

Leitlinien für die Begutachtung von Schmerzen

Version 9.21 vom 02.11.2004

1. Präambel

Urheberschaft

Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM) sowie das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), und die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) haben die Erstellung dieser Leitlinien initiiert, geeignete Experten benannt, (und diese verabschiedet). Es ist vorgesehen, dass weitere Fachgesellschaften der Urheberschaft hinzutreten.

Autoren

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

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

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

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

unter Mitarbeit von W. Petruschka, Vizepräsident des Sozialgerichts Mannheim

Ziel der Leitlinie

Die Leitlinie soll den Ablauf und Inhalt der Begutachtung von Patienten, die als Leitsymptom Schmerzen beklagen, vereinheitlichen. Sie soll der Komplexität von Schmerz, Schmerzerleben und Schmerzbeeinträchtigung durch die Beschreibung interdisziplinären Zusammenwirkens gerecht werden. Durch die Beschreibung sowohl der fachgebundenen Kompetenz als auch der Zusammenarbeit zwischen Gutachtern verschiedener Fachdisziplinen sollen qualitätssichernde Maßnahmen für die Gutachtenerstellung und Grundlagen für einheitliche Einschätzungen schmerzkranker Probanden in den verschiedenen

Rechtsbereichen ermöglicht werden. Damit soll auch die Verständigung zwischen Ärzten und Juristen verbessert werden.

Inhalt der Leitlinie

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

Zielgruppe

Alle in der Begutachtung von Schmerzen tätigen Ärztinnen und Ärzte.

Evidenzgrad

Die ärztliche Begutachtung unterliegt sozialen und juristischen Vorgaben im Rahmen bestehender Landesgesetze und Verordnungen, so dass allgemein gültige Leitlinien nicht formulierbar sind. Die vorliegenden Leitlinien beziehen sich schwerpunktmäßig auf die Situation in der Bundesrepublik Deutschland. Sie wurden von einem Expertengremium formuliert, dessen Vertreter von den beteiligten Fachgesellschaften benannt wurden. Ein erweiterter, ebenfalls von den Fachgesellschaften definierter Autorenkreis hat den vorgelegten Text kritisch redigiert. Ergänzend erfolgte eine Überprüfung von sozialrechtlicher Seite.

Implementierung

Die Fachgesellschaften sind für die Implementierung der Leitlinie zuständig. Publikationen in den Organen der Gesellschaften sollen die Verbreitung und Umsetzung der Leitlinie sicherstellen. Die Zertifizierung erfolgt auf S1- und S2-Niveau durch die Fachgesellschaften. Geplant ist eine gemeinsame Weiterleitung an die AWMF zur fachgebietsübergreifenden Publikation.

Überprüfung der Anwendung

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

Aktualisierung

Zunächst in zweijährigen Abständen.

2. Spezielle Aspekte der Begutachtung von Schmerzen

Grundvoraussetzung jeder sachgerechten Begutachtung ist, dass der Sachverständige die Grundzüge der unterschiedlichen Rechtsgebiete und deren spezifische Forderungen kennt (s. z.B. auch Leitlinien „Allgemeine Grundlagen neurologischer Grundlagen“ der Arbeitsgemeinschaft Neurologische Begutachtung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie). Soweit die Weiterbildungsordnung in dem Fachgebiet oder Schwerpunkt des Gutachters keine Kenntnisse der Begutachtung vorsieht, ist eine geeignete Fortbildung erforderlich.

Über diese allgemeinen Vorgaben an den Sachverständigen hinaus sind bei der Begutachtung von Schmerzen nachfolgende Besonderheiten (besonders) zu berücksichtigen:

Wahrung der Unparteilichkeit

Im Gegensatz zur üblichen ärztlichen Tätigkeit hat es der Gutachter strikt zu vermeiden, Partei für den zu Untersuchenden oder den Auftraggeber zu nehmen. Der im konkreten Fall behandelnde Arzt soll daher i.d.R. nicht gleichzeitig als Gutachter tätig werden.

Bezeichnung

Entsprechend der ärztlichen Weiterbildungsordnung soll das Gutachten nach dem Fachgebiet des erstellenden Arztes benannt werden. Es soll nicht von „schmerztherapeutischen Gutachten“ gesprochen werden, da therapeutische Anliegen mit den gutachterlichen Aufgaben nicht in Einklang zu bringen sind. Auch der Begriff des „Schmerzgutachtens“ ist unglücklich und soll vermieden werden. Soweit nicht die Fachgebietsbezeichnung des Sachverständigen für die Klassifizierung des Gutachtens ausreichend erscheint, soll daher von der „Begutachtung von Schmerzen“ gesprochen werden.

Umgang mit Probanden aus anderen Kultur- und Sprachräumen

Da bei der Begutachtung von Schmerzen der Anamneseerhebung besondere Bedeutung zukommt, soll bei fremdsprachigen Probanden bereits vor der Begutachtung geklärt werden, ob hierzu ein Dolmetscher erforderlich ist. Sofern dies der Fall ist, soll der Dolmetscher vom Auftraggeber benannt werden. Familienangehörige, Freunde oder Bekannte sind i.d.R. nicht heranzuziehen. Der Gutachter soll sich allerdings darüber im Klaren sein, dass Schmerzempfindung und -schilderung bei Probanden aus anderen Kulturräumen andersartig sein können und damit nur eingeschränkt in die deutsche Sprache übertragbar sind.

Ärztliche Aufgabe

Die Begutachtung von Schmerzen ist eine ärztliche Aufgabe. Psychologen und psychologische Psychotherapeuten können ggf. im Rahmen der psychiatrischen oder psychosomatischen Begutachtung nach Klärung mit dem Auftraggeber aufgrund ihrer speziellen Kompetenz mit der Erstellung einer Zusatzuntersuchung („Zusatzgutachten“) beauftragt werden.

Kenntnis der Krankheitsbilder

Der Gutachter muss über den aktuellen evidenzbasierten Wissensstand der Krankheitsbilder mit Leitsymptom „chronischer Schmerz“ verfügen (z.B. im Rahmen der Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“). Hierzu sei auch auf die entsprechenden Leitlinienseiten der AWMF verwiesen.

Interdisziplinärer Charakter

Die Begutachtung chronischer Schmerzen ist eine interdisziplinäre Aufgabe und erfordert Kompetenz sowohl zur Beurteilung körperlicher als auch psychischer Störungen. An erster Stelle soll durch geeignete Gutachter der Anteil durch Schädigungen des Nervensystems und anderer Gewebearten erklärbarer Schmerzen beurteilt werden. Diese Gutachter sollen über Grundkenntnisse psychisch verursachter Schmerzen im Sinne der psychosomatischen Grundversorgung verfügen.

Sind die Schmerzen und das Ausmaß der Beeinträchtigungen nicht oder nicht ausreichend durch Gewebeschäden erklärbar, soll der Gutachter, soweit er selbst nicht über entsprechende Kompetenz verfügt, dem Auftraggeber die Heranziehung eines psychiatrisch bzw. psychosomatisch geschulten Facharztes zur weiteren Begutachtung vorschlagen. Dieser Gutachter soll zusätzlich über eingehende Kenntnisse chronischer Schmerzen verfügen.

Problem der Quantifizierung von Schmerzen

Das Ausmaß der Schmerzen ist bislang nicht quantifizierbar, wenngleich bildgebende oder neurophysiologische Verfahren für den Nachweis von Gewebeschädigungen unverzichtbar sind. Dem Nachweis körperlicher und/oder psychischer Beeinträchtigungen im Alltags- und beruflichen Leben kommt daher bei der Begutachtung von Schmerzen überragende Bedeutung zu. Apparativ gewonnene Zufallsbefunde ohne Relevanz für die beklagten Schmerzen sollen als nicht Schmerz erklärend benannt werden.

Bedeutung psychometrischer Untersuchungen

Testpsychologische Verfahren und die Verwendung von Selbstbeurteilungsbögen können die Eigenschilderung der Beschwerden ergänzen und dienen der Standardisierung von Befunden. Wegen der Wiedergabe subjektiver Einschätzungen kommt ihnen jedoch in der gutachterlichen Situation keine Bedeutung als objektives Kriterium zu. Eine unkritische Übernahme der darin geltend gemachten Beeinträchtigungen soll daher unterbleiben. Für die Beurteilung der tatsächlichen Funktionsbeeinträchtigungen sind der erhobene Befund während der Exploration und Untersuchung sowie die Verhaltensbeobachtung wesentlich.

Diagnose und Funktionsminderung

Die Schwere der Krankheit des Probanden ergibt sich aus den Diagnosen und den belegten Funktionsminderungen. Diagnosen allein erklären nicht den Schweregrad einer Schmerzsymptomatik. Letztlich konkret nichts aussagende Diagnosen wie „Z.n.“ oder topisch orientierte Syndrome (z.B. Zervikalsyndrom) sind zu vermeiden. Verdachtsdiagnosen dürfen gemäß den rechtlichen Vorgaben sowohl bei der Beurteilung von Funktionsstörungen als auch der Kausalität nicht berücksichtigt werden, da Schädigungen jeweils nachzuweisen (sog. „Vollbeweis“) sind.

Behandelbarkeit und Funktionsminderung

Patienten mit psychisch (mit-)verursachten bzw. unterhaltenen Schmerzen sind häufig einer Behandlung nur schwer zugänglich. Dies kann auch Folge fehlgeleiteter Vorbehandlungen sein (iatrogene Fixierung und Schädigung). Geringer oder ausbleibender Behandlungserfolg begründet jedoch nicht zwangsläufig auch hohen Leidensdruck mit schweren Funktionsbeeinträchtigungen. Hoher Leidensdruck ist dann anzunehmen, wenn sich Beeinträchtigungen im privaten und/oder beruflichen Alltagsleben und in der sozialen Partizipation nachweisen lassen, was im Gutachten detailliert darzustellen ist.

Symptomverstärkende Darstellungsformen

Simulation ist das bewusste und ausschließliche Vortäuschen einer krankhaften Störung zu bestimmten, klar erkennbaren Zwecken. Simulation gilt als selten.

Aggravation ist die bewusste verschlimmernde bzw. überhöhende Darstellung einer krankhaften Störung zu erkennbaren Zwecken. Sie ist in der Begutachtungssituation relativ häufig zu beobachten. Simulation und Aggravation sollten in Gutachten klar beschrieben werden.

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

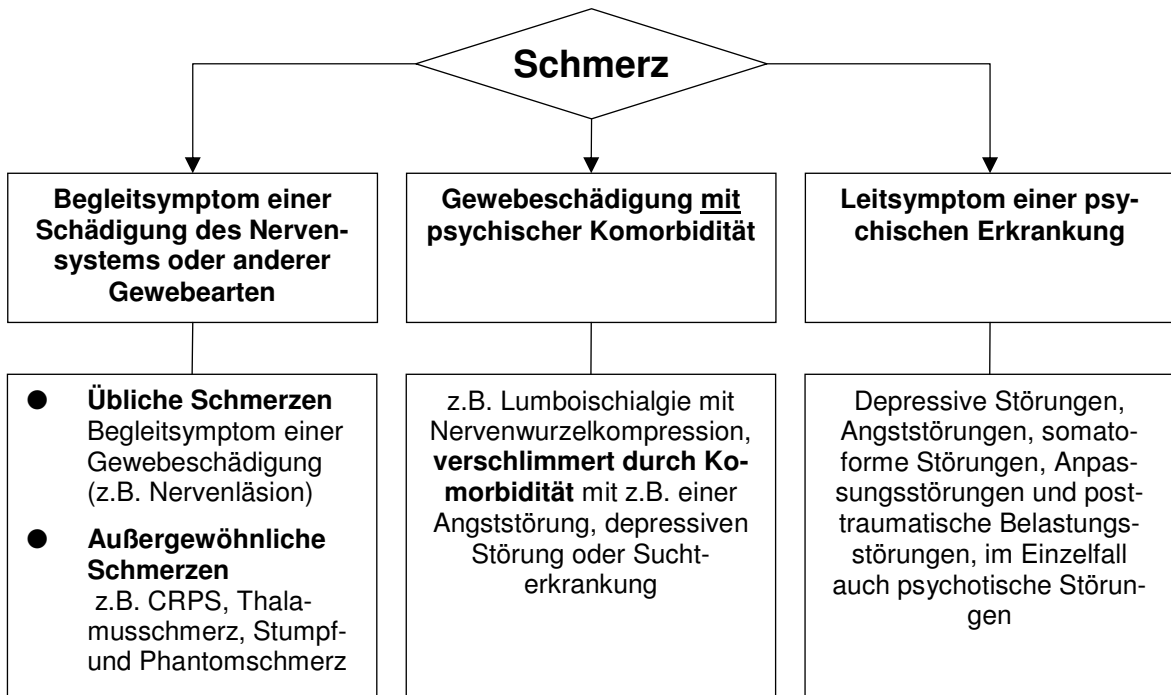
Untersucherreaktion und Gegenübertragungsverhalten

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

3. Einteilung von Schmerzen

In der gutachterlichen Situation sind drei Kategorien von Schmerzen zu unterscheiden (Abb. 1):

Abb.1. Einteilung von Schmerzen aus gutachterlicher Sicht



a) Schmerz als Begleitsymptom einer Schädigung des Nervensystems oder anderer Gewebearten

Hierbei sind in der Terminologie der Gutachtenliteratur zwei Untergruppen definiert:

- „**Übliche Schmerzen**“ als Begleitsymptom einer körperlich fassbaren Erkrankung. Sie stellen bei der Begutachtung im Allgemeinen kein Problem dar und sind in den verbindlichen (z.B. „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit“ im Schwerbehindertenrecht) oder allgemein anerkannten (z.B. Literatur zur gesetzlichen Unfallversicherung) gutachterlichen Bewertungstabellen bereits berücksichtigt.
- „**Außergewöhnliche Schmerzen**“ z.B. nach Schädigung bestimmter Hirnstrukturen („Thalamusschmerz“), nach Amputationen („Stumpf-“ und „Phantomschmerz“) sowie im Rahmen eines „komplexen regionalen Schmerzsyndroms“ (CRPS). Hier bestehen regelmäßig besondere Anforderungen an die Qualität der diagnostischen Abklärung. Ist die Diagnose hinreichend gesichert und sind ggf. Kausalitätsfragen ausreichend geklärt, ergeben sich im Allgemeinen keine wesentlichen gutachterlichen Einschätzungsprobleme.

b) Schmerz bei Schädigung des Nervensystems oder anderer Gewebearten und psychischer Komorbidität

Die Auswirkungen von Gewebeschädigungen können durch psychische Komorbidität (z.B. Angststörung, depressive Störung, Suchterkrankungen) verschlimmert werden.

c) Schmerz als Leitsymptom einer psychischen Erkrankung

Hierzu zählen Schmerzen als Symptom einer primär psychischen Erkrankung wie etwa depressive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Anpassungsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen, im Einzelfall auch psychotische Störungen.

4. Ablauf und Inhalt der Begutachtung

Die Begutachtung von Schmerzen erfordert neben der körperlichen Untersuchung eine detaillierte und umfassende Exploration des Probanden, weswegen hierfür regelmäßig ein deutlich erhöhter Zeitbedarf einzurechnen ist. Im Einzelnen sollen Gutachten vor allem folgende Punkte enthalten:

Tabelle 1. Erforderliche Anamnese bei der Begutachtung von Schmerzen

Arbeits- und Sozialanamnese	Berufsausbildung mit/ohne Abschluss, Arbeitsbiographie, besondere psychische und physische Belastungen am Arbeitsplatz, Dauer und Begründung für Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit, Entwicklung der familiären Situation und deren Belastungen
Allgemeine Anamnese	Entwicklung der körperlichen und psychischen Erkrankungen aktuell und unter Einbeziehung früherer Lebensabschnitte einschließlich familiärer Belastungen - bei „kausalen“ Fragestellungen außerdem Angaben zu Unfallereignissen und anderen ursächlichen Einwirkungen und zum Verlauf danach.
Spezielle Schmerz-anamnese	Lokalisation, Häufigkeit und Charakter der Schmerzen; Abhängigkeit von verschiedenen Körperhaltungen, Tätigkeiten und Tageszeiten, Verlauf mit/ohne Remissionen; Biographische Schmerzerfahrungen: körperliche Misshandlung, emotionale Vernachlässigung, chronische familiäre Disharmonie, Parentifizierung, mehrfache postoperative Schmerzsituationen, Schmerzmodell bei wichtigen Bezugspersonen
Behandlungs-anamnese	Dauer, Intensität und Ergebnis bisheriger Behandlungsmaßnahmen, insbesondere Häufigkeit und Regelmäßigkeit von Arztbesuchen, Häufigkeit und Dauer der Einnahme von Medikamenten und deren Nebenwirkungen, Intensität physiotherapeutischer Behandlungen, Einbringen eigener Bewältigungsstrategien; symptomverstärkende und -unterhaltende ärztliche Maßnahmen
Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens	Schlaf, Tagesablauf, Mobilität, Selbstversorgung, Haushaltsaktivitäten wie Kochen, Putzen, Waschen, Bügeln, Einkaufen, Gartenarbeit, erforderliche Ruhepausen, Fähigkeit zum Auto- und Radfahren
Einschränkungen der Partizipation in verschiedenen Lebensbereichen	Familienleben einschließlich Sexualität und schmerzbedingter Partnerprobleme; soziale Kontakte einschließlich Freundschaften und Besuche; Freizeitbereich wie Sport, Hobbys, Vereinsleben, Halten von Haustieren, Urlaubsreisen; soziale Unterstützung und Qualität der Partnerbeziehung
Selbsteinschätzung	Eigene Einschätzung des positiven und negativen Leistungsbildes (z.B. anhand der Diskussion von geläufigen Verweistätigkeiten mit geringer körperlicher Beanspruchung)
Fremdanamnese	Exploration von engen Familienmitgliedern, Freunden oder Bekannten immer mit Einverständnis des Probanden ¹

¹ Es bestehen bei den Autoren kontroverse Ansichten, inwieweit die Fremdanamnese in Anwesenheit des Probanden erhoben werden sollte. Bei Abwesenheit des Probanden ist eine freiere Schilderung zu erwarten, andererseits sind dadurch spätere Konflikte zwischen dem Probanden und dem fremdanamnestisch Befragten wahrscheinlicher.

4.1 Anamnese

Angesichts des Fehlens geeigneter technischer Messmethoden zur Quantifizierung von Schmerzen ist es im Rahmen der Anamnese Aufgabe des Gutachters, insbesondere Beeinträchtigungen im täglichen Leben und in der sozialen Partizipation sowie Fragen der Entwicklung, des Erlebens und bisheriger Behandlungsmaßnahmen der geklagten Schmerzen eingehend zu hinterfragen (Tabelle 1). Hinweise hierzu können auf den Seiten der WHO (<http://www.dimdi.de/de/klassi/ICF/>) gewonnen werden.

4.2 Klinische Befunde

Bei der körperlichen Untersuchung sollten neben der klinischen und ggf. apparativen Untersuchung weitere Informationen zu bestehenden Funktionsstörungen aus der Beobachtung des Probanden gewonnen werden (Tabelle 2).

Tabelle 2. Erhebung klinischer Befunde bei der Begutachtung von Schmerzen

Beobachtung während der Begutachtung	Gangbild vor/während/nach der Begutachtung, Spontanmotorik, Fähigkeit zum Stillsitzen, erforderliche Entlastungsbewegungen, Bewegungsmuster beim An- und Auskleiden
Allgemeine Befunde	Allgemeiner körperlicher Untersuchungsbefund; zusätzlich Beobachtung von äußerem Erscheinungsbild und Körperpflege, Hand- und Fußbeschwellung, Muskulatur, Körperbräune usw.
Fachgebietsbezogener Untersuchungsbefund	Klinische Untersuchung entsprechend dem Fachgebiet des Gutachters. Bei psychosomatischen und psychiatrischen Gutachten sollte diese möglichst systematisch in Form einer standardisierten Diagnoseprozedur wie z.B. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID), Composite International Diagnostic Interview der WHO (CIDI) oder Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen (Mini-DIPS) erhoben werden
Apparative Zusatzbefunde	Soweit in Abhängigkeit von der Fragestellung/Erkrankung erforderlich
Selbsteinschätzungsskalen	Auswertung von Selbsteinschätzungsskalen unter Berücksichtigung der unter 2. (Psychometrische Tests) genannten Einschränkungen

4.3 Diagnosen

Die Diagnosen sollen sich an ICD-10 Kriterien orientieren, wobei für gutachterliche Belange die Funktionsstörungen an entscheidender Stelle genannt werden sollen. Bei Diagnosen aus dem Kapitel V (F: psychische und Verhaltensstörungen) sollte im Sinne der Qualitätssicherung neben der klinischen Untersuchung zusätzlich eine strukturierte Diagnoseprozedur eingesetzt werden (s. oben).

4.4 Zusammenfassung und Beurteilung

Die Zusammenfassung besteht grundsätzlich nicht in einer nur verkürzten Wiederholung von Aktenlage, Vorgeschichte, Anamnese, Befunden usw. Vielmehr ist dabei nur das auf-

zuführen, was zugleich für die Beurteilung und Beantwortung der gestellten Fragen von Bedeutung ist.

Bei der abschließenden gutachterliche Beurteilung von Schmerzen sind – wie auch bei anderen Gutachten - im Allgemeinen 4 Fragen zu beantworten:

- a) Welche Gesundheitsstörungen lassen sich „ohne vernünftigen Zweifel“ **nachweisen**?
- b) Bei kausalen Fragestellungen: Auf welche **Ursache(n)** sind diese Gesundheitsstörungen „mit Wahrscheinlichkeit“ zurück zu führen? Je nach Rechtsgebiet (z.B. Sozial- oder Zivilrecht) gelten dabei unterschiedliche Kriterien der Kausalitätsbewertung.
- c) Welche quantitativen und qualitativen **Auswirkungen** haben diese Gesundheitsstörungen? Je nach Rechtsgebiet (z.B. gesetzliche oder private Unfallversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherung, Schwerbehindertenrecht) kann die Bemessung der Funktionsstörungen unterschiedlich sein.
- d) Welche **Prognose** haben die nachweisbaren Gesundheitsstörungen?

Aufgrund des Fehlens geeigneter technischer Messmethoden zur Quantifizierung von Schmerzen stehen beim Nachweis und der Beurteilung der Auswirkungen schmerzbedingter Funktionsstörungen 2 Fragen im Vordergrund:

- **Inwieweit ist der Gutachter bei kritischer Würdigung der Befunde davon überzeugt, dass die geklagten Funktionsbeeinträchtigungen bestehen?**
Hier hat der Sachverständige Stellung dazu zu nehmen, ob und aufgrund welcher Fakten anhand der Zusammenschau von Exploration, Untersuchung, Verhaltensbeobachtung und Aktenlage die anamnestisch erfassten Funktionsbeeinträchtigungen in dem beschriebenen Umfang zur subjektiven Gewissheit des Gutachters (sog. „Vollbeweis“) bestehen. Zweifel am Ausmaß der geklagten Beschwerden können aufkommen, wenn eines oder mehrere der in Übersicht 1 genannten Kriterien erkennbar sind.

Übersicht 1. Hinweise auf nicht oder nicht in dem geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen.

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

Soweit aufgrund derartiger Beobachtungen eine Klärung des tatsächlichen Ausmaßes der Funktionsbeeinträchtigungen nicht möglich ist, soll sich der Gutachter nicht scheuen, dies in seinem Gutachten klar auszudrücken. Die Unmöglichkeit einer sachgerechten Beurteilung führt im Rechtsstreit meist zur Ablehnung des Renten- oder Entschädigungsantrags, da die Beweis- bzw. Feststellungslast i.d.R. beim Antragsteller liegt. Diese rechtliche Konsequenz darf jedoch auf das Gutachtenergebnis keinen Einfluss haben. Ebenso ist zu beachten, dass es einen Grundsatz des „in dubio pro aegroto“ bei der Begutachtung nicht gibt.

- **Inwieweit besteht eine willentliche Steuerbarkeit der geklagten Beschwerden („sekundärer Krankheitsgewinn“)?**

Lassen sich Funktionsbeeinträchtigungen zur Überzeugung des Gutachters nachweisen, gilt im zweiten Schritt zu klären, ob und inwieweit die geklagten Beschwerden bewusst oder bewusstseinsnah zur Durchsetzung eigener Wünsche (z.B. nach Versorgung, Zuwendung oder Entlastung von unangenehmen Pflichten) gegenüber Dritten eingesetzt werden („sekundärer Krankheitsgewinn“) und damit letztlich willentlich zu überwinden wären, oder ob die „Schmerzkrankheit“ den Lebensablauf und die Lebensplanung soweit übernommen hat, dass eine Überwindbarkeit - willentlich und/oder durch Therapie - nicht mehr möglich erscheint. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine zunächst bewusst eingesetzte Schmerzsymptomatik sich im Rahmen einer Chronifizierung zunehmend verselbständigen kann und schließlich nicht mehr willentlich zu beeinflussen ist. Allein die Tatsache lange dauernder Beschwerden schließt eine bewusstseinsnahe Steuerbarkeit jedoch nicht aus. Hinweise auf eine bestehende Steuerbarkeit der geklagten Beschwerden geben insbesondere die in Übersicht 2 genannten Kriterien.

Übersicht 2. Hinweise auf eine selbstbestimmte Steuerbarkeit der Beschwerden (Befunde möglichst durch Fremdanamnese bestätigt)

-
- Rückzug von unangenehmen Tätigkeiten (z.B. Beruf, Haushalt), jedoch nicht von den angenehmen Dingen des Lebens (z.B. Hobbys, Vereine, Haustiere, Urlaubsreisen),
 - Trotz Rückzug von aktiven Tätigkeiten Beibehalten von Führungs- und Kontrollfunktionen (z.B. Überwachung der Haushaltsarbeit von Angehörigen, Steuerung des Einkaufsverhaltens der Angehörigen).
-

Ausgehend von der Beantwortung dieser beiden Fragen ergeben sich für den Gutachter im Allgemeinen nur 3 Möglichkeiten einer abschließenden Aussage zu den Auswirkungen und zur Prognose der geltend gemachten Funktionsstörungen (Tabelle 3). Wie bereits oben erwähnt, dürfen die üblicherweise hieraus zu erwartenden rechtlichen Konsequenzen das Gutachtenergebnis nicht beeinflussen.

Tabelle 3. Möglichkeiten der abschließenden gutachterlichen Bewertung der geklagten Funktionsbeeinträchtigungen

... davon überzeugt, dass die geklagten Funktionsbeeinträchtigungen bestehen <u>und</u> willentlich oder durch Therapie nicht (mehr) überwunden werden können	i.d.R. Anerkennung durch den Auftraggeber
... zwar davon überzeugt, dass die geklagten Funktionsbeeinträchtigungen bestehen, diese aber willentlich und/oder durch Therapie (zum Teil) überwunden werden könnten	i.d.R. <u>keine</u> Anerkennung durch den Auftraggeber (keine dauerhafte Funktionsbeeinträchtigung)
... nicht davon überzeugt, dass die Funktionsbeeinträchtigungen in der geklagten Form bestehen	i.d.R. <u>keine</u> Anerkennung durch den Auftraggeber (Beweislast des Antragstellers)

Literatur

AWMF online: Leitlinien Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Leitlinie Somatoforme Störungen 1: Somatoforme Störungen im Überblick.
www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/psytm001.htm

Egle UT, Hoffmann SO, Lehmann KA, Nix WA (Hrsg.) (2003) Handbuch Chronischer Schmerz. Schattauer Stuttgart

Foerster K (2002) Begutachtung von Patienten mit chronischen Schmerzen aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht. Med.Sach. 98:152-156

Schiltenswolf M (2002) Psychosomatische Gesichtspunkte in der orthopädischen Begutachtung. Z Orthop 140:232-240

Schneider W, Henningsen P, Rüger U (2001) Sozialmedizinische Begutachtung in Psychosomatik und Psychotherapie. Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

Widder B, Hausotter W, Marx P, Puhmann HU, Wallesch CW (2002) Empfehlungen zur Schmerz-begutachtung. Med.Sach. 98:27-29

Winckler P, Foerster K (1996) Zum Problem der „zumutbaren Willensanspannung“ in der sozialmedizinischen Begutachtung. Med.Sach. 92:120-124