

# Arbeitsgemeinschaft Neurologische Begutachtung (ANB e.V.) der Deutschen Gesellschaft für Neurologie

## Empfehlungen zur Schmerzbegutachtung

Stand August 2001

Aufgrund ihrer sowohl das körperliche als auch das seelische Gebiet umfassenden Ausbildung verfügen Neurologen (Nervenärzte) in besonderem Maße über das Rüstzeug für eine fachübergreifende Beurteilung von Schmerzsyndromen. Die nachfolgenden Empfehlungen basieren auf den Ergebnissen der Jahrestagung 2001 der ANB e.V. in Hannover, die sich der Begutachtung von Schmerzen widmete. In der aktuellen Überarbeitung wurden auch Aspekte aus den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM) für die „Ärztliche Begutachtung in der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin“ (AWMF-Leitlinien) sowie den „Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen“ des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) einbezogen. Die Empfehlungen sind als „Work in Progress“ aufzufassen und sollen kontinuierlich fortgeschrieben werden. Die Leser werden daher ausdrücklich aufgefordert, Anmerkungen und Änderungsvorschläge an das Sekretariat der ANB zu übermitteln.

### **Schmerzkategorien**

In der gutachterlichen Situation sind drei Kategorien von Schmerzen zu unterscheiden:

- **„Übliche Schmerzen“** als Begleitsymptom einer körperlich fassbaren Erkrankung bzw. einer Nervenschädigung. Sie stellen bei der Begutachtung im Allgemeinen kein Problem dar und sind in den gutachterlichen Bewertungstabellen (z.B. „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit“) 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, ergeben sich im Allgemeinen keine gutachterlichen Einschätzungsprobleme.
- **„Körperlich nicht oder nicht hinreichend erklärable Schmerzen“** („somatoforme Schmerzstörungen“ gemäß ICD-10) stellen den Gutachter hingegen vor erhebliche Probleme. Objektive Messmethoden zur Quantifizierung von Schmerzen existieren nicht, und auch die Verwendung von Schmerzskalen ist in der Begutachtungssituation nicht zielführend. Der Gutachter vermag daher nur durch eine umfassende und zeitlich umfangreiche Befragung des Probanden eine nachvollziehbare und zutreffende Beurteilung abzugeben, bei der Aussagen zur Konsistenz und Plausibilität der geklagten Schmerzen und der dadurch hervorgerufenen Beeinträchtigungen im Vordergrund stehen. Die nachfolgenden Empfehlungen beziehen sich schwerpunktmäßig auf die Begutachtung von somatoformen Schmerzstörungen.

### **Anforderungen an den Gutachtauftrag**

Bei Fehlen richtungweisender klinischer und apparativer Befunde bei der Begutachtungsuntersuchung bestehen erhöhte Anforderungen an die Qualität des Gutachtauftrags einschließlich der vom Auftraggeber übersandten Unterlagen. Erforderlich sind vor allem:

- Klare Fragestellung
- Leistungsauszug der Krankenversicherung(en) zu Vorerkrankungen
- Möglichst lückenlose ärztliche Vorbefunde
- Bei kausalitätsbezogenen Fragestellungen:

- ⇒ Ausreichende Dokumentation des Schadensereignisses
- ⇒ Berichte der erstversorgenden Ärzte/Krankenhäuser
- ⇒ Initiale bildgebende Untersuchungsbefunde im Original
- ⇒ Berichte der späteren Behandler

### **Anforderungen an den Gutachter**

Der Gutachter als **sachverständiger Berater** des Auftraggebers ist zu

- Unparteilichkeit,
- Eigenverantwortlichkeit,
- Sorgfalt,
- vollständiger Erfassung der Sachverhalte und
- Beschränkung auf die Fragestellung verpflichtet.

Weitere Anforderungen betreffen die

- Klarheit und Verständlichkeit der Sprache,
- termingerechte Erstellung des Gutachtens,
- Beachtung der Schweigepflicht und
- Beachtung der Verweigerungsrechte des Probanden.

Bei Fehlen richtungweisender körperlicher Befunde gilt darüber hinaus in besonderem Maße zu beachten, dass eigene Wertvorstellungen und Körpererfahrungen, das Erleben des Probanden (z.B. Abwehr bei ungebührlich klagsamen Probanden) und auch die eigene Tagesform die Interaktion mit dem Probanden nicht beeinflussen und nicht zum Maßstab der Begutachtung gemacht werden.

### **Anforderungen an den Inhalt der Begutachtung**

Die Begutachtung somatoformer Schmerzstörungen erfordert eine detaillierte und umfassende Exploration des Probanden, weswegen hierfür regelmäßig ein deutlich erhöhter Zeitbedarf einzurechnen ist. Im Einzelnen sollten Gutachten folgende Punkte enthalten:

#### **1. Anamnese**

- 1.1 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)
- 1.2 Allgemeine Anamnese der körperlichen und psychischen Erkrankungen (aktuell und unter Einbeziehung früherer Lebensabschnitte einschließlich familiärer Belastungen)  
*Bei „kausalen“ Fragestellungen:* Angaben zum Unfallereignis und zum Verlauf danach
- 1.3 Spezielle Schmerzanamnese (Lokalisation, Häufigkeit und Charakter der Schmerzen; Abhängigkeit von verschiedenen Körperhaltungen, Tätigkeiten und Tageszeiten, Verlauf mit/ohne Remissionen)
- 1.4 Intensität, Dauer und Ergebnis bisheriger Behandlungsversuche (Häufigkeit und Regelmäßigkeit von Arztbesuchen, Häufigkeit und Dauer der Einnahme von Schmerzmitteln, Einbringen eigener Bewältigungsstrategien)
- 1.5 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)
- 1.6 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)

- 1.7 Eigene Einschätzung des positiven und negativen Leistungsbildes (z.B. anhand der Diskussion von geläufigen Verweistätigkeiten mit geringer körperlicher Beanspruchung)
- 1.8 Fremdanamnese (immer mit Einverständnis, aber möglichst nicht in Anwesenheit des Probanden)

## 2. Klinische Befunde

- 2.1 Beobachtung während der Begutachtung (Gangbild vor/während/nach der Begutachtung, Spontanmotorik, Fähigkeit zum Stillsitzen, erforderliche Entlastungsbewegungen, Bewegungsmuster beim An- und Auskleiden)
- 2.2 Allgemeine Befunde (Körperpflege und äußeres Erscheinungsbild, Hand- und Fußverschwielung, Muskulatur, Körperbräune)
- 2.3 Orthopädisch-internistischer Basisbefund
- 2.4 Neurologischer Befund
- 2.5 Psychopathologischer Befund
- 2.6 Apparative Zusatzbefunde (soweit in Abhängigkeit von der Fragestellung/Erkrankung erforderlich)
- 2.7 Auswertung von Selbsteinschätzungsskalen (z.B. FPI, SF-36, Depressionsskalen, Mobilitätsfragebögen, Schmerzfragebögen, Schmerztagebücher)

## 3. Diagnose

Funktionsstörungen an erster Stelle, medizinische Diagnose erst an zweiter Stelle

## 4. Zusammenfassung und Beurteilung

- 4.1 „*Finale*“ *Fragestellungen*: Beschreibung der im Verlauf des Lebens aufgetretenen Gesundheitsstörungen im Kontext mit der beruflichen und sozialen Entwicklung  
„*Kausale*“ *Fragestellungen*: Beschreibung des Schädigungsereignisses und dessen Folgen unter Berücksichtigung des Vorzustandes
- 4.2 Detaillierte Plausibilitätsprüfung<sup>1</sup> der erhobenen Befunde
- 4.3 Sozialmedizinische Beurteilung<sup>2</sup> (ggf. im Kontext mit bereits vorhandenen Gutachten) und Beantwortung der gestellten Fragen

### **<sup>1</sup>Plausibilitätsprüfung**

Angesichts der Fehlens objektiver Messmethoden zur Quantifizierung von Schmerzen kommt der Frage, inwieweit in der Zusammenschau von Anamnese, klinischen Befunden und Aktenlage die geklagten Beschwerden und Beeinträchtigungen plausibel sind, entscheidende Bedeutung zu. Hinweise auf Inkonsistenzen geben nachfolgende Befunde:

- Geklagte Beschwerden sind nach Art und Lokalisation mit den objektiven Befunden nicht in Einklang zu bringen,
- Diskrepanz zwischen subjektiver Beschwerdeschilderung (einschließlich Selbsteinschätzung in Fragebogen) und körperlicher Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation,
- Geringer Leidensdruck trotz intensiv geschilderter Beschwerden („*belle indifference*“),
- Vage, wechselhafte und unpräzise Schilderung der Beschwerden und des Krankheitsverlaufes,
- Appellativ-demonstrative Klagen, ohne dass beim Gutachter das Gefühl des Betroffenseins entsteht,
- Diskrepanzen zwischen eigenen Angaben und fremdanamnestischen Informationen (einschließlich Aktenlage),
- Angabe andauernder Beschwerden, die sich zu keiner Tageszeit bessern und bei denen weder Medikamente (auch Alkohol) noch bestimmte Körperhaltungen zu einer Entlastung führen,

- Diskrepanz zwischen geschilderten Beeinträchtigungen und zu erwerbenden Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. Hobbys, Urlaube, Fahrtüchtigkeit),
- Fehlen ausreichender Therapiemaßnahmen trotz ausgeprägt beschriebener Beschwerden,
- Fehlen eigener Strategien zur Schmerzbewältigung,
- Bei Leistungsgutachten fehlende sachliche Diskussion möglicher Verweistätigkeiten.

## <sup>2</sup>**Sozialmedizinische Beurteilung**

Für die abschließende sozialmedizinische Beurteilung sind im Wesentlichen vier Konstellationen zu unterscheiden:

- **Konsistente Befunde:** Erwartungsgemäß keine Probleme sind zu erwarten, wenn die Angaben zur Beeinträchtigung im beruflichen und im außerberuflichen Bereich konsistent und vergleichbar sind.
- **Inkonsistente Befunde:** Inkonsistenzen zwischen den geklagten Beschwerden und der tatsächlichen Beeinträchtigung lassen bezweifeln, ob das tatsächliche Ausmaß der Beeinträchtigung dem der geklagten Beschwerden entspricht.
- **„Sekundärer Krankheitsgewinn“:** Im Einzelfall schwierig zu beurteilen sind Probanden, bei denen zwar ein sozialer Rückzug nachzuweisen ist, sich jedoch die Frage stellt, inwieweit ein „sekundärer Krankheitsgewinn“ soweit im Vordergrund steht, dass hierdurch eigentlich gar kein Leidensdruck besteht, und der Proband „seine Schmerzen“ lediglich dazu benutzt, um seine (Regressions-)Wünsche gegenüber seiner Umgebung durchzusetzen. Nicht selten zeigt sich allerdings, dass mit zunehmender Chronifizierung ein zunächst erheblicher „Krankheitsgewinn“ verschwindet und einer dem willentlichen Zugriff entzogenen Störung von Krankheitswert Platz macht. Hier ist es Aufgabe des Sachverständigen, diese Entwicklung zu belegen.
- **Fehlende Kooperation:** Ist aufgrund fehlender Kooperation keine klare Beurteilung des Umfangs der tatsächlichen Beeinträchtigung möglich, darf der Sachverständige sich nicht scheuen, diese Situation klar zu legen. Die Unmöglichkeit einer sachgerechten Beurteilung führt vor Gericht im Allgemeinen zur Ablehnung einer Rentengewährung. Da die Beweislast beim Antragsteller liegt, ist gemäß höchstrichterlichen Vorgaben Rente zu versagen, wenn „sich eine Vortäuschung von Störungen nicht ausschließen läßt“.

## **Verwendete Literatur**

1. Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM): Ärztliche Begutachtung in der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin - Sozialrechtsfragen. [www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/index.html](http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/index.html)
2. Foerster, K.: Psychiatrische Begutachtung im Sozialrecht. Nervenarzt 63(1992): 129-136
3. Rauschelbach, H.H.: Neurologische Begutachtung von Schmerzzuständen im Versorgungswesen und nach dem Schwerbehindertengesetz. Nervenheilkunde 14(1995): 233-236
4. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen. Unveröffentlichtes Manuskript 2001
5. Widder, B., J.C.Aschoff: Somatoforme Störung und Rentenantrag: Erstellen einer Indizienliste zur quantitativen Beurteilung des beruflichen Leistungsvermögens. Med.Sach. 91 (1995): 14-20
6. Widder, B.: Schmerzsyndrome und Befindlichkeitsstörungen. In: Rauschelbach H.H., K.A.Jochheim, B.Widder (Hrsg.) Das neurologische Gutachten. Georg Thieme Verlag Stuttgart (2000), pp. 422-444
7. Winckler, P., K.Foerster: Zum Problem der „zumutbaren Willensanspannung“ in der sozialmedizinischen Begutachtung. Med.Sach. 92(1996): 120-124