehen. Dies erfordert regelmäßig eine eingehende Konsistenzprüfung bzw. Beschwerdvalidierung (s. Kap. 5).

2. **Inwieweit besteht eine willentliche Steuerbarkeit der geklagten Beschwerden?**

Lassen sich die geklagten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit zur Überzeugung des Gutachters nachweisen, gilt im zweiten Schritt zu klären, ob und inwieweit die geklagten Beschwerden bewusst oder bewusstseinsnah zur Durchsetzung eigener Wünsche (z.B. nach Versorgung, Zuwendung oder Entlastung von unangenehmen Pflichten) gegenüber Dritten eingesetzt werden ("sekundärer Krankheitsgewinn") und damit letztlich willentlich zu überwinden wären, oder ob die "Schmerzkrankheit" den Lebensablauf und die Lebensplanung soweit übernommen hat, dass eine Überwindbarkeit - willentlich und/oder durch Therapie - nicht mehr möglich erscheint. Dies erfordert eine eingehende Exploration der Persönlichkeitsstruktur (s. auch Tab. 3.3). Zu klären ist in diesem Rahmen u.a., inwieweit z.B. lediglich ein Rückzug von den unangenehmen Dingen des Lebens besteht, und/oder ob Führungs- und Kontrollfunktionen im sozialen Umfeld (noch) wahrgenommen werden.

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 Funktionsbeeinträchtigungen (Tab. 3.5).

Soweit aufgrund der durchgeführten Untersuchung eine Klärung des tatsächlichen Ausmaßes der Einschränkungen der Leistungsfähigkeit nicht möglich ist, darf sich der Gutachter nicht scheuen, dies in seinem Gutachten klar auszudrücken. Die Unmöglichkeit einer sachgerechten Beurteilung trotz Ausschöpfung aller Möglichkeiten führt im Rechtsstreit zwar meist zur Ablehnung des Renten- oder Entschädigungsantrags, da die Beweis- bzw. Feststellungslast i.d.R. beim Antrag- bzw. Anspruchsteller liegt. Diese rechtliche Konsequenz darf jedoch auf das Gutachtenergebnis keinen Einfluss haben. Ebenso ist zu beachten, dass es einen Grundsatz des "in dubio pro aegro" („im Zweifel für den Kranken“ bzw. hier gemeint „im Zweifel für den Antrag- bzw. Anspruchsteller“) bei der Begutachtung nicht gibt.

¹⁸ 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.

Tab. 3.5 Möglichkeiten der abschließenden gutachtlichen Bewertung der geklagten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit.

Der Gutachter ist ...
... davon überzeugt, dass die geklagten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit bestehen <u>und</u> willentlich oder durch Therapie nicht (mehr) überwunden werden können
... zwar davon überzeugt, dass die geklagten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit bestehen, diese aber durch Therapie in absehbarer Zeit und in wesentlichem Umfang überwunden werden könnten
... zwar davon überzeugt, dass die geklagten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit bestehen, diese aber willentlich in wesentlichem Umfang überwunden werden könnten
... nicht davon überzeugt, dass die Einschränkungen der Leistungsfähigkeit in der geklagten Form bestehen

Beurteilung in den verschiedenen Rechtsgebieten

Tab. 3.6 Begriffe und Maßstäbe bei der Bewertung der beruflichen Leistungsfähigkeit in den verschiedenen Versicherungsformen und im Beamtenrecht.

Rechtsgebiet	Verwendete Begriffe	Maßstab für die Bewertung	Bewertungsgrundlage
Gesetzliche Rentenversicherung	Qualitatives und quantitatives berufliches Leistungsvermögen (Letzteres meist entscheidend)	Allgemeiner Arbeitsmarkt	Überwiegend Bezug auf das Absinken der quantitativen Leistungsfähigkeit auf 3 bis unter 6 Stunden (teilweise) oder unter 3 Stunden (vollständige Erwerbsminderung) ¹⁹
Private Berufsunfähigkeits-(Zusatz) Versicherung	Grad der Berufsunfähigkeit entsprechend den im jeweiligen Versicherungsvertrag definierten Schwellenwerten	Fähigkeit, den vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, sowie ggf. einen zumutbaren „Verweisberuf“ auszuüben ²⁰	Grad der Berufsunfähigkeit mehr als (meist) 50% im zuletzt ausgeübten Beruf oder – je nach Vertragswerk und Verweisklausel - in sonstigen Berufen
Versorgungswerke	Berufsunfähigkeit	Konkretes Berufsbild gemäß der jeweiligen Satzung der Versorgungswerke	vollständige Berufsunfähigkeit mit Aufgabe des Berufs bzw. nur noch „unwesentliche Einkünfte“ aus beruflicher Tätigkeit
Beamtenrecht	Dienstunfähigkeit	Konkrete Diensttätigkeit sowie mögliche anderweitige Verwendung	Dauernde Unfähigkeit zur Erfüllung der Dienstpflichten

Abschließend ist in Abhängigkeit der nachweisbaren Funktionsbeeinträchtigungen und deren willentlicher Steuerbarkeit sowie der versicherungsrechtlichen Vorgaben (Tab. 3.6) die berufliche Leistungsfähigkeit

¹⁹ Weitere Kriterien betriebsunübliche Pausen, fehlende Wegefähigkeit, Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen, schwere spezifische Leistungsbehinderung

²⁰ Verträge mit abstrakter „Verweisbarkeit“ umfassen auch die Ausübung anderer Tätigkeiten, die der bisherigen Lebensstellung (weitgehend) entsprechen [22]

vom Sachverständigen in ihrer **qualitativen** und **quantitativen Ausprägung** darzustellen – je nach Fragestellung sowohl retrospektiv anhand der Aktenlage, zum jetzigen Zeitpunkt als auch prospektiv anhand der ersichtlichen Prognosefaktoren. Gemäß Rechtsprechung hat dies nachvollziehbar - in einer „der verständigen Überlegung des Laien zugänglichen Weise“ - zu erfolgen.

Qualitatives Leistungsvermögen

Im ersten Schritt sind die bestehenden Leistungseinschränkungen („**negatives Leistungsbild**“) und das noch vorhandene Restleistungsvermögen („**positives Leistungsbild**“) in ihrer qualitativen Ausprägung (welche Arbeiten können ihrer Art nach noch verrichtet werden bzw. sind ausgeschlossen?) darzustellen. Je nach Rechtsgebiet bezieht sich dies auf den allgemeinen Arbeitsmarkt mit seinen Facetten oder auf die zuletzt konkret ausgeübte Tätigkeit – ggf. unter Berücksichtigung möglicher Verweisungstätigkeiten bzw. Verweisberufe.

Quantitatives Leistungsvermögen

Im zweiten Schritt gilt es, entsprechend dem erkennbaren positiven und negativen qualitativen Leistungsbild die meist für die Einschätzung ausschlaggebende Frage möglicher quantitativer Leistungseinschränkungen (zeitliches tägliches Restleistungsvermögen?) zu klären. Entsprechend der in Abb. 1.1 vorgeschlagenen Einteilung von Schmerzsyndromen ergeben sich dabei 3 unterschiedliche Formen der Beurteilung:

- **Durch eine Gewebeschädigung bedingter Schmerz:** Stehen körperlicher Befund (Organpathologie) und Befinden (Schmerz) in kongruentem Verhältnis, bestimmt die mit dem fachbezogenen Befund verknüpfte Funktionsbeeinträchtigung die Leistungsbeurteilung.
- **Durch eine Gewebeschädigung bedingter Schmerz mit Verstärkung durch psychische Komorbidität:** Besteht keine Kongruenz zwischen Befund und Befinden, ist eine fachübergreifende Begutachtung unter Einbeziehung des psychiatrisch/psychosomatischen Fachgebietes erforderlich.
- **Schmerz als Leitsymptom einer psychischen Störung:** Handelt es sich um eine Schmerzsymptomatik ohne erkennbare Gewebeschädigung oder -erkrankung, orientiert sich die Einschätzung an den durch die psychische Erkrankung hervorgerufenen Funktionsbeeinträchtigungen. Hierzu sei auf die entsprechenden ICF Core Sets²¹, die AWMF-Leitlinien²² sowie auf [30] verwiesen.

Prognostische Einschätzung

Bei der prognostischen Einschätzung sind 3 Punkte zu berücksichtigen:

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

²¹ www.icf-core-sets.org/de/

²² AWMF-Leitlinie „Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“ (AWMF-Registernummer 051-001) sowie „Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen“ (AWMF-Registernummer 051-029)

3.2.5 Einschätzung im Schwerbehindertenrecht

Bei der Beurteilung von chronischen Schmerzen im Schwerbehindertenrecht gelten die "Versorgungsmedizinischen Grundsätze" [3] als verbindlicher Maßstab für die Bewertung des Grades der Behinderung (GdB). Hierbei sind folgende Grundregeln zu beachten:

- Funktionsbeeinträchtigungen, die dem **für das Lebensalter typischen Zustand** entsprechen, werden nicht berücksichtigt.
- Funktionsbeeinträchtigungen werden erst dann berücksichtigt, wenn sie **über 6 Monate** hinaus andauern.
- Funktionsbeeinträchtigungen, die **erst in der Zukunft** zu erwarten sind, werden nicht berücksichtigt.

Primär durch eine körperliche Schädigung bedingte Schmerzen

Bei der Einschätzung von vollständig oder zum Teil durch Gewebeschäden erklärbarer Schmerzen sind primär die GdB-Werte aus den entsprechenden Bewertungstabellen für die zugrunde liegende Gewebeschädigung (z.B. Nervenschädigung, Weichteilverletzung) zu verwenden. Liegen mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vor, sind bei der Einschätzung des Gesamt-GdB rechnerische Methoden grundsätzlich ausgeschlossen. Vielmehr ist jeweils vom höchsten Einzel-GdB auszugehen. Unter Berücksichtigung der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen ist dann zu prüfen, ob und ggfs. inwieweit dadurch das Ausmaß der Beeinträchtigung größer wird.

Darüber hinaus sind bzgl. (zusätzlicher) schmerzbedingter Funktionsbeeinträchtigungen folgende Besonderheiten zu berücksichtigen²³:

- **Übliche Schmerzen und seelische Begleiterscheinungen** sind in den für die Erkrankung genannten GdB-Werten bereits eingeschlossen und berücksichtigen auch „erfahrungsgemäß besonders schmerzhaft Zustände“.
- **Außergewöhnliche Schmerzen und/oder seelische Begleiterscheinungen** sind zusätzlich zu berücksichtigen. Deren Vorhandensein ist vom Sachverständigen auf den konkreten Einzelfall bezogen im „Vollbeweis“ zu belegen, wenn die Schmerzen bzw. seelischen Begleiterscheinungen „über das übliche Maß hinausgehen“ und eine „spezielle ärztliche Behandlung“²⁴ erfordern. Bezogen auf die in den Bewertungstabellen genannten „reinen“ Schmerzsyndrome wird der „Zuschlag“ zu den funktionell bedingten GdB-Werten im Regelfall 10-20 nicht übersteigen. Hierbei sind jeweils Vergleiche mit anderen Behinderungen anzustellen, für die feste GdB-Werte genannt werden. Wenn der Schmerz durch psychische Komorbidität verstärkt wird, entspricht der GdB der aus beiden Erkrankungen resultierenden Teilhabebeeinträchtigung. Wenn der Schmerz Leitsymptom einer psychischen Erkrankung ist, dann ist dieser im GdB der psychischen Störung enthalten.

Primär durch eine psychische Störung bedingte Schmerzen

Bei nicht oder nur in untergeordnetem Umfang durch Gewebeschäden erklärbaren Schmerzen orientiert sich die Einschätzung an der „Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit“ im täglichen Leben und der sozialen Partizipation, wie dies bei psychischen Störungen vorgegeben ist (Tab. 3.7).

Schwere psychische Störungen wurden durch den Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin beim damaligen Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung anlässlich einer Tagung 1998 nochmals weiter aufgeschlüsselt (Tab. 3.8). Darüber hinaus liegen aktuelle, bislang allerdings nicht konsenterte Vorschläge zur Bewertung depressiver Störungen vor (Tab. 3.9).

²³ Versorgungsmedizinische Grundsätze A2 i)

²⁴ Z.B. dauerhafte Einnahme potenter Schmerzmittel oder engmaschige Psychotherapie

Tab. 3.7 Gutachtliche Bewertung psychischer Störungen (mit Ausnahme schizophrener und bipolarer affektiver Psychosen) im Schwerbehinderten- und sozialen Entschädigungsrecht [3].

	GdB/GdS
Leichtere Störungen (z.B. "psychovegetatives Syndrom")	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)	30-40
Schwere Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheit)	
- mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten	50-70
- mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten	80-100

Tab. 3.8 Gutachtliche Bewertung psychischer Störungen (mit Ausnahme schizophrener und zylothymen affektiver Psychosen) im Schwerbehinderten- und sozialen Entschädigungsrecht [3].

Soziale Anpassungsschwierigkeiten	Beschreibung
Mittelgradig	wenn in den meisten Berufen sich auswirkende psychische Veränderungen, die zwar weitere Tätigkeit grundsätzlich noch erlauben, jedoch eine verminderte Einsatzfähigkeit bedingen, die auch eine berufliche Gefährdung einschließt, auftreten; im Privatbereich bei erheblichen familiären Problemen durch Kontaktverluste und affektive Nivellierung, wobei aber noch keine Isolierung und noch kein sozialer Rückzug in einem Umfang vorliegen muss, der z.B. eine vorher intakte Ehe stark gefährden könnte
Schwer	wenn eine weitere berufliche Tätigkeit sehr stark gefährdet oder ausgeschlossen ist. Wenn schwerwiegende Probleme in der Familie oder im Freundes- bzw. Bekanntenkreis auftreten bis hin zur Trennung von der Familie, vom Partner oder Bekanntenkreis

Tab. 3.9 Vorschläge des Sachverständigenbeirats Versorgungsmedizin beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales vom 13.05.2015 (bislang nicht konsentiert).

Diagnose	Symptomatik	GdB
Leichte bis mittelgradige depressive Episode	Soziale, häusliche, schulische oder berufliche Aktivitäten nur mit Anstrengung, aber doch möglich	10
	Einzelne soziale, häusliche, schulische oder berufliche Aktivitäten trotz Anstrengung leicht beeinträchtigt	20
Mittelgradige depressive Episode	Zahlreiche soziale, häusliche, schulische oder berufliche Aktivitäten leicht beeinträchtigt oder einzelne soziale, häusliche, schulische oder berufliche Aktivitäten stark beeinträchtigt	30
	Zahlreiche soziale, häusliche, schulische oder berufliche Aktivitäten stark beeinträchtigt	40
Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	Bewertung abhängig davon, ob noch einzelne soziale, häusliche, schulische oder berufliche Aktivitäten möglich sind	50-70
Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	Bewertung abhängig von Ausmaß und Dauer psychotischer Symptome	80-100

4. Zusammenhangsbegutachtung

Chronische Schmerzen können Folge eines schädigenden Ereignisses bzw. einer schädigenden Einwirkung sein, zu den hierzu unterschiedlichen Begrifflichkeiten s. Tabelle 4.1. Die Zusammenhangsbeurteilung bei geklagten Schmerzen unterscheidet sich grundsätzlich nicht von der bei anderen Gesundheitsstörungen nach schädigenden Ereignissen. So sind bei Zusammenhangsgutachten nach Klärung der haftungsbegründenden Kausalität – bzw. der Unfallkausalität im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung – vom Sachverständigen in allen Rechtsgebieten im Allgemeinen 3 Fragen zu beantworten.

1. Welche **körperliche und/oder seelische Schädigung** lag als „Erstschaden“ vor?
2. Welche **Gesundheitsstörungen** lagen danach bzw. zum Zeitpunkt der Untersuchung? Hierfür gelten die bereits bei Zustandsgutachten genannten Kriterien.
3. Besteht zwischen dem nachgewiesenen Erstschaden und den Gesundheitsstörungen unter Berücksichtigung schädigungs- bzw. unfallfremder Ursachen ein **Zusammenhang**?

Hierbei ist zu beachten, dass in den verschiedenen Rechtsgebieten unterschiedliche Kausalitätsbegriffe gelten und die einzelnen Glieder der „Kausalitätskette“ in der Zusammenhangsbeurteilung unterschiedlichen Beweismaßen unterliegen. Hierzu sei auf die AWMF-Leitlinie zu Grundlagen der Begutachtung verwiesen.²⁵

Tab. 4.1 Unterschiede Begrifflichkeiten in den verschiedenen Rechtsgebieten für schädigende Ereignisse und deren Folgen.

Rechtsgebiet	Begriff für das schädigende Ereignis	Begriffe für die Ereignisfolgen
Soziales Entschädigungsrecht	Schädigender Vorgang (z. B. Wehrdienstfolgen, Opfer von Gewalttaten, Schutzimpfung)	Gesundheitserstschaden → Schädigungsfolge (zumindest 6 Monate überdauernde Folgen)
Gesetzliche Unfallversicherung	Unfall ²⁶	Gesundheitserstschaden → Unfallfolge (zumindest 26 Wochen überdauernde Folgen)
Private Unfallversicherung	Unfall	Gesundheitsschädigung → Unfallfolgen (zumindest 3 Jahre überdauernde Folgen)
Haftpflichtversicherung	Schädigungsereignis	Körper- bzw. Gesundheitsverletzung → Schaden
Dienstunfallrecht	Dienstunfall	Körperschaden (keine weitere Differenzierung)

4.1 Gutachtliche Beweisführung

Die Zusammenhangsbegutachtung bei geklagten Schmerzsymptomen als Unfall- bzw. Schädigungsfolge basiert im Regelfall auf einer Indizienbeweissführung („Brückensymptomen“)²⁷:

- **Nachweis des Erstschadens:** Dreh- und Angelpunkt jeder gutachtlichen Beurteilung von Schädigungsfolgen ist die Sicherung des Gesundheits-Erstschadens (synonym Primärschaden) im „Vollbeweis“²⁸. Kann ein für die Entwicklung von Schmerzen geeignetes psychisches und/oder körperliches

²⁵ AWMF-Leitlinie „Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ (Registernummer 094-001)

²⁶ Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung sind auch Berufskrankheiten versichert. Auf die diesbezüglichen Begrifflichkeiten wird hier nicht eingegangen.

²⁷ Der Begriff der „Brückensymptome“ stammt aus dem Beweisrecht und wird im Zusammenhang mit Indizienbeweisen gebraucht. Je mehr „Indizien“ vorhanden sind, umso eher untermauern diese die Annahme eines Zusammenhangs und stellen damit die „Brücke“ zwischen einem Schädigungsereignis und einer ansonsten retrospektiv nicht ausreichend beweisbaren Erstschaden dar.

²⁸ Ausnahmen gelten ggf. im sozialen Entschädigungsrecht bei fehlenden Unterlagen (§ 15 KOVVerfG)

Schädigungsereignis nicht „ohne vernünftigen Zweifel“ nachgewiesen werden, erübrigt sich jede weitere Diskussion von Zusammenhangsfragen.

- **Nachweis des zeitlichen Zusammenhangs:** Im Allgemeinen zwingende Voraussetzung für die Annahme eines kausalen Zusammenhangs zwischen einem nachgewiesenen Schädigungsereignis und dem Auftreten von Schmerzen ist der Beginn einer geklagten Schmerzsymptomatik unmittelbar nach dem schädigungsbedingten Erstschaden. Ausnahmen hiervon stellen z.B. eine anfängliche Analgesie im Rahmen intensivmedizinischer Maßnahmen sowie sekundäre Eingriffe und Komplikationen dar. Der alleinige zeitliche Zusammenhang ohne Nachweis eines Erstschadens genügt allerdings nicht, da es in allen Rechtsgebieten kein „post hoc ergo propter hoc“ („danach, also deswegen“) gibt.
- **Nachweis des typischen Schmerzverlaufs:** Schmerzen zeigen bei abklingendem Körperschaden in der Regel eine (gewisse) Besserung (z.B. Frakturschmerz). Bei ungünstigem Heilungsverlauf können Beschwerden aber auch persistieren. Verschlechterungen sind demgegenüber nur in bestimmten Fällen (z.B. Neuombildung, komplexes regionales Schmerzsyndrom, posttraumatische Syringomyelie) zu erwarten, die dann jedoch mit charakteristischen Befunden und auch typischem zeitlichem Zusammenhang einher gehen.
- **Beurteilung möglicher Vorerkrankungen:** Liegt bereits zum Zeitpunkt des Schädigungsereignisses ein Gesundheitsschaden (je nach Rechtsgebiet als Vorschaden, Vorinvalidität bzw. in seinen Auswirkungen als Differenzschaden bezeichnet) vor, ist die Frage zu klären, inwieweit das Schädigungsereignis zu einer vorübergehenden oder - im Einzelfall auch dauerhaften - Verschlimmerung der Vorerkrankung führte. Vorerkrankungen sind gleichermaßen im „Vollbeweis“ nachzuweisen. Eine zuverlässige Beurteilung, ob körperliche und/oder psychische Vorerkrankungen vorliegen, bedarf zumindest der Kenntnis des Vorerkrankungsverzeichnisses des Krankenversicherungsträgers, besser der Krankenunterlagen vorbehandelnder Ärzte. Diese Unterlagen sind vom Auftraggeber zu besorgen oder auf seinen Auftrag hin beizuziehen.
- **Beurteilung konkurrierender Erkrankungen:** Stellt sich der Verlauf von Schmerzsyndromen anders dar, als nach einem nachweisbaren körperlichen Schädigungsereignis zu erwarten, ist ggf. der Frage nachzugehen, inwieweit schädigungsunabhängige „überholende“ Faktoren nachweisbar sind, die (inzwischen) – je nach Rechtsgebiet – die rechtlich wesentliche Schmerzsache darstellen. Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung, der Dienstunfallfürsorge und des sozialen Entschädigungsrechts wird in diesem Fall von einer „Verschiebung der Wesensgrundlage“ gesprochen.

4.2 Spezielle Schädigungsfolgen

4.2.1 Bedeutung unterschiedlicher Schmerzursachen

Entsprechend der in Abb. 1.1 vorgeschlagenen Einteilung von Schmerzsyndromen ergeben sich auch hier 3 unterschiedliche Formen der Beurteilung:

- **Durch eine Gewebeschädigung bedingter Schmerz:** Stehen körperlicher Befund (Organpathologie) und Befinden (Schmerz) nach einem Schädigungsereignis mit nachweislichem Körperschaden in kongruentem Verhältnis, bestimmt die mit dem fachbezogenen Befund verknüpfte Funktionsbeeinträchtigung unter Berücksichtigung „üblicher“ und „außergewöhnlicher“ Schmerzen (s. Kap. 4.3.2) die Einschätzung von Schädigungsfolgen.
- **Durch eine Gewebeschädigung bedingter Schmerz mit Verstärkung durch psychische Komorbidität:** Werden nach einem Schädigungsereignis zum nachweislichen Körperschaden nicht kongruente Schmerzen geklagt, ist die Einbeziehung des psychiatrisch/psychosomatischen Fachgebietes zur Klärung erforderlich, inwieweit in Abgrenzung zu konkurrierenden Faktoren (s. Kap. 4.1) eine „Fehlverarbeitung“ der körperlichen Unfallfolgen vorliegt, die entsprechend den Vorgaben des jeweiligen

Rechtsgebiets als Schädigungsfolge anzusehen wäre. Liegen keine messbaren körperlichen Unfallfolgen mehr vor, ist im Allgemeinen eine – zumindest über 6 Monate bzw. im Einzelfall längstens 2 Jahre²⁹ – anhaltende psychische Komorbidität nicht als Schädigungsfolge zu begründen.

- **Schmerz als Leitsymptom einer psychischen Störung:** Entwickelt sich nach einem Unfall- oder sonstigen versicherten Schädigungsereignis eine Schmerzsymptomatik ohne erkennbare Gewebeschädigung oder -erkrankung, ist diese im Allgemeinen lediglich dann als Schädigungsfolge anzuerkennen, wenn die Schmerzsymptomatik Folge des Schädigungserlebens im Sinne einer gutachtlich nachweisbaren posttraumatischen Belastungsstörung ist [12][53].

4.2.2 Beispiele häufig strittiger Krankheitsbilder

Komplexe regionale Schmerzsyndrome (CRPS)

Komplexe regionale Schmerzsyndrome (synonym „Morbus Sudeck“, „sympathische Reflexdystrophie“, „Algodystrophie“) stellen gutachtlich aus mehreren Gründen einen Sonderfall dar:

- Das Ausmaß der Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen steht häufig in einem ausgeprägten Missverhältnis zum Schweregrad des zugrunde liegenden Traumas, bei dem es sich um ein „Bagatelltrauma“ handeln kann.
- Die Lokalisation des Schmerzsyndroms hält sich weder an die ursprüngliche Schädigungslokalisation (CRPS Typ I) noch an das Versorgungsgebiet von Nerven oder Nervenwurzeln (CRPS Typ II), sondern zeigt im Bereich der betroffenen Extremität eine distal generalisierte Ausbreitung, die im seltenen Einzelfall sogar auf andere Extremitäten „überspringen“ kann.
- Bildgebende Untersuchungen (Röntgenuntersuchung, 3-Phasen-Szintigraphie) können zwar die Diagnose stützen, sind aufgrund ihrer zu niedrigen Sensitivität jedoch nicht geeignet, ein CRPS auszuschließen. Die Diagnosestellung erfolgt daher überwiegend rein klinisch. Die meisten der in den aktuell maßgeblichen „Budapester Konsensus-Kriterien“ [21] genannten Symptome beruhen jedoch auf den subjektiven Angaben des Betroffenen.
- Gemäß „Budapester Konsensus-Kriterien“ ist ein CRPS ausdrücklich nur dann zu diagnostizieren, wenn keine andere Diagnose die Schmerzen erklärt. Ähnliche Symptome finden sich jedoch auch bei lokal entzündlichen Erkrankungen mit Überwärmung und Schwellung, dissoziativen Störungen mit Haut- und Temperaturveränderungen durch Minderbewegung der betroffenen Extremität [43] sowie bei artifizialen Störungen [47].

Nachdem im gutachtlichen Kontext in allen Rechtsgebieten neben einem „geeigneten“ Trauma für den Nachweis einer Schädigung der „Vollbeweis“ gefordert wird, ist ein CRPS nur dann zu diagnostizieren, wenn von den im „Budapester Konsensus“ genannten Kriterien eindeutig objektifizierbare Befunde bei der klinischen Untersuchung vorliegen bzw. vorlagen (Tab. 4.1)³⁰. Die im klinischen Kontext dokumentierte Diagnose eines CRPS gilt nur als dann bewiesen, wenn diese Kriterien auch ex post erfüllt sind.

²⁹ Zeitliche Einschränkungen gemäß DSM-5 (6 Monate) bzw. ICD-10 (2 Jahre) für Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2)

³⁰ Zum erforderlichen „Vollbeweis“ bei CRPS vgl. hierzu Hessisches LSG, Urteil vom 14.06.2016 – L 3 U 238/12

Tab. 4.2 Diagnostische Kriterien für den gutachtlichen Nachweis („Vollbeweis“) eines CRPS [50]. Ohne objektivierbare Befunde lässt sich die Diagnose gutachtlich nicht begründen.

Kriterium	Beschreibung
Trauma	Initial schmerzhaftes Trauma nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft zur Hervorrufung eines CRPS geeignet und nicht „mit anderen alltäglichen Ereignissen austauschbar“ (Sozialrecht) bzw. nicht „ganz geringfügig“ (Zivilrecht)
Beginn	Innerhalb von wenigen Tagen bis max. 2 Wochen nach dem Trauma (bzw. der damit zusammenhängenden therapeutischen Maßnahmen)
Klinische Befunde	Nicht allein durch Immobilisierung bedingte langfristige Temperaturdifferenz $> 2^{\circ} \text{C}$
	Veränderung der Hautfarbe auch nach Aufwärmen der Extremitäten
	Distal betontes, generalisiertes Ödem
	Im Seitenvergleich veränderte Schweißsekretion
	Muskelatrophie der betroffenen Extremität bei geklagten motorischen Einschränkungen
	Längerfristig dokumentierte und klinisch konsistente Allodynie
	Arthrogene Einschränkungen der Beweglichkeit der kleinen Hand-/Finger- bzw. Fußgelenke
Bildgebende Befunde	Trophische Veränderungen (Glanzhaut, distal betonte Störung des Haarwachstums, verändertes Erscheinungsbild der Finger- bzw. Zehennägel)
	Gelenknahe, späte Anreicherung im 3-Phasen-Skelettszintigramm
	Gelenknahe, kleinfleckige osteoporotische Veränderungen im Röntgenbild

Posttraumatische Kopfschmerzen

Die ICD-10-Klassifikation enthält ohne nähere Zusatzinformationen die Diagnose „chronischer posttraumatischer Kopfschmerz“ (G44.3), was zwangsläufig einen Kausalzusammenhang mit einem Trauma impliziert. Von der International Headache Society (IHS) wird dies im Zusammenhang mit Kopfverletzungen (Ziffer 5.2) sowie nach HWS-Beschleunigungstrauma (Ziffer 5.4) näher ausgeführt. Dabei ist auch nach leichten Kopfverletzungen ohne oder mit kurzem Bewusstseinsverlust < 30 Minuten Dauer sowie letztlich nach jedem HWS-Beschleunigungstrauma mit „plötzlicher und bedeutsamer Akzelerations- oder Dezelerationsbewegung der HWS“ die Diagnose allein dadurch zu stellen, dass der Kopfschmerz innerhalb von 7 Tagen nach dem Kopftrauma auftritt und über mehr als 3 Monate persistiert.

Unter gutachtlichen Gesichtspunkten erscheinen diese diagnostischen Kriterien für die Diagnose posttraumatischer Kopfschmerzen keinesfalls ausreichend. Wie in der AWMF-Leitlinie „Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirntrauma“³¹ vermerkt, darf nach einer Kopfverletzung die Diagnose eines über mehr als 6-12 Monate anhaltenden posttraumatischen Kopfschmerzes ausschließlich dann gestellt werden, wenn ein geeignetes morphologisches Korrelat (z.B. Hirnhautverletzung) belegt ist und die Kausalitätskriterien des jeweiligen Rechtsgebietes erfüllt sind. Zu weiteren Einzelheiten s. auch die AWMF-Leitlinie „Begutachtung von idiopathischen und symptomatischen Kopfschmerzen“³².

Schmerz als Leitsymptom einer posttraumatischen Belastungsstörung

Schmerzen können bei posttraumatischen Belastungsstörungen das Krankheitsbild dominieren [12]. Entsprechend der rechtlichen Terminologie handelt es sich bei posttraumatischen Belastungsstörungen um den Folge- oder Sekundärschaden eines erlebnisreaktiven Erst- oder Primärschadens [51]. Letzterer entspricht in der psychiatrischen Nomenklatur (ICD-10/11, DSM-5) dem sog. A-Kriterium, das in allen Rechtsgebieten im „Vollbeweis“ nachgewiesen sein muss. Für die danach bestehende Symptomatik (B-E-Kriterien

³¹ AWMF-Leitlinie „Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirntrauma“ (AWMF-Registernummer 094-002)

³² AWMF-Leitlinie „Begutachtung von idiopathischen und symptomatischen Kopfschmerzen“ (AWMF-Registernummer 062-007) – derzeit nicht aktualisiert

des DSM-5) bestehen je nach Rechtsgebiet unterschiedliche Beweismaße. Dabei ist die subjektive Schilderung nicht ausreichend, entscheidend sind die objektivierbaren Befunde, die der Gutachter bei der Untersuchung erheben kann³³. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass psychoreaktive Störungen in der privaten Unfallversicherung vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind.

4.3 Quantifizierung von Schädigungsfolgen

4.3.1 Rechtliche Grundlagen

Die Bewertungsmaßstäbe und -grundlagen schmerzbedingter Funktionsbeeinträchtigungen sind in den verschiedenen Rechtsgebieten erheblich unterschiedlich definiert (Tab. 4.3):

Tab. 4.3 Begriffe und Maßstäbe bei der Bewertung von unfall- bzw. schädigungsbedingten Funktionsbeeinträchtigungen 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
Soziales Entschädigungsrecht	Grad der Schädigungsfolgen (GdS)	GdS als Maß für die Auswirkungen schädigungsbedingter Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen ³⁴	Versorgungsmedizinische Grundsätze als verbindliche Bewertungsgrundlage
Dienstunfallfürsorge der Beamten	Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) / Grad der Schädigungsfolge (GdS) – je nach aktuellem Landesrecht	MdE als abstraktes Maß der unfallbedingten körperlichen Beeinträchtigungen im allgemeinen Erwerbsleben / GdS als Maß der allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen, die durch die körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen bedingt sind, in allen Lebensbereichen	Im Allgemeinen Orientierung an den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“, ggf. auch an den Kriterien der gesetzlichen Unfallversicherung ³⁵
Private Unfallversicherung	Invalidität bzw. Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit (BdL)	Invalidität nach der „Gliedertaxe“; BdL als abstraktes Maß für die Beeinträchtigung in allen Lebensbereichen	Gliedertaxe als verbindliche Bewertungsgrundlage, freie Einschätzung der BdL bei sonstigen Unfallfolgen
Haftpflichtversicherung	Individuell unterschiedlich, z.T. auch Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)	Individueller konkreter Schaden	Freie Einschätzung, bei Fragen nach der MdE (Bezug auf zuletzt ausgeübte Tätigkeit und/oder allgemeinen Arbeitsmarkt)

³³ AWMF-Leitlinie „Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen“ (AWMF-Registernummer 051-029)

³⁴ Bezogen auf alle körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung

³⁵ Im Zweifelsfall sollte der Auftraggeber um Klarstellung gebeten werden.

- In der **gesetzlichen Unfallversicherung** liegen mit der sog. „maßgeblichen Rentenliteratur“ Erfahrungssätze vor [37][41][45][49], die für den Sachverständigen zwar nicht bindend sind, von denen gemäß Rechtsprechung jedoch ohne entsprechende individuelle Begründung nicht abgewichen werden soll.
- In der **privaten Unfallversicherung** finden sich in Form der „Gliedertaxe“ [29] verbindliche Vorgaben für Unfallfolgeschäden an Gliedmaßen und Sinnesorganen vor. Schmerzen, die über die Sinnesorgane und Gliedermaße hinaus den „ganzen“ Menschen beeinträchtigen (z.B. Phantomschmerzen, CRPS), können zu einer zusätzlichen, dann in % zu bewertenden „Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit“ führen.
- Im **sozialen Entschädigungsrecht** liegen mit den „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ [3] verbindliche Bemessungsgrundlagen vor, von denen nur mit ausdrücklicher Begründung abzuweichen ist (Details s. Kap. 3.3.2 Schwerbehindertenrecht).
- Die **Dienstunfallfürsorge der Beamten** ist in Deutschland föderal organisiert und kennt länderspezifische Regelungen, im Rahmen derer sie sich an den Vorgaben des sozialen Entschädigungsrechts, der gesetzlichen Unfallversicherung oder auch einer „Mischung“ beider Rechtsgebiete orientiert.
- Im Bereich der **Haftpflichtversicherung** finden sich keine Vorgaben, da hier der konkrete Schaden für den „Erwerb oder das Fortkommen des Verletzten“ (§ 842 BGB) zu entschädigen ist, der vom Sachverständigen individuell zu bewerten ist.

4.3.2 Grundsätze der Bewertung

„Außergewöhnliche Schmerzen“

Wie bereits für das Schwerbehindertenrecht beschrieben, sind „**übliche Schmerzen und seelische Begleiterscheinungen**“ in der gutachtlichen Bewertungsliteratur (s. Kap. 3.2.5) bereits berücksichtigt. „**Außergewöhnliche Schmerzen**“ können eine Höherbewertung bedingen, die sich an den nachweisbaren körperlichen und/oder psychischen Funktionseinschränkungen orientiert. Die Höherbewertung wird im Regelfall 10-20% nicht übersteigen. Als Anhaltspunkte für die Bewertung können die von psychiatrischer Seite vorgeschlagenen „ganzheitlichen Auswirkungen der störungsbedingten Funktionsbeeinträchtigungen auf das erwerbsrelevante Leistungsvermögen“ verwendet werden, die sich auf die 3 Dimensionen

- **psychisch-emotionale Dimension** mit Beeinträchtigung des inneren Erlebens (z. B. durch Ängste, Zwänge, depressive Kognitionen),
- **sozial-kommunikative Dimension** mit Beeinträchtigung der sozialen Interaktion, (z. B. durch Rückzugsverhalten, Gereiztheit, Misstrauen) und
- **körperlich-funktionelle Dimension** mit Beeinträchtigung der körperlichen Funktionen

beziehen. Diese Angaben sind auf die Vorgaben der gesetzlichen Unfallversicherung bezogen, im sozialen Entschädigungsrecht sind die bereits in Tabelle 3.7 genannten Maßstäbe heranzuziehen.

Tab. 4.4 Empfehlungen für die MdE-Einschätzung psychischer Unfallfolgen in der gesetzlichen Unfallversicherung nach Philipp [34], bezogen auf die 3 Dimensionen psychisch-emotionale Beeinträchtigung, sozial-kommunikative Beeinträchtigung und körperlich-funktionelle Einschränkung.

Beeinträchtigung	Erwerbsrelevanz	MdE
Leichte Beeinträchtigung		bis 20
- in einer Dimension	(Stufe 2) kaum bis leicht	0
- in zwei Dimensionen	(Stufe 3) leicht	10
- in drei Dimensionen	(Stufe 4) leicht bis mittelgradig	20

Beeinträchtigung	Erwerbsrelevanz	MdE
Mittelgradige Beeinträchtigung		bis 40
- in einer Dimension	(Stufe 4) leicht bis mittelgradig	20
- in zwei Dimensionen	(Stufe 5) mittelgradig	30
- in drei Dimensionen	(Stufe 6) mittelgradig bis schwer	40
Schwere Beeinträchtigung		bis 60
- in einer Dimension	(Stufe 6) mittelgradig bis schwer	40
- in zwei Dimensionen	(Stufe 7) schwer	50
- in drei Dimensionen	(Stufe 8) schwer bis vollständig	60
Vollständige Beeinträchtigung		bis 100
- in einer Dimension	(Stufe 7) schwer	50
- in zwei Dimensionen	(Stufe 8) schwer bis vollständig	60
- in drei Dimensionen	(Stufe 9) vollständig	≥ 70

Komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS)

Ergänzend enthält Tabelle 4.4 Vorschläge für die gutachtliche Bewertung von CRPS-Folgen im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung und des sozialen Entschädigungsrechts. Bei der privaten Unfallversicherung kann ein CRPS zusätzlich zu dem nach der Gliedertaxe zu bewertenden Lokalbefund im Bereich der betroffenen Extremität zu einer dann in % zu bewertenden „Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit“ führen.

Tab. 4.5 Gutachtliche Bewertung CRPS-bedingter Funktionsbeeinträchtigungen (modifiziert nach [50]).

Symptomatik	MdE ³⁶
Kein wesentlicher Schmerz in Ruhe oder unter geringer Belastung	<10 %
Schmerzfrei in Ruhe, jedoch Schmerz bei Bewegung und/oder geringer Belastung, kein hoher Analgetikabedarf	10 %
Schmerzen in Ruhe, jedoch ausreichende Linderung bei Hochlagerung und Belastungsreduktion, in der Regel dauerhafte Analgetikaeinnahme, meist noch keine arthrogenen Funktionsbeeinträchtigungen erkennbar	20-30 %
Ausgeprägte Schmerzen in Ruhe, keine Linderung durch Immobilisation und Lagerung, nachweislich ausgeprägte trophische Störungen und/oder arthrogene Funktionsbeeinträchtigungen	40-80 % ³⁷

³⁶ Ggf. höhere Werte im Bereich des sozialen Entschädigungsrechts (nach [50])

³⁷ Vergleichswert für Verlust der Handfunktion im Handgelenk in den MdE-Tabellen 60 v.H., höhere Werte nur bei nachweislich zusätzlichen Funktionsbeeinträchtigungen

5. Beschwerdenvalidierung (Konsistenzprüfung)

Die Klärung der Frage, ob und inwieweit die von zu Begutachtenden geklagten Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen tatsächlich auch bestehen, stellt eine - wenn nicht die - Kernaufgabe der ärztlichen Begutachtung dar [8][9][52]. Nachdem Begutachtungsaufträgen in der überwiegenden Zahl der Fälle der Wunsch des Probanden nach einer materiellen und/oder immateriellen Entschädigung zugrunde liegt, reicht das Spektrum der dargebotenen Symptome von einer authentischen Beschwerdendarstellung bis hin zu grober Vortäuschung schmerzbedingter Funktionsbeeinträchtigungen. Zu unterscheiden sind nachfolgende symptommodulierende Darstellungsformen:

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

5.1 Methoden der Beschwerdenvalidierung

Die lapidare Formel „kein Anhalt für Simulation oder Aggravation“ hat in validen Gutachten nur dann etwas zu suchen, wenn zuvor detailliert dargelegt wurde, auf welchen Einzelbefunden diese Einschätzung beruht. Zur Beschwerdenvalidierung – synonym Konsistenzprüfung – gilt es möglichst viele „Bausteine“ heranzuziehen, aus denen die gutachtliche „Überzeugungsbildung“ resultiert. Hierzu gehören die Beobachtung während der Exploration und körperlichen Untersuchung, spezielle klinische Tests, psychometrische Untersuchungen mit Fragebogen, Selbstbeurteilungsskalen und neuropsychologischen Tests sowie ggf. ein Monitoring des Blutspiegels als eingenommen angegebener Medikamente.

5.1.1 Klinische Beschwerdenvalidierung

Die klinische Konsistenzprüfung beruht einerseits auf Kriterien der Beobachtung bzw. der Korrelation verschiedener Befunde (Tab. 5.1), andererseits auf spezifischen, in der Literatur beschriebenen physiologischen Tests zur Validierung geklagter Schmerzen und/oder neurologischer Defizite [52].

5.1.2 Beschwerdenvalidierung anhand der Selbstbeurteilung

Für die klinische Verlaufsbeurteilung von Schmerzen, hierdurch bedingten Funktionsbeeinträchtigungen und psychischen Symptomen findet sich in der Literatur ein umfassendes Arsenal an Fragebogen und Selbstbeurteilungsskalen. Deren Einsatz wird zumindest im Sozialgerichtsverfahren auch ausdrücklich gefordert oder zumindest befürwortet³⁸. Allerdings kann aus ihnen allein keine Diagnose oder Funktionseinschränkung begründet werden, da die meisten dieser Verfahren für Begutachtungssituationen nicht validiert sind. Dies gilt nicht zuletzt für den Einsatz von in Deutschland entwickelten Selbsteinschätzungsskalen bei fremdsprachigen Probanden und Probanden aus einem anderen Kulturkreis.

³⁸ Vgl. BSG Beschluss vom 9.4.2003 – B 5 RJ 80/02 B

Tab. 5.1 Wichtigste Kriterien der klinischen Beschwerdvalidierung.

Korrelieren die geklagten bzw. bei der Untersuchung demonstrierten ...
Funktionsbeeinträchtigungen zum ersichtlichen Gangbild im Verlauf der Untersuchung?
Funktionsbeeinträchtigungen zum Schmerzverhalten im Verlauf der Untersuchung?
Funktionsbeeinträchtigungen zu ersichtlichen Spontanbewegungen?
Funktionsbeeinträchtigungen zum äußeren Erscheinungsbild (z.B. Beschwiellung im Seitenvergleich)?
Funktionsbeeinträchtigungen zu den zu eruiierenden Aktivitäten des täglichen Lebens?
Bewegungseinschränkungen zur ersichtlichen Muskulatur und Trophik?
Bewegungseinschränkungen während der körperlichen Untersuchung zu ersichtlichen Spontanbewegungen?
Sensibilitätsstörungen zu anatomischen Gegebenheiten?
Gleichgewichtsstörungen zu den pathophysiologischen Erwartungen?
psychischen Beeinträchtigungen mit objektivierbaren Symptomen auf der Befundebene?

Neben der Ergänzung der Eigenschilderung von Beschwerden und der Standardisierung von Befunden dienen Fragebogen und Selbstbeurteilungsskalen im gutachtlichen Kontext daher vor allem der Beschwerdvalidierung, indem die gemachten Angaben mit dem klinischen Bild korreliert werden oder die Fragebogen bereits Testfragen zur Konsistenzprüfung enthalten. Von Bedeutung sind dabei vor allem 5 Formen, von denen in umfangreicheren Fragebogen (z.B. Deutscher Schmerzfragebogen) bereits mehrere enthalten sind:

- **Schmerz-Skalen:** Die Angabe hoher Schmerzwerte (z.B. numerische Rating-Skala NRS) bzw. Beeinträchtigungen in Schmerzskaalen (Pain Disability Index PDI) ohne ersichtliche schwerere Beeinträchtigungen im Rahmen der gutachtlichen Untersuchungssituation stellt den Schweregrad der in den Skalen und Fragebogen geltend gemachten Störungen in Frage.
- **Funktions-Skalen:** Gleiches gilt für die Selbstangabe ausgeprägter Funktionsbeeinträchtigungen in Fragebogen (z.B. Veterans RAND 12 Gesundheitsfragebogen VR-12) ohne ersichtliche schwerere Beeinträchtigungen bei der Untersuchung.
- **Depressions-Skalen:** Extrem hohe Scores in derartigen Skalen (z.B. Hospital Anxiety and Depression Scale HADS, Depression Angst Stress Skala DASS) ohne das Vorliegen des klinischen Bildes einer schwerwiegenderen depressiven Episode auf der klinischen Befundebene deuten auf Inkonsistenzen hin.
- **Persönlichkeitsfragebogen:** Diese meist sehr umfangreichen Fragebogen (z.B. Minnesota Multiphasic Personality Inventory MMPI-2, Verhaltens- und Erlebnisinventar VEI) beinhalten „Validitätsskalen“, die Hinweise auf nicht-authentische Selbstangaben ergeben.
- **Simulationsfragebogen:** Hier ist vor allem die deutsche Übersetzung des „Structured Inventory of Malingered Symptomatology“ SIMS zu nennen, der zum Teil unsinnige, bizarre Aussagen enthält, die bei tatsächlichen psychischen Störungen nicht vorhanden sind.

5.1.3 Neurokognitive Beschwerdvalidierung

Im Zusammenhang mit der Vortäuschung kognitiver Störungen nach Schädel-Hirn-Traumen wurden von neuropsychologischer Seite zahlreiche Tests zur Erkennung einer unzureichenden Leistungsmotivation bei neurokognitiven Defiziten entwickelt [32][33]. Das Grundproblem aller dieser Tests liegt darin, dass der eindeutige (!) Nachweis für Simulation, das Unterschreiten der Ratewahrscheinlichkeit von 50 % richtiger Antworten, nur selten - bei grober Vortäuschung von Beschwerden - erreicht wird. Im „Zwischenbereich“ zwischen Ratewahrscheinlichkeit und 100%iger Treffsicherheit berufen sich alle Tests auf die Ergebnisse von Validierungsstudien. Neben Simulation oder Aggravation können auffällige Ergebnisse in diesem Be-

reich jedoch auch Folge dissoziativer, somatoformer und/oder depressiver Störungen sowie der Nebenwirkungen psychotroper Substanzen sein [11]. Darüber hinaus macht der Einsatz neuropsychologischer Beschwerdewalidierungstests bei Schmerzsyndromen nur Sinn, wenn gleichzeitig neurokognitive Defizite geklagt werden. Doch selbst dann sind derartige Tests nur eine Ergänzung zum klinischen Eindruck und anderen Inkonsistenzen in der Begutachtungssituation.

5.1.4 Medikamentenmonitoring

Bedeutung bei der Konsistenzprüfung der gemachten Angaben kommt im Einzelfall auch dem Serumspiegel der aktuell als eingenommen beschriebenen Medikamente zu, z.B. bei geklagten medikamentenassoziierten Nebenwirkungen. Nahezu alle in der Schmerztherapie und Psychiatrie relevanten Medikamente sind heute ohne größere Probleme, meist mit der Methode der Hochdruck-Flüssigkeitschromatographie (HPLC), nachweisbar. Opiate und Benzodiazepine können ggf. auch im Urin nachgewiesen werden. Der Proband ist über den Zweck der Untersuchung aufzuklären.

Bzgl. der Quantifizierung sind Probleme der individuellen Verstoffwechslung zu berücksichtigen. So sagt ein nicht im therapeutischen Bereich liegender, zu niedriger Medikamentenspiegel wenig darüber aus, ob ein Medikament regelmäßig eingenommen wird oder nicht, da 5-10% der Bevölkerung „ultrarapid metabolizer“ sind [6]. Der gemessene maximale Blutplasmaspiegel z.B. für Nortriptylin, dem Hauptmetaboliten des Amitriptylin, kann im (seltenen) Extremfall auf 20 % des Erwartungswerts reduziert sein, die Halbwertszeit kann zwischen 18 und 54 Stunden schwanken [5]. Auch sind Interaktionen zwischen verschiedenen Medikamenten mit sowohl Verlängerung als auch Verkürzung der Plasma-Halbwertszeit zu beachten. Als grober Anhaltspunkt kann dienen, dass der Zeitraum zwischen angegebenen Einnahme und Blutabnahme die (normale) Halbwertszeit des jeweiligen Medikaments nicht wesentlich überschreiten sollte, um hier auf der „sicheren Seite“ zu liegen (Tab. 5.2). Ein überhaupt nicht nachweisbarer Medikamentenspiegel im Blutserum schließt jedoch weitgehend aus, dass ein am Untersuchungstag - in Abhängigkeit der Halbwertszeit auch am Tag zuvor – als eingenommen angegebenes Medikament tatsächlich eingenommen wurde.

Tab. 5.2 Orientierungswerte für die Eliminations-Halbwertszeit im Blutplasma von in der Schmerztherapie häufig eingesetzten Medikamenten.

> 24 h	12-24 h	6-12 h	< 6 h
Diazepam Mirtazapin	Amitriptylin Bupropion Carbamazepin Doxepin Duloxetin Lorazepam NSAR retardiert Trimipramin Valproinsäure	Flupirtin Gabapentin Lamotrigin Opiode retardiert Opiamol Oxazepam Pregabalin Venlafaxin	Novaminsulfon NSAR (Ibuprofen, Diclofenac) Opiode unretardiert Paracetamol Zolpidem

5.2 Ergebnisbeurteilung der Beschwerdewalidierung

Unter Berücksichtigung der o.g. „Bausteine“ ist es Aufgabe des medizinischen Sachverständigen dem Auftraggeber des Gutachtens detailliert darzulegen, aufgrund welcher konkreten Befunde er zu der Überzeugung gelangt, dass die Schmerzen in der geklagten Form bestehen bzw. aufgrund welcher Auffälligkeiten diese Überzeugung nicht zustande kommt (Tab. 5.3).

Tab. 5.3 Hinweise auf nicht oder nicht in dem geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen.

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

Literatur

- [1] Ballantyne JC, Sullivan MD. Intensity of Chronic Pain. *N Engl J Med* 2016; 374:1395
- [2] Bianchini KJ, Greve KW, Glynn G. On the Diagnosis of Malingered Pain-Related Disability: Lessons from Cognitive Malinger Research. *Spine J* 2005; 5: 404-417
- [3] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV - Versorgungsmedizinische Grundsätze, 2008 (letzte Änderung vom 11.10.2012)
- [4] Cieza A, Stucki G, Weigl M, Kullmann L, Stoll T, Kamen L, Kostanjsek N, Walsh N. ICF Core sets for chronic widespread pain. *J Rehabil Med* 2004; Suppl. 44: 63–68
- [5] Dalén P, Dahl ML, Bernal Ruiz ML, Nordin J, Bertilsson L. 10-Hydroxylation of nortriptyline in white persons with 0, 1, 2, 3, and 13 functional CYP2D6 genes. *Clin Pharmacol Ther* 1998; ;63: 444-452
- [6] De Leon J: The crucial role of the therapeutic window in understanding the clinical relevance of the poor versus the ultrarapid metabolizer phenotypes in subjects taking drugs metabolized by CYP2D6 or CYP2C19. *J Clin Psychopharmacol* 2007; 27: 241-245
- [7] Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit" (ICF). 2008, www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm
- [8] Dohrenbusch R. Symptom- und Beschwerdevalidierung chronischer Schmerzen in der sozialmedizinischen Beurteilung. Teil I: Methodische und terminologische Ansätze. *Schmerz* 2009; 23: 236-40.
- [9] Dohrenbusch R. Symptom- und Beschwerdevalidierung chronischer Schmerzen in der sozialmedizinischen Beurteilung. Teil II. *Schmerz* 2009.; 23: 246-50
- [10] Dohrenbusch R. Begutachtung somatoformer Störungen und chronifizierter Schmerzen. Kohlhammer, Stuttgart, 2007
- [11] Dreßing H, Widder B, Foerster K. Kritische Bestandsaufnahme zum Einsatz von Beschwerdvalidierungstests in der psychiatrischen Begutachtung. *Versicherungsmedizin* 2010; 62: 163-167
- [12] Egle U, Frommberger U, Kappis B. Begutachtung bei Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) mit Leitsymptom Schmerz. *Schmerz* 2014; 28: 354-364
- [13] Egle UT, Kappis B, Schairer U, Stadtland C (Hrsg.) Begutachtung chronischer Schmerzen. Urban & Fischer München, 2014
- [14] Egle UT, Keller F, Kappis B, Schairer U, Bär KJ. Stressinduzierte Hyperalgesie (SIH). Neurobiologische Mechanismen und ihre Konsequenzen für die sozialmedizinische Begutachtung chronisch Schmerzkranker. *Med Sach* 2016; 112: 73-
- [15] Egloff N, Bischoff N, Kipfer S, Studer M, Grosse Holtforth M. Stressinduzierte Hyperalgesie. Ein pathogenetisches Modell zum klinischen Verständnis funktioneller Schmerzsyndrome. *Ärztl Psychotherapie* 2016; 11: 130-137
- [16] Fabra M: So genannte komplexe Ich-Funktionen, psychischer Querschnittsbefund und Einschätzung des Leistungsvermögens in der Begutachtung psychogener Erkrankungen. *Versicherungsmedizin* 2005; 57: 133-136 und 178-181
- [17] Falkai P, Wittchen HU (Hrsg.): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5. Hogrefe, Göttingen 2015
- [18] Foerster K. Begutachtung von Patienten mit chronischen Schmerzen aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht. *Med Sach* 2002; 98: 152-156
- [19] Gärtner CM, Schiltenswolf M. Eingeschränkte Wirksamkeit von Opioiden bei chronischen muskuloskelettalen Schmerzen. Eine Ursachenanalyse. *Schmerz* 2004; 18: 506-514
- [20] Gerbershagen U. Organisierte Schmerzbehandlung - Eine Standortbestimmung. *Internist* 1986; 27: 459-469
- [21] Harden RN, Bruehl S, Stanton-Hicks M, Wilson PR. Proposed new diagnostic criteria for complex regional pain syndrome. *Pain Med* 2007; 8: 326-331
- [22] Hausotter W, Eich J. Die Begutachtung für die private Berufsunfähigkeitsversicherung. Verlag Versicherungswirtschaft GmbH, Karlsruhe, 2008
- [23] Huppe A, Raspe H. Efficacy of inpatient rehabilitation for chronic back pain in Germany: update of a systematic review. *Rehabilitation* 2005; 44: 24-33
- [24] Keller F, Schairer U, Kappis B, Egle UT. Sozialmedizinische Begutachtung bei chronischen Schmerzzuständen. *Med Sach* 2016; 112: 56-
- [25] Kisely S, Goldberg D, Simon G. A comparison between somatic symptoms with and without clear organic cause: results of an international study. *Psychol Med* 1997; 27:1011-1019
- [26] Kouyouou K, Pither CE, Rabe-Hesketh S, Wesely S. A comparative study of iatrogenesis, medication abuse, and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. *Pain* 1998; 76: 417-426
- [27] Kouyouou K, Pither CE, Wesely S. Iatrogenic factors and chronic pain. *Psychosom Med* 1997; 59: 597-604
- [28] Kouyouou K, Pither CE, Wesely S. Medication misuse, abuse and dependence in chronic pain patients. *J Psychosom Res* 1997; 43: 497-504
- [29] Lehmann R, Ludoph E. Die Invalidität in der privaten Unfallversicherung. 4 Aufl. Karlsruhe: Verlag Versicherungswirtschaft; 2013
- [30] Linden M, Baron S, Muschalla B. Mini-ICF-APP Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psy-

- chischen Erkrankungen. Ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF, der Weltgesundheitsorganisation. Huber, Bern 2015
- [31] Marelli R, Kopp HG, Küchenhoff J. Multidimensionale Beurteilung somatoformer Störungen im versicherungspsychiatrischen Kontext. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2010; 161: 117-127
- [32] Merten T. Beschwerdendvalidierung bei der Begutachtung kognitiver und psychischer Störungen. *Fortschr Neurol Psych* 2011; 79: 102-116
- [33] Merten T. Beschwerdendvalidierung. Göttingen: Hogrefe; 2014
- [34] Philipp M. Vorschlag zur diagnoseunabhängigen Ermittlung der MdE bei unfallbedingten psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. *Med Sach* 2015; 111: 255-262
- [35] Rainville J, Pransky G, Indahl A, Mayer EK. The Physician as Disability Advisor for Patients with Musculoskeletal Complaints. *Spine* 2005; 30: 2579-2584
- [36] Rauh E, Svitak M, Grundmann H. Handbuch psychosomatische Begutachtung. Ein praktisches Manual für Ärzte und Versicherer. München: Urban & Fischer; 2008
- [37] Schiltewolf M, Hollo DF (Hrsg.) Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane. 6. Auflage. Thieme, Stuttgart, 2014
- [38] Schiltewolf M, Pogatzki-Zahn EM. Schmerzmedizin aus einer interkulturellen und geschlechterspezifischen Perspektive. *Schmerz* 2015; 29: 569-575
- [39] Schneider S, Lipinski S, Schiltewolf M. Occupations associated with a high risk of self-reported back pain: representative outcomes of a back pain prevalence study in the Federal Republic of Germany. *Eur Spine J* 2006; 15: 821-833
- [40] Schneider S, Schmitt H, Zoller S, Schiltewolf M. Workplace stress, lifestyle and social factors as correlates of back pain: a representative study of the German working population. *Int Arch Occup Environ Health* 2005; 78: 253-269
- [41] Schönberger A, Mehrtens G, Valentin H. Arbeitsunfall und Berufskrankheit. 9. Auflage. Berlin, Erich Schmidt Verlag 2017
- [42] Schröter F, Ludolph E. Empfehlungen zur Bemessung von Unfallfolgen. In: Schiltewolf M, Hollo DF (Hrsg.) Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane. 6. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2013
- [43] Singh HP, Davis TR. The effect of short-term dependency and immobility on skin temperature and colour in the hand. *J Hand Surg Br* 2006; 31: 611-615
- [44] Sullivan MD, Ballantyne JC. Must we reduce pain intensity to treat chronic pain? *Pain* 2016; 157: 65-69
- [45] Thomann KD, Schröter F, Grosser V (Hrsg.). Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung. 2. Aufl. München: Urban & Fischer; 2013
- [46] Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF. Grading the severity of chronic pain. *Pain* 1992; 50: 133-149
- [47] Wehking E. Das komplexe regionale Schmerzsyndrom (CRPS) in Abgrenzung psychogener Störungen. *Versicherungsmedizin* (2007), 59: 16-19
- [48] Widder B, Frisch SAL. Chronische Schmerzsyndrome. In Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2005, pp. 293-310
- [49] Widder B, Gaidzik PW (Hrsg.) Neurowissenschaftliche Begutachtung. 3. Auflage, Thieme, Stuttgart, 2017
- [50] Widder B, Tegenthoff M. Begutachtung komplexer regionaler Schmerzsyndrome (CRPS). *Med Sach* 2014; 110: 26-31
- [51] Widder B, Dreßing H, Gonschorek A, Tegenthoff M, Drechsel-Schlund C. Posttraumatische Belastungsstörung im DSM-5 – Implikationen für die gesetzliche Unfallversicherung. *Med Sach* 2016; 112: 156-159
- [52] Widder B. Beurteilung der Beschwerdendvalidität. In Widder B, Gaidzik PW (Hrsg.) Neurowissenschaftliche Begutachtung. 3. Auflage, Thieme, Stuttgart, 2017
- [53] Widder B. Begutachtung psychischer Störungen nach minderschweren Traumen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2017; 85: 216-222

6. Leitlinien-Report

Urheberschaft

Insgesamt 9 medizinische Fachgesellschaften haben geeignete Experten benannt, die mit rechtlicher Beratung unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB) die seit 2005 bestehende Leitlinie überarbeitet und aktualisiert haben. Abschließend wurde die Leitlinie durch die Leitlinienkommissionen der beteiligten Fachgesellschaften bestätigt.

Da es sich um eine Leitlinie zur Begutachtung handelt, bei der von den Beteiligten gemäß den rechtlichen Vorgaben strikte Neutralität gefordert wird, wurden in die Leitlinienüberarbeitung weder Betroffenenvereinigungen wie z.B. Selbsthilfegruppen noch Vertreter gesetzlicher oder privater Versicherungen einbezogen, da beiden Gruppen Parteistatus zukommt.

Zielgruppe

Die Leitlinie betrifft definitionsgemäß nicht Patienten im Sinne der Heilbehandlung, sondern Antragsteller auf Versicherungsleistungen oder Entschädigungen, bei denen ärztlicherseits zu klären ist, ob schmerzbedingte Funktionsbeeinträchtigungen bestehen, ob ggf. ein Zusammenhang mit einem versicherten Schädigungsereignis besteht, und wie nachgewiesene Funktionsbeeinträchtigungen gemäß den rechtlichen Vorgaben in den einzelnen Rechtsgebieten zu quantifizieren sind. Anwenderzielgruppe der Leitlinie sind primär alle mit der Begutachtung bei geklagten Schmerzen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte. Darüber hinaus dient die Leitlinie der Information für betroffene Antragsteller von Versicherungsleistungen, Richter, Rechtsanwälte sowie Mitarbeiter gesetzlicher und privater Versicherungsträger.

Methodik der Leitlinie

Die 2005 publizierte erste Version der Leitlinie (S1) wurde durch Experten formuliert, die von zunächst 5 medizinischen Fachgesellschaften benannt worden waren, und im Rahmen mehrerer Konsensustreffen abgestimmt. Zusätzlich erfolgte eine Überprüfung der juristischen Formulierungen durch einen Sozialrichter. Die erste Überarbeitung 2007 (S2) wurde nach einem Konsensustreffen des erweiterten, ebenfalls von den beteiligten Fachgesellschaften definierten Autorenkreises unter Hinzutreten der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) verabschiedet. Für die zweite Überarbeitung 2012 (S2k) wurde die bestehende Leitlinie zunächst vom engeren Autorenkreis der beteiligten Fachgesellschaften überarbeitet, mit Änderungsvorschlägen versehen und dem erweiterten Autorenkreis der bereits an der Leitlinie 2007 beteiligten Fachgesellschaften zugesandt. Die Änderungsvorschläge wurden dann bei zwei Konsensustreffen des erweiterten Autorenkreises 2010/2011 diskutiert.

Die nunmehr vorliegende vierte Version der Leitlinie 2017 (S2k) erfolgt unter Hinzutreten der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM). Die ebenfalls zur Teilnahme eingeladenene Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) konnte aus Kapazitätsgründen nicht teilnehmen. Nach vorheriger schriftlicher Einholung von Änderungsvorschlägen erfolgte am 23.05.2017 im Rahmen eines nominalen Gruppenprozesses in Frankfurt/Main durch die anwesenden Autoren der Leitliniengruppe eine Diskussion strittiger Punkte sowie eine abschließende Konsentierung. Nach erneutem schriftlichen Versand an alle Autoren und Einholung von Änderungs- und Ergänzungsvorschlägen wurde die revidierte Leitlinie den Autoren zur abschließenden Bewertung nach dem „Deutschen Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI)“ vorgelegt. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 6.1.

Tab. 6.1 Bewertung der Leitlinie durch die Autoren nach DELBI.
Bewertung 1: trifft überhaupt nicht zu / Bewertung 4: trifft uneingeschränkt zu

Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck		1	2	3	4
1	Das Gesamtziel der Leitlinie ist differenziert beschrieben.	0	0	1	12
2	Die in der Leitlinie behandelten medizinischen Fragen / Probleme sind differenziert beschrieben.	0	0	1	12
3	Die Anwender, für die die Leitlinie gelten soll, sind eindeutig beschrieben.	0	0	1	12

Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen		1	2	3	4
4	Die Entwicklergruppe der Leitlinie schließt Mitglieder aller relevanten Berufsgruppen ein.	0	0	9	4
5	Die Ansichten und Präferenzen der Patienten wurden ermittelt.	Keine Bewertung, da LL keine Patienten betrifft			
6	Die Anwenderzielgruppe der Leitlinie ist definiert.	0	0	6	7
7	Die Leitlinie wurde in einer Pilotstudie von Mitgliedern der Anwenderzielgruppe getestet.	Keine Bewertung, da lediglich Überarbeitung			
Domäne 3: Methodologische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung		1	2	3	4
8	Bei der Suche nach der Evidenz wurden systematische Methoden angewandt.	Keine diesbezüglichen evidenzbasierten Studien vorhanden			
9	Die Kriterien für die Auswahl der Evidenz sind klar beschrieben.	s. o.			
10	Die zur Formulierung der Empfehlungen verwendeten Methoden sind klar beschrieben.	s. o.			
11	Bei der Formulierung der Empfehlungen wurden gesundheitlicher Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken berücksichtigt.	s. o.			
12	Die Verbindung zwischen Empfehlungen und der zugrunde liegenden Evidenz ist explizit dargestellt.	s. o.			
13	Die Leitlinie ist vor ihrer Veröffentlichung durch externe Experten begutachtet worden. (Anmerkung: erweiterter Autorenkreis, Juristen)	0	1	3	9
14	Ein Verfahren zur Aktualisierung der Leitlinie ist angegeben.	0	1	2	10
Domäne 4: Klarheit und Gestaltung		1	2	3	4
15	Die Empfehlungen der Leitlinie sind spezifisch und eindeutig.	0	0	6	7
16	Die verschiedenen Handlungsoptionen für die Begutachtungsprobleme sind dargestellt.	0	0	1	12
17	Schlüsselempfehlungen der Leitlinie sind leicht zu identifizieren.	0	0	0	13
18	Es existieren Instrumente bzw. Materialien, die die Anwendung der Leitlinie unterstützen.	0	0	8	5
Domäne 5: Generelle Anwendbarkeit		1	2	3	4
19	Die möglichen organisatorischen Barrieren gegenüber der Anwendung der Empfehlungen werden diskutiert.	0	1	10	2
20	Die durch die Anwendung der Empfehlungen der Leitlinie möglicherweise entstehenden finanziellen Auswirkungen werden berücksichtigt.	0	4	3	6
21	Die Leitlinie benennt wesentliche Messgrößen für das Monitoring und / oder die Überprüfungskriterien.	0	2	6	5
Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit		1	2	3	4
22	Die Leitlinie ist redaktionell von der (den) finanzierenden Organisation(en) unabhängig.	0	0	0	13
23	Interessenkonflikte von Mitgliedern der Leitlinienentwicklungsgruppe wurden dokumentiert.	0	0	0	13
Domäne 7: Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem		1	2	3	4
24	Es liegen Empfehlungen zu präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen in den verschiedenen Versorgungsbereichen vor.	LL betrifft keine der genannten Maßnahmen			

25	Es existieren Angaben, welche Maßnahmen unzweckmäßig, überflüssig oder obsolet erscheinen.	0	1	9	3
26	Die klinische Information der Leitlinie ist so organisiert, dass der Ablauf des medizinischen Entscheidungsprozesses systematisch nachvollzogen wird und schnell erfassbar ist.	LL betrifft keine klinischen Informationen			
27	Es ist eine Strategie / ein Konzept für die einfache Zugänglichkeit und für die Verbreitung der Leitlinie dargelegt.	0	3	8	2
28	Ein Konzept zur Implementierung der Leitlinie wird beschrieben.	0	1	11	1
29	Der Leitlinie ist eine Beschreibung zum methodischen Vorgehen (Leitlinien-Report) hinterlegt.	0	1	2	10
Domäne 8: Methodologische Exaktheit der Leitlinienentwicklung bei Verwendung existierender Leitlinien		1	2	3	4
30	Bei der Suche nach existierenden Leitlinien wurden systematische Methoden angewandt.	Einzige in der Literatur vorliegende LL zur Begutachtung bei Schmerzen			
31	Die Auswahl der als Evidenzquellen verwendeten Leitlinien (sogenannte Quelleitlinien) ist transparent und explizit begründet.	s. 8			
32	Die Qualität der Quelleitlinien wurde überprüft.	s. 30			
33	Es wurden systematische Aktualisierungsrecherchen zu den Quelleitlinien durchgeführt.	s. 30			
34	Modifikationen von Empfehlungen der Quelleitlinien sind eindeutig benannt und begründet.	s. 30			

Interessenskonflikte

Die Autoren geben an, keine Interessenskonflikte zu haben. Die detaillierten Angaben hierzu finden sich als Anlage zur Leitlinie.

Anwendungshinweise

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

Implementierung

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

Finanzierung

Die beteiligten Fachgesellschaften gewähren z.T. den von ihnen autorisierten Mitgliedern der Leitlinien-gruppe eine Fahrtkostenvergütung für die Konsensustreffen. Eine darüber hinaus gehende Finanzierung durch Dritte (z.B. gesetzliche oder private Versicherungen) besteht nicht.

Erstes Erstellungsdatum

22. Oktober 2005

Letzte Überarbeitung

12.08.2017

Überprüfung geplant

2023

Korrespondenzadresse

Prof. Dr.med. Dr. Dipl.-Ing. B. Widder,
Neurowissenschaftliche Gutachtenstelle,
Bezirkskrankenhaus Günzburg,
Ludwig-Heilmeyer-Straße 2, 89312 Günzburg,
E-mail: bernhard.widder@bkh-guenzburg.de