

Begutachtung von Schmerzen

Im Spannungsfeld zwischen Verantwortung gegenüber Individuum und Gesellschaft

Rita Schaumann-von Stosch

Chronische Schmerzen zeichnen sich durch eine Generalisierung und Erweiterung zu anderen Funktionsstörungen als Ausdruck einer komplexen körperlichen und psychischen Störung aus. Sie haben häufig kein apparativ nachweisbares klinisches Korrelat. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell der Entstehung chronischer Schmerzen erfordert für die Begutachtungssituation eine aufwendige Anamnese- und Befunderhebung und stellt eine interdisziplinäre Herausforderung dar. Eine vertrauensvolle, annehmende Atmosphäre wie auch eine kritische Würdigung (Konsistenzüberprüfung) aller erhobenen Bausteine sind elementar für die Beurteilung eines Probanden mit chronischen Schmerzen. Für die Beurteilung der Kausalität spielt der Verlauf der Schmerzen eine entscheidende Rolle. Um die willentliche Überwindbarkeit beurteilen zu können, muss sich der Gutachter unter anderem mit der Frage nach dem sekundären Krankheitsgewinn beschäftigen.

Wie die Diagnostik und Behandlung ist auch die Begutachtung von chronischen Schmerzen eine grosse Herausforderung und eine der schwierigsten Gutachteraufgaben schlechthin. Objektivierbare Beeinträchtigungen, die als Krankheits- oder Unfallfolge häufig beobachtet und von Experten anerkannt werden, bereiten entsprechend weniger Probleme bei der Begutach-

tung, als Beispiele können Kopfschmerzen nach schwerer Hirnverletzung oder Rückenschmerzen im Rahmen einer Osteoporose genannt werden. Ist kein entsprechendes organisches Substrat mit herkömmlichen klinischen Verfahren nachweisbar, müssen andere Kriterien zur Objektivierbarkeit beklagter Beschwerden herangezogen werden. Der Gutachter bewegt sich bei diesem Thema im

Spannungsfeld zwischen Verantwortung gegenüber dem Individuum und gegenüber der Gesellschaft. Im Gegensatz zur therapeutischen Aufgabenstellung hat der Gutachter eine unparteiliche Haltung einzunehmen (kein «in dubio pro aegroto») und dem Anspruch gerecht zu werden, den Probanden ernst zu nehmen und seine Beurteilung auf bestmögliche Evidenz zu stützen, das heisst mit Argumenten zu belegen, die auch von einem kritischen Experten, der sich mit der Beurteilung auseinandersetzt, nachvollzogen werden können.

Den Probanden zu akzeptieren und ernst zu nehmen und dabei eine unparteiliche, kritische, aber empathische Grundhaltung einzunehmen – das müssen die unabdingbaren Grundregeln für jeden Gutachter sein!

Obwohl das Phänomen Schmerz seit Menschengedenken zum Menschen und Schmerzstillung zu den ureigsten Aufgaben des Arztes gehört, erfährt die Schmerzmedizin in der medizinischen Lehre und Forschung erst in den letzten Jahrzehnten einen entsprechenden Stellenwert – Gründung der ersten Schmerzambulanz durch Bonica und White in Seattle im Jahr 1960, Einrichtung der Zusatzbezeichnung «Spezielle Schmerztherapie» als ein nicht fachbezogenes Teilgebiet in Deutschland 1996. Demzufolge haben das Wissen zum und die Beschäftigung mit dem Thema Schmerz zugenommen.

Tabelle 1:

Erforderliche Anamnese bei der Begutachtung von Schmerzen (3)

Arbeits- und Sozialanamnese	Berufsausbildung mit/ohne Abschluss, Arbeitsbiografie, besondere psychische und physische Belastungen am Arbeitsplatz, Dauer und Begründung für Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit, Entwicklung der familiären Situation und ihrer Belastungen
Allgemeine Anamnese	Entwicklung der körperlichen und psychischen Erkrankungen zurzeit und unter Einbeziehung früherer Lebensabschnitte einschliesslich familiärer Belastungen – bei «kausalen» Fragestellungen ausserdem Angaben zu Unfallereignissen und anderen ursächlichen Einwirkungen und zum Verlauf danach
Spezielle Schmerzanamnese	Lokalisation, Häufigkeit und Charakter der Schmerzen; Abhängigkeit von verschiedenen Körperhaltungen, Tätigkeiten und Tageszeiten, Verlauf mit/ohne Remissionen; biografische Schmerzerfahrungen: körperliche Misshandlung, emotionale Vernachlässigung, chronische familiäre Disharmonie, Parentifizierung, mehrfache Situationen mit postoperativen Schmerzen, Schmerzmodell bei wichtigen Bezugspersonen
Behandlungsanamnese	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 Leistungsbilds (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 Probanden sowie ggf. mit Zustimmung des Auftraggebers

Chronischer Schmerz spielt auch in der Versicherungsmedizin eine zunehmende Rolle. Wagner et al. 2003 (1) stellten in einer Publikation über eine Befragung, die die Autoren retrospektiv an 50 schmerztherapeutischen Institutionen durchgeführt hatten, noch als auffälligstes Ergebnis der Untersuchung eine Uneinheitlichkeit im Begutachtungsprozess fest, den sie auf einen fehlenden Standard beziehungsweise das Fehlen von Leitlinien für die «Begutachtung in der Schmerztherapie» zurückführten. Nach einer Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft für Neurologische Begutachtung (2) wurde 2005 eine Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) auf S2-Niveau erstellt. Beteiligt waren die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), für

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM), das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und die Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) (3). Diese Leitlinie ist Grundlage der nachfolgenden Ausführungen.

Welche speziellen Aspekte gilt es, bei der Begutachtung von Schmerzen zu beachten?

Interdisziplinarität

Gemäss dem biopsychosozialen Krankheitsmodell (4, 5), welches für die Entstehung von chronischen Schmerzen allgemein akzeptiert ist, ist wie die Diagnostik und Behandlung chronischer Schmerzen auch die Begutachtung interdisziplinär durchzuführen. Die Experten der beteiligten Disziplinen sollten einerseits ein Grundlagenwissen um Schmerzentstehung,

Schmerzverarbeitung und Schmerzchronifizierung haben, andererseits sind Kenntnisse der Begutachtungsgrundlagen für verschiedene Rechtsbereiche notwendig. Nicht jeder chronische Schmerz erfordert jedoch eine eingehende biopsychosoziale Abklärung. Solange der beklagte Schmerz lokal begrenzt ist, keine Tendenz zur Generalisierung aufweist und nicht von weiteren Körperbeschwerden und/oder Hinweisen auf affektive Störungen begleitet wird, genügt für die Begutachtung eine organmedizinische Abklärung (6). Werden bei der Begutachtung spontan oder auf Nachfrage neben lokalisierten auch generalisierte Schmerzen (Schmerzausweitung) und weitere Körperbeschwerden beklagt, wird dies als Ausdruck der Chronifizierung und Hinweis auf komplexe körperliche und psychische Störungen angesehen (7, 8). Entsprechend den Empfehlungen zum Umgang mit «Somatisierungspatienten» im organmedizinischen Setting (9) ist

Tabelle 2:

Kontextfaktoren für die (weitere) Chronifizierung von Schmerzen (3)

Arbeitsplatzfaktoren	Geringe Arbeitsplatzzufriedenheit Anhaltende Schwerarbeit Unergonomische Arbeitsplatzgestaltung Monotone Tätigkeiten am Arbeitsplatz Geringe berufliche Qualifikation Niedriges Einkommen Konflikte mit Vorgesetzten Kränkungerlebnisse durch Arbeitskollegen Verlust des Arbeitsplatzes
Soziodemografische Faktoren	Alter Weibliches Geschlecht Verheirateter Familienstatus Niedriges Bildungsniveau Niedriger Sozialstatus
Somatische Faktoren	Genetische Disposition Prädisponierende Erkrankungen Degenerative Veränderungen Dauereinwirkung biomechanischer Stressoren
Psychosoziale Faktoren	Maladaptive kognitiv-affektive Krankheitsverarbeitung (Katastrophisierung, Hilf-/ Hoffnungslosigkeit) Biografische Belastungen Psychische Komorbiditäten (Somatisierungsstörungen, Angsterkrankungen, depressive Störungen) Kompensationsansprüche Angst und angstbedingtes Vermeidungsverhalten Psychische Stressoren im familiären Umfeld
Iatrogene Faktoren	Mangelnde ärztliche Deeskalation bei ängstlichen, «katastrophisierenden» Patienten Somatisierung und Angstförderung durch «katastrophisierende» ärztliche Beratung Fehlende oder inadäquate Medikation in der Akutphase Förderung passiver (regressiver) Therapiekonzepte Lange, unreflektierte Krankschreibung Übertriebener Einsatz diagnostischer Massnahmen Überschätzen unspezifischer somatischer Befunde Unterschätzen psychiatrischer Komorbidität Fehlende Beachtung psychosozialer Belastungsfaktoren Präferenz und fehlerhafte Indikationsstellung invasiver und/oder suchtfördernder Therapien Inadäquate Therapie im weiteren Verlauf

es von elementarer Bedeutung, dem Probanden ein akzeptierendes, ernstnehmendes Interesse entgegenzubringen. Eine vollständige Exploration körperlicher und psychischer Symptome ist nicht nur eine Voraussetzung für die Kooperation des Probanden, sondern vor allem auch ein Bestandteil der Diagnostik und Konsistenzprüfung. Abgesehen von einer grossen gesundheitsökonomischen

Bedeutung der Schmerzstörungen sind unklare körperliche Beschwerden, wie sie mit somatoformen Störungen einhergehen, mit einem intensiven subjektiven Leiden verbunden und reduzieren die Lebensqualität bei den betroffenen Personen erheblich. Entsprechend empfiehlt es sich für den Gutachter, bei aller Unparteilichkeit eine empathische Grundhaltung einzunehmen.

Diagnostik

Diagnosen allein – «Zustand nach» oder topisch orientierte Syndromdiagnosen sollten vermieden werden – erklären den Schweregrad einer Schmerzsymptomatik nicht. Deshalb ist das Konzept der von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (10) auch für das Vorgehen in der Begutachtungssituation in Betracht zu ziehen. An der ICF orientierte Instrumente und Assessmentverfahren eignen sich, die biopsychosoziale Dimension einer Störung zu erfassen und die Funktionsfähigkeit anhand angemessener, sinnvoller Kriterien beurteilen zu können. Als Beispiel sei hier das für die Einschätzung von Patienten mit chronischen psychiatrischen Erkrankungen entwickelte Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P) aufgeführt (11). Wie andere derartige Instrumente eignet es sich für die standardisierte Erfassung und Bewertung von Störungen im Hinblick auf die Funktionsfähigkeit in unterschiedlichen Rollen, in die ein Proband im Alltag eingebunden ist. Selbsteinschätzungsskalen und Fragebogen – zum Beispiel Mainzer Stadienmodell der Schmerzchronifizierung (12) – zu bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen werden häufig angewendet, sind allerdings wie auch psychologische Testverfahren nicht für die Begutachtungssituation validiert und können daher nur einen Anhalt für den Gutachter geben. Voraussetzung für die Qualität der Beurteilung ist vielmehr eine umfassende Exploration gemäss *Tabelle 1*, die der Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen (3) entnommen ist. Die Empfehlung in der Leitlinie zur Begutachtung von Schmerzen, die häufigsten Schmerzsyndrome im ICD-10-System zu klassifizieren, ist im Hinblick auf ein standardisiertes Vorgehen durchaus nachvollziehbar. Allerdings sind auch im ICD-10-Klassifikationswerk topisch orientierte Syndromdiagnosen enthalten, die für die Begutachtungssituation zu wenig

aussagekräftig sind (5). Die in den Leitlinien empfohlene Einteilung des Schmerzes als Symptom nach Vorliegen einer körperlichen oder psychischen Komorbidität erweitert die Sichtweise des Untersuchers und zwingt ihn, die Kofaktoren zu berücksichtigen. Kontextfaktoren für die Chronifizierung von Schmerzen wurden in mehreren Studien ermittelt (15–15). Diese Faktoren sollten in der Begutachtungssituation beachtet werden (Tabelle 2). Hinweisen möchte ich auf die neue Differenzierung von chronischen Schmerzen in der ICD-10: F 45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (16).

Konsistenzprüfung

Der Konsistenzprüfung kommt in der Begutachtung von Schmerzen, die nicht mit apparativen Verfahren ob-

jektiviert werden können, eine entscheidende Bedeutung zu. Hierzu ist eine gründliche Erhebung der Anamnese und klinischer Befunde zusammen mit einer kritischen Beobachtung des Probanden während der gesamten Begutachtungssituation unabdingbar. Grosse Bedeutung bei der Konsistenzprüfung hat die Überprüfung der Compliance bei der Medikamenteneinnahme. Nahezu alle in der Schmerztherapie und Psychiatrie als eingenommen beschriebenen relevanten Medikamente sind ohne grössere Probleme nachweisbar. Hierbei sind die individuellen Verstoffwechselungseigenschaften wie auch die Aufklärung des Probanden zu berücksichtigen. Andere zu beobachtende Faktoren zur Konsistenzprüfung sind zum Beispiel Diskrepanz zwischen Beschwerdenschilderung und Beeinträchtigung/Befunden in

der Untersuchungssituation, wechselhafte und unpräzise/ausweichende Schilderung der Beschwerden und des Krankheitsverlaufs (17). Weitere Hinweise können der Zusammenstellung in der Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen (3) entnommen werden.

Kausalität

Zur Beurteilung der Kausalität sind Kenntnisse der Vorgeschichte unentbehrlich. Hierzu können ein Leistungsausgang der Krankenkasse oder die Gesamtdokumentation des Hausarztes nützlich sein. Auch die Darstellung des Schmerzverlaufs nach dem angeschuldigten Ereignis, hilft die Kausalitätsfrage zu beantworten. Eine Zunahme und Ausweitung der Schmerzen im Verlauf ist mit einer traumatischen Verursachung nur in Spezialfällen zu erklären (CRPS, Arthrose, Neurombildung,

Literatur:

1. Wagner T, Richter W, Rothkopf C, Staudigel K, Hankemeier UB. Der Schmerztherapeut bei der Begutachtung. *Schmerz* 2003; 17: 20–33.
2. Leitlinien für die Begutachtung von Schmerzen. Version 9.21 vom 02.11.2004. www.anb-ev.de/leitlinien/
3. AWMF online, AWMF-Leitlinien-Register, Nr. 030/102. Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen. <http://leitlinien.net/>
4. Loeser JD. *Concepts of pain. Low Back Pain.* Raven Press New York 1982: 7–8.
5. Waddell G. *The biopsychosocial model.* Churchill Livingstone Edinburgh 1998: 223–240.
6. Schiltenswolf M. Begutachtung muskuloskelettaler Schmerzen. *Z Rheumatol* 2007; 66: 473–483.
7. Buchner M, Neubauer E, Barie A, Schiltenswolf M. Komorbidität bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. *Schmerz* 2007; 21: 218–225.
8. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 2007; 369: 946–955.
9. Rief W, Arolt V. Somatoforme Störungen (ICD-10 F4). In: Voderholzer, Hohagen F. *Therapie psychischer Erkrankungen. State of the Art.* Elsevier, Urban und Fischer München 2008: 271–281.
10. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).* Genf: WHO, 2001
11. Linden M, Baron S. Das «Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P)». Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. *Rehabilitation* 2005; 44: 144–151.
12. Gerbershagen HU. Das Mainzer Stadienkonzept des Schmerzes: Eine Standortbestimmung. In: Klingler D, Morawetz R, Thoden U, Zimmermann M (Hrsg.) *Antidepressiva als Analgetika.* Aarache Verlag, Wien, 1996: 71–95.
13. Schneider S, Schmitt H, Zoller S, Schiltenswolf M. Workplace stress, lifestyle, and social factors as correlates of backpain: a representative study of the German working population. *Int Arch Occup Environ Health* 2005; 78: 253–269.
14. Schneider S, Lipinski S, Schiltenswolf 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.
15. 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: 293–310.
16. ICD-10 GM Version 2009. www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/block-f40-f48.htm
17. Widder B, Dertwinkel R, Egle UT, Foerster K, Schiltenswolf M. Begutachtung von Patienten mit chronischen Schmerzen. *Med Sach* 2007; 03: 132–137.
18. *The International Classification of Headache Disorders. 2nd Edition 1st revision 2005.* www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2005/fr-icd.htm
19. Kouyanou K, Pither CE, Wesely S. Iatrogenic factors and chronic pain. *Psychosom Med* 1997; 59: 597–604.
20. Gärtner CM, Schiltenswolf M. Eingeschränkte Wirksamkeit von Opioiden bei chronischen muskuloskelettalen Schmerzen. Eine Ursachenanalyse. *Schmerz* 2004; 18: 506–514.
21. Rainville J, Pransky G, Indahl A, Mayer EK. The Physician as Disability Advisor for Patients with Musculoskeletal Complaints. *Spine* 2005; 30 (22): 2579–2584.
22. Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 (Stand am 1. Juni 2009). www.admin.ch/ch/d/sr/832_20/index.html
23. www.suva.ch/home/suvacare/versicherungsgsmmedizin/medizinische_publicationen/integraetsentschaedigungstabellen.htm

Syringomyelie), welche jedoch in der Regel durch eine charakteristische Befundkonstellation gut zu diagnostizieren sind. Auch können Anpassungsstörungen oder psychische Komorbiditäten den Verlauf beeinflussen, weshalb im Einzelfall die Frage der Teilkausalität beurteilt werden muss. Im Kontext der Kausalitätsbeurteilung ist es gelegentlich ratsam, zur Diagnosestellung ergänzend weitere international anerkannte Diagnose-/Klassifikationssysteme (nicht nur ICD-10) zu verwenden, um durch Transparenz der der Diagnose zugrunde gelegten Parameter eine bessere Nachvollziehbarkeit zu erreichen. Zur Klassifikation von Kopfschmerzen eignet sich zum Beispiel die Internationale Klassifikation von Kopfschmerzen (ICHD-II) (18).

Therapiemassnahmen

Gemäss dem biopsychosozialen Krankheitskonzept ist eine monomodale Behandlung chronischer Schmerzen nicht ausreichend und sogar eher geeignet, die Chronifizierung zu fördern. Diese Tatsache muss der Gutachter vor einer abschliessenden Beurteilung berücksichtigen. Das Fehlen adäquater Therapiemassnahmen kann Hinweise einerseits auf eine geringe Therapiemotivation des Probanden geben, andererseits aber auch auf iatrogen fehlgeleitete (meist einseitig somatisch orientierte) Therapieansätze (19–21).

Schlussfolgerungen

Bezüglich der Leistungsfähigkeit stellt sich die Frage nach der Steuerbarkeit der geklagten Beschwerden. Es gilt zu klären und zu beschreiben, ob und in welchem Ausmass der Proband die geklagten Beschwerden willentlich überwinden kann. Hierzu muss sich der Gutachter darüber klar werden, ob ein sekundärer Krankheitsgewinn an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Beschwerden beteiligt ist und mit welchem Bewusstseinsgrad die Funktionsbeeinträchtigungen zur Durchsetzung eigener Wünsche eingesetzt werden. Hinweise darauf ergeben sich aus einer wie bereits oben empfohlenen detailliert erhobenen Anamnese. Wichtig ist in solchen Fällen, Beschwerden, Funktionseinschränkungen und Schilderungen nicht nur passiv entgegenzunehmen, sondern aktiv nachzufragen, was geschehen ist, nach Bedingungen für Verbesserungen oder Verschlechterungen, was der Anlass für bestimmte kausale Zuordnungen ist, wie sich jemand diese Veränderungen erklärt und anderes mehr.

Im Bereich des Unfall-Versicherungsgesetzes (UVG) (22) stellt die Integritätsentschädigung eine Besonderheit dar. Weder in der Skala der Verordnung (UVV 4. Abschnitt Art. 36 Anhang) noch in den Suva-Tabellen (23) sind Schmerzen gesondert auf-

geführt. Anhaltende, auf den Unfall kausal zu beziehende Schmerzen werden unter der jeweiligen körperlichen oder psychischen Unfallfolge subsumiert, analog dem empfohlenen Vorgehen bei der Anwendung der MDE-Tabellen (MDE = Minderung der Erwerbsfähigkeit) (3). Hierzu hat sich die Einteilung von Schmerzen aus gutachtlicher Sicht in Schmerz als Begleitsymptom einer Gewebeschädigung, Schmerz bei Gewebeschädigung mit psychischer Komorbidität und Schmerz als Leitsymptom einer psychischen Erkrankung (3) bewährt.



*Dr. med. Rita Schaumann-von Stosch
Fachärztin FMH für Neurologie
Fachärztin für Neurologie
und Psychiatrie (D)
Leiterin Kompetenzzentrum
Versicherungsmedizin, SUVA
Fluhmattstrasse 1
6002 Luzern*

Interessenkonflikte: keine