

Bewertung von Schmerzsyndromen aus der Sicht des Neurologen und Psychiaters

Bernhard Widder

Klinik für Neurologie und Neurologische Rehabilitation, Bezirkskrankenhaus Günzburg

1. Finale Begutachtung bei Schmerzsyndromen

1.1 Schmerzsyndrome in der Begutachtung

Schmerzen als Begleitsymptom einer körperlich fassbaren Erkrankung bzw. einer Nervenschädigung, stellen bei der Begutachtung im allgemeinen kein Problem dar und sind als „übliche“ Schmerzen (Tab. 1) in den gutachterlichen Bewertungstabellen bereits berücksichtigt. Auch „außergewöhnliche“ Schmerzen z.B. im Rahmen eines „komplexen regionalen Schmerzsyndroms“ (CRPS) führen, wenn die Diagnose hinreichend geklärt ist, relativ selten zu Einschätzungsschwierigkeiten.

Tabelle 1. Einteilung von Schmerzsyndromen aus neurologischer und psychiatrischer Sicht

Neurologie	Psychiatrie	Begutachtungsprobleme
„üblicher“ Schmerz	adäquate Schmerzverarbeitung	keine
„außergewöhnlicher“ Schmerz		im Einzelfall
nur zum Teil erklärbarer Schmerz	somatoforme Schmerzstörung	erheblich
körperlich nicht erklärbarer Schmerz		erheblich
	Schmerz bei psychischen Erkrankungen	zum Teil

Wesentliche Probleme ergeben sich dem gegenüber dann, wenn Schmerz das führende Symptom einer geklagten Gesundheitsstörung ist und durch entsprechende körperliche Befunde nicht oder nicht hinreichend zu erklären ist. Aus psychiatrischer Sicht wird in diesem Fall von einer „**somatoformen Schmerzstörung**“ gesprochen, wobei Übergänge zu primären psychiatrischen Erkrankungen mit Schmerz als Begleitsyndrom (z.B. larvierte Depression) bestehen. Der Gutachter steht hier vor dem letztlich unlösbaren Problem, dass die Diagnose einer „somatoformen Schmerzstörung“ nichts über die Qualität und Quantität der Schmerzempfindung und die damit verbundene Funktionsstörung bzw. die Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit aussagt (1). Definitionsgemäß versagen auch sämtliche zur Verfügung stehenden bildgebenden und elektrophysiologischen Untersuchungsverfahren. Gleiches gilt für die z.B. bei Tumorkranken brauchbaren Methoden der Algesiometrie und der Fragebogenerfassung der Schmerzempfindung, die in der gutachterlichen Situation verständlicherweise wenig konsistent sind. Auch tiefenpsychologische Erklärungsversuche, warum sich bei dem Probanden eine somatoforme Schmerzstörung entwickelt hat, helfen nicht weiter, da sie nichts über den aktuellen Umfang der Beeinträchtigung aussagen.

Im Rahmen von Begutachtungen zur beruflichen Leistungsfähigkeit ergibt sich noch eine weitere Schwierigkeit aufgrund der juristischen Vorgaben. So soll der Sachverständige klären, ob der Proband „**bei zumutbarer Willensanstrengung**“ noch in der Lage ist, trotz seiner geklagten Beschwerden Tätigkeiten in relevantem Umfang auszuüben. Hierbei handelt es sich um eine eher philosophische als medizinische Fragestellung, da der „Wille“ keine naturwissenschaftlich messbare Größe darstellt, sondern kulturell und zeitlich variablen Konventionen unterworfen ist, von denen sowohl der zu Begutachtende als auch der Gutachter beeinflusst sind. Außerdem führt Verharren in der Krankheit häufig zu einem besseren sozialen Status als willentliches Überwinden mit der danach folgenden Nichtvermittelbarkeit auf dem heutigen Arbeitsmarkt, so daß die Motivation zur „Willensanstrengung“ verständlicherweise oft nur gering ist.

1.2 Leitlinien der Leistungsbeurteilung

In der medizinischen Versorgung gilt der „**Vertrauensgrundsatz**“, wonach ein Patient, der über Schmerzen klagt, auch an solchen leidet. Angesichts des völligen Versagens der genannten Bemessungskriterien liegt der Gedanke nahe, diesen „Vertrauensgrundsatz“ auch auf die Begutachtung bei somatoformen Schmerzstörungen auszudehnen. Hieraus müsste resultieren, dass ein Proband, der sich aufgrund seiner Beschwerden nicht mehr für arbeitsfähig hält, selbstverständlich auch nicht mehr arbeiten kann. Dies umso mehr, wenn er möglicherweise in einem Alter und einer Situation ist, in der er auf dem heutigen Arbeitsmarkt keine realistische Chance hat einen neuen Arbeitsplatz zu finden.

Wie erst unlängst von Stevens und Foerster (5) bemerkt, ist es jedoch ein fundamentaler Irrtum zu glauben, es gäbe für die Beurteilung subjektiver Befunde ohne adäquaten körperlichen Befund keine objektiven Kriterien. Derartige objektive Kriterien lassen sich vielmehr aus dem Vergleich zwischen dem Umfang der Beeinträchtigungen im außerberuflichen Umfeld mit dem Ausmaß der geklagten Beeinträchtigungen im beruflichen Bereich herausarbeiten, denn „**wer Schmerzen bei der Arbeit hat, hat diese auch in der Freizeit**“ (6). Der Sachverständige muss sich dabei darüber im klaren sein, dass diese Beurteilung mit „üblichem“ ärztlichen Denken und Handeln kaum etwas zu tun hat, sondern es handelt sich im engeren Sinne um eine „Konsistenzprüfung“, bei welcher der Gutachter als „Ermittler mit medizinischem Rüstzeug“ (7) eingesetzt wird.

Zwar steht der Gutachter meist vor dem Problem, dass er aufgrund einer einmaligen Untersuchung über kein Längsschnittbild verfügt. Die Beobachtung während der Untersuchung, die minutiöse (!) Anamnese des Tagesablaufes und der außerberuflichen Aktivitäten, die Intensität und der berichtete Erfolg von Behandlungsversuchen, Parameter der Schmerzschilderung, die Diskussion von Verweistätigkeiten sowie die möglichst immer - selbstverständlich mit Zustimmung des Probanden - zu erhebende Fremdanamnese (Tab. 2) ermöglichen jedoch dem Erfahrenen anhand der Zusammenschau aller „Indizien“ (6) zuverlässige Aussagen über die Glaubwürdigkeit der geklagten Beschwerden (Tab. 3). Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine Übertreibung nicht immer betrügerischen Motiven entspringen muß, sondern Ausdruck des Bemühens sein kann, dem fremden Untersucher in der zeitlich befristeten Untersuchungssituation die eigenen Beschwerden möglichst eindrücklich zu vermitteln (8). In pointierter Form hat Bochnik (2) hierzu vermerkt, daß psychogene Symptome während der Begutachtung zumeist auf Verhaltensfehler des untersuchenden Arztes zurückgehen. Tatsächlich besteht ein enger Zusammenhang zwischen einem desinteressierten, oberflächlichen Untersucher und einer zunehmenden **Verdeutlichungstendenz** des Probanden.

Tabelle 2. Indizien zur Konsistenzprüfung der geklagten Beschwerden (nach 6)

-
- **Indizien anhand der Beobachtung**
z.B. Körperpflege und äußeres Erscheinungsbild, scheinbar unbeobachtetes Gangbild, Spontanmotorik, Fähigkeit zum Stillsitzen, erforderliche Entlastungsbewegungen, An- und Auskleiden im Sitzen oder Stehen, Hand- und Fußverschwielen
 - **Indizien anhand des Tagesablaufes und der außerberuflichen Aktivitäten**
z.B. Schlafanamnese, Aktivitäten in Haushalt und Garten, Einkaufen, Spaziergänge, Hobbys und Vereinsleben, Beschäftigung mit Haustieren, sonstige familiäre, soziale, sportliche und sexuelle Aktivitäten, Besuche und Urlaubsreisen, schmerzbedingte Partnerprobleme, Fähigkeit zum Auto und Rad fahren,
 - **Indizien anhand der Schmerzschilderung und Behandlungsanamnese**
z.B. Lokalisation, Häufigkeit und Charakter der geklagten Schmerzen, Abhängigkeit von Körperhaltung, Tätigkeit und Tageszeit, Einnahme von Schmerzmitteln, Intensität, Dauer und Ergebnis bisheriger Behandlungsversuche, Häufigkeit und Regelmäßigkeit von Arztbesuchen, ggf. „Schmerztagebuch“
 - **Indizien anhand der eigenen Leistungsbeurteilung**
Diskussion von geläufigen Verweistätigkeiten mit geringer körperlicher Beanspruchung (z.B. Überwachung Tiefgarage oder Parkhaus, Rezeption oder Telefonvermittlung in Hotel oder Kurklinik, Lagerist für Autozubehör oder Werkzeuge, Hausmeister, Botendienst für eilige Arzneimittel (Führerschein !), Verkäufer an Tankstelle, Tabakladen oder Zeitschriftenkiosk, Berater in Baumarkt)
 - **Indizien anhand der Fremdanamnese und der Beschreibung in den Akten**
-

In engem Zusammenhang hiermit steht die Frage nach dem erforderlichen **Zeitaufwand** einer derartigen Begutachtung. Selbst ein geübter Gutachter benötigt regelmäßig eine Explorationszeit von 1½ - 2 Stunden, um sich bei derartigen Probanden ein „konsistentes“ Bild über die tatsächliche Situation machen zu können. Die in den letzten Jahren für hauptamtliche Gutachter zunehmend engeren Zeitvorgaben von weniger als 1 Stunde für die gesamte Exploration und Untersuchung erscheinen unrealistisch und sind nicht geeignet, den zu Begutachtenden mit somatoformen Schmerzsyndromen gerecht zu werden.

Tabelle 3. Wichtigste Indizien für das Vorliegen einer Aggravation und Simulation (4, 7)

-
- 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 fremdanamnesticen 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 eruierten Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. Hobbys, Urlaube, Fahrtüchtigkeit)
 - Fehlen eigener Strategien zur Schmerzbewältigung
 - Bei Leistungsgutachten fehlende sachliche Diskussion möglicher Verweistätigkeiten
-

Für die abschließende Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit bzw. von Funktionseinschränkungen ergeben sich vier Konstellationen (Tab. 4):

- Erwartungsgemäß keine Probleme sind zu erwarten, wenn die Angaben zur Beeinträchtigung im beruflichen und im außerberuflichen Bereich konsistent und vergleichbar sind.
- Umgekehrt ist selbstverständlich eine wesentliche Beeinträchtigung abzulehnen, wenn die Exploration Inkonsistenzen zwischen den geklagten Beschwerden und der tatsächlichen Beeinträchtigung im außerberuflichen Umfeld erkennen läßt.
- Im Einzelfall schwierig zu beurteilen sind Probanden, bei denen zwar ein sozialer Rückzug nachzuweisen ist, sich jedoch die Frage stellt, inwieweit ein erkennbarer „**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.
- Wider Erwarten ergeben sich auch keine wesentlichen gutachterlichen Schwierigkeiten im Fall einer fehlenden Kooperation des Probanden. Der Sachverständige sollte 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“.

Tabelle 4. Mögliche Konstellationen der gutachterlichen „Konsistenzprüfung“

konsistent	inkonsistent	nicht beurteilbar
konsistente Beeinträchtigung	sekundärer Krankheitsgewinn Abgabe der Verantwortung „Selbstlimitierung“ ohne tatsächliche Beeinträchtigung	bei fehlender Kooperation nicht beurteilbar

1.3 Qualitätskriterien finaler Begutachtungen

Qualifizierte Gutachten zur Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit bzw. von Funktionsstörungen bei Schmerzsyndromen ohne (adäquaten) körperlichen Befund sollten im Befundteil folgende Punkte detailliert beschreiben:

- Verhalten des Probanden während der Begutachtung
- Aktivitäten des täglichen Lebens
- Spezielle Schmerzanamnese
- Bisherige Behandlungsversuche
- Fremdanamnese (soweit möglich)
- Eigene Einschätzung der (beruflichen) Leistungsfähigkeit
- Dauer der Exploration

Im Vordergrund der abschließenden Beurteilung sollte eine eingehende Begründung stehen, ob und inwieweit die Gesamtheit der erhobenen Befunde konsistent und glaubhaft ist.

Für die Leistungsbeurteilung im allgemeinen nicht oder kaum brauchbar sind:

- Klinische Diagnose
- Tiefenpsychologische Erklärungsversuche der Beschwerden
- Angaben zur Frage der beruflichen Vermittelbarkeit

2. Kausale Begutachtung bei Schmerzsyndromen

2.1 Somatoforme Schmerzstörung als seelische Reaktion

Gleichermaßen wie bei der „finalen“ Beurteilung bereiten „übliche“ und „außergewöhnliche“ Schmerzen bei Vorliegen eindeutiger körperlicher Befunde und entsprechendem zeitlichem Zusammenhang für deren Auftreten nach einem Unfall keine wesentlichen gutachterlichen Schwierigkeiten bei der Zusammenhangsbeurteilung. Problematisch wiederum sind hingegen „somatoforme Schmerzstörungen“ nach Unfallereignissen, die bei Fehlen adäquater körperlicher Befunde als „seelische Reaktionen“ zu werten sind. Nach Foerster (3) sind hierbei besonders leistungsorientierte, ehrgeizige, leicht kränkbare Persönlichkeiten mit hohem Selbstanspruch betroffen, die bis zum Unfallereignis stets an der Grenze zur Überlastung lebten. Hieraus jedoch automatisch zu postulieren, daß die geklagten Symptome nicht dem Unfall, sondern persönlichkeitsimmanenten Faktoren zuzuschreiben seien, ginge an der aktuellen Rechtsprechung vorbei.

Diese hat in den letzten Jahren nämlich eindeutig festgelegt, daß der Betroffene durch die Rechtsordnung in dem Gesundheitszustand geschützt ist, in dem er sich bei Eintritt des schädigenden Ereignisses befunden hat. Dies gilt sowohl im Sozialrecht (gesetzliche Unfallversicherung, soziales Entschädigungsrecht) als auch in der zum Zivilrecht gehörenden Haftpflichtversicherung. Entgegen den juristischen Vorgaben früherer Jahre darf daher heute nicht mehr der seelisch (und körperlich) Gesunde bzw. der „Durchschnittsmensch“ als Maßstab herangezogen und ein Unfallzusammenhang von vornherein mit dem Hinweis abgelehnt werden, dass zum Zeitpunkt des Unfalles bereits eine

entsprechende Disposition vorlag und ein Gesunder das Schadensereignis wahrscheinlich ohne Folgen verkraftet hätte. Einzige Ausnahme ist die private Unfallversicherung, bei der seelische Reaktionen ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind.

Besondere Fallstricke ergeben sich bei verschiedenen gängigen Begriffen, deren Benutzung in Klageverfahren nur selten Bestand besitzt:

„Bagateltrauma“

Das so genannte „Bagateltrauma“ gründet sich auf die juristische Vorgabe, wonach das Vorliegen eines schädigenden Ereignisses zu verneinen ist, „wenn der Unfall nach Art und Intensität seiner Einwirkungen oder nach Art und Schwere der behaupteten Unfallfolgen schlechterdings ungeeignet ist, diese zu bewirken“. Laut Rechtsprechung kann ein Unfallzusammenhang jedoch nicht nur deshalb abgelehnt werden, weil die Schädigung bei vielen anderen, die denselben Belastungen ausgesetzt waren, nicht aufgetreten ist. Außerdem kann bei seelischen Reaktionen auch ein "Bagateltrauma" rechtlich wesentlicher Auslöser sein - es sei denn, es handelt sich um ein "alltägliches, beliebig austauschbares Ereignis".

„Gelegenheitsursache“

Ein zwar häufig benutzter, rechtlich jedoch zweifelhafter Begriff ist die so genannte "Gelegenheitsursache". Eine solche ist anzunehmen, wenn die Schadensanlage bereits so stark ausgeprägt war, daß „es nur noch eines geringfügigen, auch im nicht versicherten Alltagsleben ständig vorkommenden Anlasses bedurfte, um den Gesundheitsschaden auszulösen“. Gemäß aktueller Rechtsprechung ist jedoch nur dann von einer "Gelegenheitsursache" auszugehen, wenn der streitige Körperschaden mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auch ohne den Unfall aufgrund der bestehenden Disposition „durch ein alltäglich vorkommendes Ereignis zu annähernd derselben Zeit und in annähernd gleichem Ausmaß" (!) eingetreten wäre.

„Psychische Labilität“

Eine "psychische Labilität" als Vorschaden oder Schadensanlage ist im Sinne des Vollbeweises ("es besteht kein vernünftiger Zweifel") nachzuweisen. Annahmen, Vermutungen und Hypothesen ("gesicherte ärztliche Erfahrung", "hinreichende Wahrscheinlichkeit") sind gemäß aktueller Rechtsprechung nicht ausreichend. Auch die Aussage, wonach die seelische Reaktion bei einem Gesunden nicht aufgetreten wäre, sei kein schlüssiger Beweis für das Vorliegen eines Vorschadens.

2.2 Praktische Konsequenzen

Nicht objektivierbare Schmerzen nach Unfällen, werden sie vom Gutachter erst einmal als seelische Reaktion identifiziert und sind sie in engem zeitlichem Zusammenhang mit dem Unfall entstanden, sind aufgrund der aktuellen Rechtsprechung so gut wie immer als Unfallfolge zu werten. Es ist erstaunlich, daß diese Tatsache in Laienkreisen bislang nur wenig bekannt ist. Wesentliche Aufgabe des Gutachters ist es in dieser Situation, sich „kriminalistisch“ mit der Glaubhaftigkeit der geklagten Beschwerden auseinander zu setzen und nach dem Trauma hinzu gekommene, andere Ursachen der Symptomatik möglichst zuverlässig auszuschließen.

Verschiebung der Wesensgrundlage

Angesichts dieser für den Gutachter nicht einfachen Situation kommt dem juristischen Begriff der „Verschiebung der Wesensgrundlage“ einige Bedeutung zu. Eine solche ist anzunehmen, wenn eine andere, unfallunabhängige Leidensursache an die Stelle einer Unfallfolge tritt, während das Leidensbild als solches nach außen hin unverändert erscheint. Dieser Fall kann bei primärer Anerkennung des Unfallzusammenhangs zu einem späteren Zeitpunkt zur Ablehnung dann noch bestehender Gesundheitsstörungen als Unfallfolge führen. An das Vorliegen einer derartigen Situation ist stets dann zu denken, wenn nach allgemeiner medizinischer Erfahrung über einen gewissen Zeitraum hinweg unter adäquater Therapie mit einem Abklingen der Symptome zu rechnen gewesen wäre, diese jedoch in unveränderter oder sogar verstärkter Weise geklagt werden. Lassen sich in diesem Fall unfallunabhängige Faktoren nachweisen, welche die Symptomatik aufrecht erhalten bzw. verstärken (z.B. medikamenteninduzierter Kopfschmerz, sekundärer Krankheitsgewinn), ist ein Wechsel der Krankheitsursache anzunehmen.

Literatur

1. Aschoff, J.C.: Vom "Quantensprung" zwischen Festlegung einer psychiatrischen Diagnose und Einschätzung des Leistungsvermögens auf dem Arbeitsmarkt. Med.Sach. 90(1994): 29-31
2. Bochnik, H.J.: Psychiatrie. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung. 5.Auflage. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart Jena New York (1995), pp. 453-492
3. Foerster, K.: Psychiatrische Begutachtung im Sozialrecht. Nervenarzt 63(1992): 129-136
4. Rauschelbach, H.H.: Neurologische Begutachtung von Schmerzzuständen im Versorgungswesen und nach dem Schwerbehindertengesetz. Nervenheilkunde 14(1995): 233-236
5. Stevens, A., K.Foerster: Genügt für den Nachweis einer Erkrankung die Beschwerdeschilderung? Zum Verhältnis von Beschwerden, Befund, Diagnose und Beeinträchtigung. Im Druck ?
6. Widder, B., J.C.Aschoff: Somatoforme Störung und Rentenantrag: Erstellen einer Indizienliste zur quantitativen Beurteilung des beruflichen Leistungsvermögens. Med.Sach. 91 (1995): 14-20
7. 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
8. Winckler, P., K.Foerster: Zum Problem der „zumutbaren Willensanspannung“ in der sozialmedizinischen Begutachtung. Med.Sach. 92(1996): 120-124