

Kommentar zur

Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen

Worum geht es?

Was ist neu?

Worauf sollten Schmerzpatienten achten?

Die Leitlinie, die von der **Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)** herausgegeben wurde, ist nicht verbindlich, kommt aber einer Handlungsanweisung gleich.

„Die Leitlinie ist medizinisch verbindlich, wenn sie dem Standard entspricht und ist rechtlich verbindlich, weil sie dem Standard entspricht.“ (D. Hart, Vortrag 17. Leitlinienkonferenz, 01.12.2006).

Es handelt sich dabei um Qualität sichernde Maßnahmen für die Gutachtenerstellung und soll Grundlage für einheitliche Einschätzungen schmerzkranker Probanden in den verschiedenen Rechtsbereichen ermöglichen. Damit soll auch die Verständigung zwischen Ärzten und Juristen verbessert werden.

Das Gutachten sollte „Begutachtung von Schmerzen“ oder „Gutachten unter besonderer Berücksichtigung chronischer Schmerzen“ heißen.

Der Begriff „Schmerztherapeutisches Gutachten“ sollte vermieden werden, da bei einer Begutachtung nicht therapiert wird.

Jeder Sachverständige sollte unparteilich sein und die Grundzüge der unterschiedlichen Rechtsgebiete kennen.

Der Gutachter muss bei der Untersuchung viele Aspekte berücksichtigen und durchführen:

- gründliche Befragung nach Beeinträchtigung bei alltäglichen Tätigkeiten und sozialer Partizipation
- eingehende körperliche und psychologische Befunderhebung mit Erfassung aller auftretenden Schmerzen und anderer Beschwerden
- Anwendung von weiteren Fragebögen und Skalen, Vergleich der Ergebnisse mit den übrigen Befunden
- Prüfung der Befunde und Untersuchungsergebnisse, ob die vom Patienten beklagten Beschwerden/Beeinträchtigungen, die vom Gutachter beobachteten Beeinträchtigungen usw. zusammenpassen
- Prüfung, in wieweit der Patient seine Beschwerden „willentlich“ steuern kann

Es gibt im Leben, so auch hier, natürlich immer Menschen, die ihre Beschwerden übertreiben oder schlimmer noch, simulieren. Daher ist es völlig korrekt, dass geprüft werden muss, ob Übertreibung oder Simulation vorliegen.

Ein so genaues Vorgehen bei der Begutachtung erfordert - im Vergleich zu anderen Gutachten - einen hohen Zeitaufwand.

*Hier besteht schon eine Prüfmöglichkeit durch Schmerzpatienten:
Nimmt sich der Gutachter ausreichend Zeit? Hört er meinen Beschwerdeschilderungen zu? Erkundigt er sich auch nach weiteren, vielleicht noch nicht genannten, Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben? Berücksichtigt er beim Gespräch auch ausführlich meine soziale Situation?*

Welche Kompetenzen sollte der Gutachter haben?

Der Gutachter sollte in der Lage sein, den Anteil der durch Schädigungen des Nervensystems und anderer Gewebearten erklärbarer Schmerzen zu beurteilen **und** Aussagen darüber zu machen, ob eine psychische Mitbeteiligung vorliegt. In diesen Fällen soll er dem Auftraggeber des Gutachtens (z.B. Sozialgericht) vorschlagen, einen psychiatrisch bzw. psychosomatisch geschulten Facharzt hinzuzuziehen. Dieser Gutachter soll zusätzlich über eingehende Kenntnisse der Erfassung und Bewertung chronischer Schmerzen verfügen.

Wie kann der Gutachter ermessen, wie stark die Schmerzen den Patienten beeinträchtigen?

Mit bildgebenden und ähnlichen Verfahren kann man bisher das Ausmaß von Schmerzen nicht darstellen.

Deswegen müssen körperliche und/oder psychische Beeinträchtigungen im Alltags- bzw. beruflichen Leben nachgewiesen werden.

Wer diese Beeinträchtigungen nicht angibt, bei dem können diese auch nicht beurteilt werden.

Deswegen sollte man sich in Ruhe vor dem Gutachtertermin seine eigenen Beeinträchtigungen aufschreiben. Dazu zählen auch z. B. Schlafstörungen, Nebenwirkungen durch die Schmerzmedikation usw.

Die Schwere der Schmerzen ergibt sich aus den Diagnosen **und** den belegten Funktionsminderungen. Diagnosen allein erklären nicht den Schweregrad einer Schmerzsymptomatik. Verdachtsdiagnosen dürfen gemäß den rechtlichen Vorgaben sowohl bei der Beurteilung von Funktionsstörungen als auch der Kausalität nicht berücksichtigt werden, da Schädigungen jeweils nachzuweisen (so genannte "Vollbeweis") sind.

Einen so genannten „hohen Leidensdruck“ nehmen Gutachter dann an, wenn sich Beeinträchtigungen im privaten und/oder beruflichen Alltagsleben und in der sozialen Situation nachweisen lassen.

Der Leidensdruck muss also vom Patienten schlüssig dargelegt werden.

Geringer oder ausbleibender Behandlungserfolg begründet jedoch nicht zwangsläufig auch einen hohen Leidensdruck mit schweren Funktionsbeeinträchtigungen.

Der Gutachter hat den Auftrag, klar zu beschreiben, wenn der Patient „übertreibt“ oder sogar eine krankhafte Störung simuliert.

*Davor sollte man sich also hüten.
Andererseits muss man als Patient seine Beeinträchtigungen (angemessen) deutlich machen.*

Gutachter werden meistens aufgefordert, folgende Fragen zu beantworten:

- Welche Gesundheitsstörungen lassen sich "ohne vernünftigen Zweifel" nachweisen?
- Auf welche Ursache(n) sind diese Gesundheitsstörungen "mit Wahrscheinlichkeit" zurückzuführen?
- Welche quantitativen und qualitativen Auswirkungen haben diese Gesundheitsstörungen?
- 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:

1. Inwieweit ist der Gutachter bei kritischer Würdigung der Befunde davon überzeugt, dass die geklagten Funktionsbeeinträchtigungen bestehen?

Zweifel am Ausmaß der geklagten Beschwerden können aufkommen, wenn eines oder mehrere der folgenden Kriterien erkennbar sind:

- Diskrepanz zwischen Beschwerdeschilderung (einschließlich Selbsteinschätzung in Fragebögen) und körperlicher und/oder psychischer Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation.
- Wechselhafte, unpräzise und 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.

2. Inwieweit besteht eine willentliche Steuerbarkeit der geklagten Beschwerden ("sekundärer Krankheitsgewinn")?

Hinweise auf eine selbst bestimmte Steuerbarkeit der Beschwerden können sein:

- 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 und Steuerung des Einkaufsverhaltens der Angehörigen).

Abschließende Aussagen zu den Auswirkungen und zur Prognose der geltend gemachten Funktionsstörungen, wobei die zu erwartenden rechtlichen Konsequenzen das Gutachtenergebnis nicht beeinflussen dürfen:

Ich bin...

... 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 durch Therapie in absehbarer Zeit und in wesentlichem Umfang überwunden werden könnten	i.d.R. befristete Anerkennung durch den Auftraggeber bei Dauer > 6 Monate
... zwar davon überzeugt, dass die geklagten Funktionsbeeinträchtigungen bestehen, diese aber willentlich in wesentlichem Umfang überwunden werden könnten	i.d.R. keine Anerkennung durch den Auftraggeber (Beweislast des Antragstellers)
... nicht davon überzeugt, dass die Funktionsbeeinträchtigungen in der geklagten Form bestehen	i.d.R. keine Anerkennung durch den Auftraggeber (Beweislast des Antragstellers)

Ein der Leitlinie entsprechendes Gutachten zu erstellen, ist für den Gutachter eine Herausforderung.

Zu wünschen bleibt, dass sich immer mehr Gutachter und Auftraggeber dazu entschließen, diese Leitlinie zu Grunde zu legen.

Um das Verständnis zu fördern und wegen der leichteren Lesbarkeit wurden die Gutachter immer als „der Gutachter“ und die Probanden immer als „der Patient“ bezeichnet.

Die gekennzeichneten Texte sind Empfehlungen für die zu untersuchenden Schmerzpatienten.

Quelle: AWMF-Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen, Nr. 030/102, Entwicklungsstufe 2k, Fassung 03/2007
<http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/030-102.htm>

Glossar:

Bild gebende Verfahren: z. B. Röntgen, CT, MRT

Diskrepanz: Widersprüchlichkeit

Eruieren: ermitteln

Fremdanamnestisch: Vorgeschichte, die von anderen Personen erhoben wurde

Kausalität: die Ursache betreffend

Modulierbarkeit: Abstufung

Partizipation: Beteiligung

Prognose: Vorhersage, Voraussicht auf den Krankheitsverlauf

Qualitativ: (hier) die Art betreffend

Quantitativ: (hier) die Stärke betreffend

Simulieren: vortäuschen