

Stefan Middeldorf¹

Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung unter besonderer Berücksichtigung von Schmerz

Orthopaedic and trauma surgery assessment with special consideration of pain

Zusammenfassung: Die Begutachtung unter besonderer Berücksichtigung von Schmerz kann nicht schematisch erfolgen. Sie muss stets auf den Einzelfall ausgerichtet sein und die gesamte biografische Anamnese mit einbeziehen, zum Beispiel auch die tatsächlich durchgeführten Therapiemaßnahmen und deren Ergebnis; Auswirkungen auf Alltagsaktivitäten sind so genau wie möglich zu ermitteln. Weiterhin ist dann eine Beurteilung des Schweregrads zur Störung ebenso durchzuführen wie eine Abgrenzung gegenüber Aggravation und Simulation. Nachvollziehbar und unter Berücksichtigung geeigneter Instrumente ist die Überprüfung der Konsistenz vorzunehmen, die Diagnosen unter Berücksichtigung geltender ICD-Kriterien und Kodierungshilfen als Vollbeweis zu ermitteln. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane sehr häufig mit psychischen Komorbiditäten einhergehen, diese gilt es zu erfassen. Darüber hinaus sind Erkrankungen der seelischen Gesundheit, die mit Schmerzen einhergehen, ebenfalls von höchster Relevanz für das Fachgebiet der Orthopädie und Unfallchirurgie und deren Begutachtung, hier sind es vor allen Dingen die somatoformen Störungen und die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, die differenzialdiagnostisch abzugrenzen sind.

Schlüsselwörter: Begutachtung, Schmerz, Gesundheitswesen

Zitierweise

Middeldorf S: Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung unter besonderer Berücksichtigung von Schmerz. OUP 2016; 4: 189–194 DOI 10.3238/oup.2016.0189–194

Summary: The assessment with special consideration of pain cannot be done schematically. It always has to be aligned to the individual case and has to include the entire biographical anamnesis with, for example, the actually performed therapeutic measures and their results and effects on daily activities, which have to be determined as accurately as possible. Furthermore, an assessment of the severity of disorder also needs to be realized as well as a distinction from aggravation and simulation. A validation of the consistency has to be carried out comprehensibly and in consideration of appropriate tools to determine diagnoses considering valid ICD-criteria and coding aids as full proof. It should be noted that diseases of the musculoskeletal system are often accompanied by psychological comorbidities, which have to be conceived. Moreover, diseases of mental health that are associated with pain are also highly relevant in orthopedic and trauma surgery and its assessment. Above all, the somatoform disorders and chronic pain disorder with somatic and psychological factors have to be defined by differential diagnosis.

Keywords: assessment, pain, public health

Citation

Middeldorf S: Orthopaedic and trauma surgery assessment with special consideration of pain. OUP 2016; 4: 189–194 DOI 10.3238/oup.2016.0189–194

Einleitung und Kontext

Die International Association for the Study of Pain (IASP) definiert Schmerz folgendermaßen: „Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis, das mit tatsächlicher oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ein-

hergeht oder von betroffenen Personen so beschrieben wird, als wäre eine solche Gewebeschädigung die Ursache“. Die Empfindung Schmerz wird dabei als komplexe Wechselwirkung zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren im Sinne des biopsychosozialen Krankheitskonzepts angenommen,

Schmerz ist also eine subjektive Wahrnehmung, welche nicht allein durch neuronale Schmerzsignale der schmerzleitenden Nervenfasern bestimmt wird, sondern sie ist vielmehr eine Empfindung, welche über komplexe Vorgänge stark reguliert wird. Schmerz als Symptom ist also das, was der Patient als sol-

¹ Schön Klinik Bad Staffelstein

chen empfindet. Weil es sich um eine stark subjektiv gefärbte Wahrnehmung handelt, kann es zu Verständigungsschwierigkeiten zwischen Patient und Behandelndem bzw. Begutachtendem kommen, insbesondere im Bezug auf das Ausmaß des Schmerzerlebens.

Dabei ist Schmerz eine komplexe subjektive Sinneswahrnehmung, die als akutes Geschehen den Charakter eines Warn- und Leitsignals aufweist und in der Intensität von unangenehm bis unerträglich reichen kann. Als chronischer Schmerz hat es den Charakter des Warnsignals verloren und wird heute als eigenständiges Krankheitsbild im Sinne eines chronischen Schmerzsyndroms gesehen und behandelt.

In Bezug auf den erlebten Schweregrad kann Schmerz von unangenehm bis unerträglich reichen. Mit Selbsteinschätzungsskalen zur Beurteilung von Schmerzen lässt sich dies im subjektiv vergleichbaren Bereich darstellen, zum Beispiel durch die numerische Rating-Skala (NRS) oder die Visuelle Analogskala (VAS). Darüber hinaus existieren noch weitere Skalen, zum Beispiel für Kinder oder für die Fremdbeobachtung.

Als Orientierung in Bezug auf die Begutachtung findet der medizinische Sachverständige zahlreiche Hinweise in der einschlägigen Literatur und in Leitlinien, so zu Allgemeinen Grundlagen der medizinischen Begutachtung (S2k-Leitlinie) [1], zudem in der Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen [2]

Dabei ist die Begutachtung von Schmerzen eine interdisziplinäre ärztliche Aufgabe und erfordert hierzu Kompetenzen sowohl zur Beurteilung körperlicher als auch psychischer Störungen. Ärzte, die sich im Bereich der psychosomatischen Grundversorgung und zur Zusatzbezeichnung spezielle Schmerztherapie weitergebildet haben, verfügen in diesem Bereich der Begutachtung über besondere Kompetenzen. Zunächst geht es um die Beurteilung des Anteils der durch Schädigungen des Nervensystems und anderer Gewebearten erklärbarer Beschwerden und Schmerzen. Ergeben sich dabei Hinweise auf eine bedeutsame psychische Komorbidität, sollte eine ergänzende diesbezügliche Betrachtung erfolgen, ggf. unter Einbeziehung psychiatrischer oder psychosomatischer Kompetenz.

Grundsätzlich werden in der gutachterlichen Situation 3 Kategorien chronischer Schmerzsyndrome unterschieden. Zunächst findet sich der Schmerz als Begleitsymptom einer körperlichen Störung mit den Untergruppen „übliche Schmerzen“ als Begleitsymptom einer körperlich fassbaren Erkrankung bzw. einer Nervenschädigung, dann „außergewöhnliche Schmerzen“, zum Beispiel bei Stumpf- und Phantomschmerzen oder im Rahmen eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS). Als zahlenmäßig größte zur Begutachtung kommende Gruppe finden sich körperlich z.T. erklärbare Schmerzen mit psychischer Komorbidität. Die dritte Kategorie beinhaltet Schmerz als Ausdruck einer primären seelischen Erkrankung, zum Beispiel und insbesondere im Rahmen depressiver Störungen.

In Bezug auf die Begutachtungskriterien unterscheidet sich die Erstellung eines Gutachtens unter besonderer Berücksichtigung von Schmerz von den üblicherweise zu fordernden Inhalten einer rein orthopädisch-unfallchirurgischen Begutachtung. Sie erfordert eine detaillierte und umfassende Exploration der zu begutachtenden Personen Neben den im Rahmen der Begutachtung üblichen Angaben zur Anamnese der geklagten Beschwerden und körperlichen Befunden sowie zu den üblicherweise gutachterlichen relevanten Fragen, sollten gutachterliche Stellungnahmen bei geklagten chronischen Schmerzen vor allem eine spezielle Schmerzanamnese mit Angaben zur Lokalisation und Häufigkeit sowie zum Verlauf und der Abhängigkeit von verschiedenen Körperhaltungen, Tätigkeiten und Tageszeiten enthalten. Erforderlich ist eine detaillierte Anamnese zu Dauer, Intensität und Ergebnissen bisheriger Behandlungsmaßnahmen, insbesondere auch der Häufigkeit, Regelmäßigkeit und Effekte von Arzt- und Therapeutenbesuchen sowie der Häufigkeit, Dauer und Wirksamkeit eingenommener Medikamente. Es schließt sich eine detaillierte Exploration der Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens, z.B. Schlaf, Selbstversorgung, Haushaltsaktivitäten, Einkaufen, Gartenarbeit und den verschiedenen sozialen Lebensbereichen, z.B. Partnerschaft und Familie, Freundschaften, Hobbys, Vereinsleben, Urlaubsreisen, an. Ein ausführlicher psychopathologischer Befund mit

Aussagen zu biografischen Faktoren der Entwicklung einer sogenannten „Schmerzpersönlichkeit“ sowie Störungen der Schmerzerfahrung ist ebenso erforderlich wie eine ausführliche Beschreibung der gemachten Beobachtungen während der Begutachtung, zum Beispiel die Fähigkeit zum Stillsitzen, erforderliche Entlastungsbewegungen, Bewegungsmuster beim An- und Auskleiden, Körperpflege und äußeres Erscheinungsbild. Es kann erforderlich sein, eine Fremdanamnese zu erheben, dies natürlich mit Einverständnis des zu Begutachtenden und soweit aufgrund der rechtlichen Gegebenheiten möglich, diese Befragung kann beispielsweise bei begleitenden Familienangehörigen erfolgen.

Im Ergebnis beruht die gutachterliche Beurteilung im Wesentlichen auf der Beantwortung der Fragen, ob die geklagten Schmerzen und die damit verbundenen Funktionsstörungen „ohne vernünftigen Zweifel“ nachweisbar sind, hierzu bedarf es einer Konsistenzprüfung, die auf verschiedene Weise erfolgen kann. Zudem ist die Frage zu bearbeiten, ob die nachgewiesenen Funktionsstörungen durch eine sog. zumutbare Willensanspannung wenigstens zum Teil überwindbar ist; wir bezeichnen dies als Prüfung der willentlichen Steuerbarkeit.

Im ersten Schritt hat der medizinische Sachverständige dazu Stellung zu nehmen, ob und aufgrund welcher Faktoren und in welchem Umfang die vom Probanden geklagten Funktionsbeeinträchtigungen zur subjektiven Gewissheit des Gutachters bestehen. Diese Abklärung erfordert eine kritische Zusammenschau von Exploration, Untersuchungsbefunden, Verhaltensbeobachtung und Aktenlage. Zweifel am Ausmaß der geklagten Beschwerden können aufkommen, wenn es Hinweise auf nicht oder nicht in dem geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen gibt. Zu diesen sogenannten Konsistenzparametern gehören:

- Diskrepanz zwischen Beschwerdeschilderung (einschließlich Selbsteinschätzung in Fragebogen) und körperlicher und/oder psychischer Beeinträchtigungen in der Untersuchungssituation.
- Wechselhafte und unpräzise ausweichende Schilderung der Beschwerden und des Krankheitsverlaufs.

- Diskrepanzen zwischen eigenen Angaben und fremdanamnestischen Informationen (einschließlich der 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 Beweistätigkeiten bei Begutachtung zur beruflichen Leistungsfähigkeit.
 - Diskrepanzen zwischen der Medikamentenanamnese und laborchemisch zu bestimmenden Medikamentenspiegeln.

Lassen sich auf Basis der beschriebenen Konsistenzparameter Funktionsbeeinträchtigungen zur Überzeugung des medizinischen Sachverständigen nachweisen, gilt im zweiten Schritt zu klären, ob und inwieweit die geklagten Beschwerden bewusst oder bewusstseinsnah zur Durchführung eigener Wünsche, z.B. nach Versorgung, Zuwendung oder Entlastung von unangenehmen Pflichten, gegenüber Dritten eingesetzt werden, dies im Sinne des sogenannten sekundären Krankheitsgewinns, obwohl sie willentlich zu überwinden wären oder ob die schmerzassoziierten Symptome die Lebensgestaltung in den Tag soweit übernommen haben, dass eine Überwindbarkeit, willentlich und/oder durch therapeutische Maßnahmen, nicht mehr möglich erscheinen. Dabei ist es unter Berücksichtigung des häufig zu findenden Krankheitsverlaufs durchaus möglich, dass eine zunächst zweckgerichtet eingesetzte Schmerzsymptomatik sich im Rahmen einer Chronifizierung im Weiteren zunehmend selbstständigen kann und schließlich nicht mehr willentlich zu beeinflussen ist. Allein die Tatsache lange andauernder Beschwerden schließt darüber hinaus aber eine bewusstseinsnahe Steuerbarkeit nicht aus, Hinweise auf eine solche bestehende Steuerbarkeit der geklagten Beschwerden ergeben sich zum Beispiel dann, wenn ein Rückzug von unangenehmen Tätigkeiten, z.B. im Bereich von Haushalt und Beruf, jedoch nicht

von den angenehmen Dingen des Lebens, z.B. Hobbys, Vereinstätigkeiten, das Halten von Haustieren, Urlaubsreisen, festzustellen sind oder wenn beispielsweise Führungs- und Kontrollfunktionen beibehalten werden, z.B. die Überwachung der Haushaltsarbeit von Angehörigen, Beibehaltung matriarchalischer/patriarchalischer Funktionen, Steuerung des Einkaufsverhaltens der Angehörigen, trotz erkennbarem Rückzug von aktiven Tätigkeiten.

In Bezug auf die gutachterliche Würdigung unter Berücksichtigung der durchgeführten Konsistenzprüfungen sind im Weiteren folgende 4 Aussagen möglich:

1. Der Gutachter ist davon überzeugt, dass die geklagten Funktionsbeeinträchtigungen bestehen und willentlich oder durch Therapie nicht (mehr) überwunden werden können. Bei entsprechender Schwere der Beeinträchtigungen wird er eine dauerhafte Leistungsminderung feststellen.
2. Der Gutachter ist zwar davon überzeugt, dass die geklagten Funktionsbeeinträchtigungen bestehen, diese aber durch Therapie in absehbarer Zeit und in wesentlichem Umfang überwunden werden könnten. In Abhängigkeit vom Einzelfall führt dies zum Einsatz von Rehabilitationsmaßnahmen, ggf. auch zur Feststellung einer zeitlich befristeten Leistungsminderung.
3. Der Gutachter ist zwar davon überzeugt, dass die geklagten Funktionsbeeinträchtigungen bestehen, diese aber willentlich in wesentlichem Umfang überwunden werden können. Damit ist von einem erhaltenden Leistungsvermögen auszugehen.
4. Der Gutachter ist nicht davon überzeugt, dass die Funktionsbeeinträchtigungen in der geklagten oder anderen Form bestehen. In diesem Fall bleibt der Antragsteller den Nachweis für das Vorliegen der geltend gemachten Einschränkungen mit den o.g. Konsequenzen schuldig. [3]

Sind schmerzbedingte Funktionsstörungen nachgewiesen, hat der Sachverständige diese im Allgemeinen auch zu quantifizieren. Entsprechend den o.g. Kriterien chronischer Schmerzsyndrome ergeben sich dabei folgende Unterschiede:

- Schmerz als Begleitsymptom einer Gewebeschädigung oder -erkrankung:

Stehen körperlicher Befund (Organpathologie) und Befinden (Schmerz) in kongruentem Verhältnis, bestimmt die mit dem fachbezogenen Befund verknüpfte Funktionsbeeinträchtigung die Leistungsbeurteilung.

- Schmerz bei Gewebeschädigung/-erkrankung mit psychischer Komorbidität: Besteht keine Kongruenz zwischen Befund und Befinden, sind relevante Funktionsbeeinträchtigungen im Allgemeinen nur dann zu diskutieren, wenn gleichzeitig ausgeprägte Einschränkungen im Alltagsleben und der sozialen Partizipation trotz entsprechender und angemessener Therapie nachweisbar sind.
- Schmerz als Leitsymptom einer psychischen Erkrankung: Handelt es sich um eine Schmerzsymptomatik ohne erkennbare Gewebeschädigung oder -erkrankung, orientiert sich die Einschätzung am Schweregrad der zugrundeliegenden psychischen Erkrankung. [2]

Je nach Rechtsgebiet sind über die Beurteilung schmerzbedingter Funktionsstörungen hinaus Fragen zum Zusammenhang zwischen einem stattgehabten Unfall- oder sonstigen Schädigungsereignis und geklagten Schmerzen zu klären, so z.B. im Rahmen sogenannter Zusammenhangsgutachten. Die Beweisführung basiert dann auf folgenden Kriterien:

- Nachweis eines geeigneten körperlichen und/oder psychischen Primärschadens: Dieser muss in den meisten Rechtsgebieten ohne vernünftigen Zweifel („Vollbeweis“) vorliegen. Ansonsten erübrigt sich jede weitere Diskussion von Zusammenhangsfragen.
- Nachweis des zeitlichen Zusammenhangs: Im Allgemeinen zwingende Voraussetzung für die Annahme eines kausalen Zusammenhangs ist der Beginn einer geklagten Schmerzsymptomatik unmittelbar nach dem Schädigungsereignis, allerdings sind Ausnahmen zu beachten (z.B. anfängliche Analgesie, sekundäre Komplikationen). Der alleinige zeitliche Zusammenhang genügt jedoch nicht (kein „post hoc ergo propter hoc“).
- Nachweis des typischen Schmerzverlaufs: In Abhängigkeit vom Körperschaden zeigen Schmerzen i.d.R. einen typischen Verlauf, der zu den geklagten Beeinträchtigungen korrelieren sollte.

- Nachweis von Vorerkrankungen (Vorschaden): Sind solche „vollbeweislich“ nachweisbar, ist eine vorübergehende oder – im Einzelfall auch dauerhafte – Verschlimmerung des Vorschadens aufgrund des Schädigungsereignisses zu diskutieren.
- Ausschluss konkurrierender Erkrankungen: Stellt sich der Verlauf von Schmerzsyndromen anders dar, als nach einem nachweisbaren körperlichen Schädigungsereignis zu erwarten, ist zu klären, inwieweit schädigungsunabhängige „überholende“ Faktoren nachweisbar sind, die (inzwischen) – je nach Rechtsgebiet – die rechtlich maßgebliche Schmerzsache darstellen [2].

Bei der Begutachtung unter besonderer Berücksichtigung von Schmerz ist zudem in Bezug auf die Symptom- und Beschwerdevalidierung zu berücksichtigen, dass ca. 30–40 % der Patienten mit chronischem Schmerz ihre Beschwerden in der sozialmedizinischen Begutachtung nicht realistisch darstellen. Studien zeigen, dass Patienten ihre Beeinträchtigungen im Streit um Entschädigungs- oder Rentenzahlungen tendenziell stärker hervorheben als Patienten im Therapiesetting. Gerade auch in Zusammenhang mit den zahlreichen Begutachtungen zum sogenannten Schleudertrauma wird immer wieder darauf hingewiesen, dass das soziale und private Sicherungssystem das Anspruchsverhalten begünstigt, dies im Sinne einer Verschiebung der Wesensgrundlage als Wandel von Heilungserwartung zum Entschädigungsbegehren.

Auch stellt sich die Frage, ob Schmerz objektivierbar ist. Zwar ergeben sie im Rahmen moderner bildgebender Verfahren, z.B. Single-Photon-Emissions-Computertomografie (SPECT), Positronen-Emissions-Tomografie (PET), Magnet Resonance Imaging (fMRI) und der Voxel-basierten Morphometrie (VBM), Hinweise, dass Schmerz und auch chronischer Schmerz abbildbar ist, neuere Forschungen zur Thematik der sogenannten Spiegelneurone lassen jedoch die Zweifel aufkommen, ob hirnmorphologisch darstellbare Veränderungen tatsächlich geeignet sind, bei der Validierung von Schmerzsyndromen zum aktuellen Zeitpunkt eine bedeutsame Rolle zu spielen. Auch stellt sich immer wieder die Frage, ob es einen

„mediterranen Schmerz“ oder eine Schmerzgeschichte einer speziellen Kultur gibt, wie ist das für die Bewertung in unserem Sozialsystem zu werten. Hier ergeben sich Hinweise, dass allgemein jeder Mensch versucht, den Schmerz gemäß seinem Weltbild und seiner Kultur entsprechend in Zusammenhang zu stellen; erschwerend können sich hier unterschiedliche Wertesysteme von Arzt und Patient, aber auch Sprachbarrieren darstellen. Studien zur Schmerzschwellenbestimmung mit experimentellen Schmerzreizen weisen hingegen nur geringe transkulturelle Unterschiede auf, wohl aber größere Unterschiede hinsichtlich der Schmerztoleranz, wie dies am Beispiel der Geburtsschmerzen deutlich wird.

Das Schmerzempfinden besteht nicht nur aus einer sensorischen Komponente, sondern beinhaltet auch kognitiv-bewertende affektive Aspekte. Die affektive und kognitive Bewertung ist nicht nur abhängig vom Schmerzreiz, sondern unterliegt komplexen Einflüssen aus der gesamten psychophysischen Entwicklung einschließlich bestehender Lernprozesse und der frühkindlichen Entwicklung. Von einer linearen Beziehung zwischen Reizstärke und Wahrnehmung einer Schmerzempfindung kann daher nicht ausgegangen werden [4].

Darüber hinaus sind symptomverstärkende Darstellungsformen zu beachten. Finden sich beispielsweise Hinweise für eine Simulation, bewusstes und ausschließliches Vortäuschen einer krankhaften Störung zu bestimmten, klar erkennbaren Zwecken oder einer Aggravation, bewusste verschlimmernde bzw. überhöhte Darstellung einer krankhaften Störung zu erkennbaren Zwecken? Simulation und Aggravation werden in der Begutachtung als eher selten auftretend beschrieben, häufig jedoch finden sich sogenannte Verdeutlichungstendenzen. Diese sind in der Begutachtungssituation durchaus als noch angemessen anzusehen, nicht mit Simulation oder Aggravation gleichzusetzen. Es ist der Versuch, den Gutachter vom Vorhandensein der Schmerzen zu überzeugen, besonders deutlich erfolgt dies bei eher desinteressiert erscheinendem Untersucher.

Hingegen versteht man unter einer Dissimulation die verringerte, herunterspielende Darstellung von Beschwer-

den, wie sie häufig im Rahmen der Begutachtung im Rechtsgebiet der Berufsunfähigkeit festzustellen ist. Die Unterscheidung der Begriffe ist jedoch operational ungesichert.

Im Weiteren soll auf 2 Diagnosen hingewiesen werden, mit denen der orthopädisch-unfallchirurgische Gutachter häufig konfrontiert ist: die Ermittlung als Vollbeweis, aber auch die differenzialdiagnostische Abgrenzung, was durchaus nicht trivial ist.

Schmerzbezogene Diagnosen

a) Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Mit dem 2009 in die ICD-10-GM eingeführten Code F45.41 können chronische Schmerzen als biopsychosoziale Störungen angemessen diagnostiziert werden. Mit dieser Diagnose ist eine Voraussetzung für die Indikationsstellung zur interdisziplinären Therapie geschaffen worden. Die diagnostische Abgrenzung von ähnlichen Störungen und die Codierung von Komorbiditäten sind unentbehrlich und werden im Weiteren erläutert [5].

Die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bezieht sich auf Schmerzen, die durch einen somatischen Krankheitsfaktor ausgelöst und i.d.R. aufrechterhalten werden oder bei denen ein somatischer Auslösefaktor und eine ebensolche Aufrechterhaltung sehr wahrscheinlich sind. Zusätzlich liegen jedoch auch psychologische Faktoren vor, die für das Krankheitsverständnis und/oder die Behandlung von Relevanz sind. Diese Diagnose kann für alle chronischen Schmerzformen zutreffen; die beteiligten psychischen Faktoren sind durch syndromspezifische Besonderheiten geprägt. Beispiele für somatische Auslösefaktoren sind: Erkrankungen oder Funktionsstörungen des muskuloskeletalen Systems (Muskeln, Sehnen, Bänder und Gelenke) sowie pathologische Veränderungen des Nervensystems (periphere Prozesse, zum Beispiel Polyneuropathie; zentrale Veränderungen, zum Beispiel nach Apoplexie). Mischformen und somatische Veränderungen unklarer Genese (zum Beispiel CRPS – früher M. Sudeck) zählen ebenfalls zu den typi-

schen Auslösern. Pathologische somatische Befunde, die mit den Schmerzen zusammenhängen, sind durch geeignete diagnostische Verfahren, zum Beispiel Labortests, QST oder bildgebende Verfahren) zu erheben. Somatische Faktoren können auch durch körperliche Untersuchung und/oder Anamnese bestätigt werden, wenn keine objektiven Befunde vorliegen. Hinsichtlich Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung haben psychische Faktoren eine wesentliche Bedeutung, die positiv identifiziert werden müssen.

Der ursprünglich auslösende somatische Faktor wurde diagnostiziert (zum Beispiel Herpes zoster, Bandscheibenvorfall mit passender Schmerzlokalisation), wurde aufgrund von Anamnese und Untersuchungen identifiziert (zum Beispiel Muskelhartspann bei Lumbago) oder entspricht einem bekannten Krankheitsbild, bei dem positive Befunde nicht bekannt sind (z.B. Migräne, Kopfschmerz vom Spannungstyp).

Aufrechterhaltende psychische Faktoren sind ebenfalls genau zu identifizieren, mindestens 2 der nachfolgenden psychischen Faktoren müssen vorliegen:

- „Stress“ und Belastungssituationen, ggf. in Verbindung mit ungünstigen psychischen Verarbeitungsprozessen, führen zu einer Beeinflussung des Schmerzerlebens.
- Auf Verhaltensebene haben sich auf der Grundlage schmerzbezogener Angst (in der Regel ohne den Kriterien einer Angststörung zu entsprechen) zunehmende Passivität, Schon- und Fehlhaltungen und daraus resultierende körperliche Dekonditionierung entwickelt. Auch Durchhaltestrategien als dysfunktionale Verhaltensmuster können zur Aufrechterhaltung beitragen.
- Es bestehen maladaptive Kognitionen in Form von gedanklicher Einengung auf das Schmerzerleben, Katastrophisieren von Körperempfindungen und Krankheitsfolgen, Grübeln über schmerzassoziierte Inhalte und rigide Attribution der Ursachen auf organische Faktoren.
- Ausgeprägte emotionale Belastungen sind nachweisbar, z.B. Verzweiflung oder Demoralisierung. Wenn die Kriterien einer Depression oder Angststörung erfüllt sind, so ist dies zusätzlich zur Diagnose F45.41 zu kodieren. Ausschließlich im Rahmen von Depressi-

on oder Angststörungen auftretende Schmerzen dürfen nicht als F45.41 kodiert werden.

- Familiäre, soziale und existenzielle Konsequenzen: Die Überzeugung, körperlich nicht mehr belastbar zu sein, hat zu veränderten Rollen in der Familie geführt, ist mit reduzierten Kontakten im Freundeskreis (sozialer Rückzug) und zunehmenden Problemen im Beruf (Krankschreibung, Kündigung, vorzeitige Berentung) verbunden.

Zur Abgrenzung von dem mit den Kriterien zu definierenden Krankheitsbild sind differenzialdiagnostische Überlegungen zu treffen. So sind Schmerzsyndrome ohne Krankheitswert abzugrenzen, ebenso akute Schmerzsyndrome, wobei im Falle des hier beschriebenen Krankheitsbilds die Chronifizierung über eine Erkrankungsdauer von mehr als 6 Monaten quantifiziert wird. Chronische, rein körperlich bedingte Schmerzsyndrome sind hier ebenso nicht zu untergliedern, wie eine somatoforme Schmerzstörung, auf die im Weiteren noch eingegangen wird. Gleiches gilt auch für eine Somatisierungsstörung oder eine undifferenzierte Somatisierungsstörung, Depression, Angststörung, andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.80) sowie psychische Faktoren oder Verhaltenseinflüsse bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (F54). Die zuletzt genannten Krankheitsbilder sind bei Vorliegen entsprechender Kriterien gesondert zu diagnostizieren.

Der Anspruch an den medizinischen Sachverständigen ist hier, mit entsprechender Trennschärfe und unter Berücksichtigung der beschriebenen Kriterien, Klarheit über das zu beschreibende und konkret vorliegende Krankheitsbild zu schaffen. Im gutachterlichen Kontext ist die Diagnose nur dann zu ermitteln, wenn sie als Vollbeweis vorliegt.

b) Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Die im ICD-10 mit F45.4 kodierte Schmerzstörung ist die anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Hierunter versteht man ein Krankheitsbild, bei dem die vorherrschende Beschwerde ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz ist, der durch einen psychologischen Prozess oder eine körperliche

Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf, die schwerwiegend genug sein sollten, um als entscheidende ursächliche Faktoren gelten zu können. Die Folge ist meist eine beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung. Schmerzzustände mit vermutlich psychogenem Ursprung, die im Verlauf depressiver Störungen oder einer Schizophrenie auftreten, sollten hier nicht berücksichtigt werden.

Aufgrund der fehlenden Objektivierbarkeit der Beschwerden steht für Proband und Untersucher während der Begutachtungssituation die Frage der Glaubhaftigkeit immer mit im Raum. Abzugrenzen ist von einer Simulation oder Aggravation, die auch willentlich gesteuert ist, von einer Somatisierung, die unbewusst und somatoformen Symptomen einhergehen. Von besonderer Bedeutung ist es für Krankheitsbilder der seelischen Gesundheit, Kriterien zur Beurteilung der psychosozialen Situation des Probanden zu erfassen. Mit wem lebt der Proband zusammen (Partner, Eltern, Kinder, Tiere), wo lebt er (eigenes Haus, Eigentumswohnung, Mietwohnung), in welchen Lebensbereichen partizipiert er (Vereine, Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Tätigkeiten, Freunde und Bekannte), was sind Hobbys und Interessen (Heimwerken, Gartenarbeit, Wohnwagen, Sport, Kirchenchor, Fernsehen), welche Arbeiten im oder am Haus übernimmt er (Reinigung der Wohnung, Einkaufen, Kochen, Abwasch, Gartenarbeit), welche Art von Urlaub hat der Proband in den letzten Jahren gemacht?

Zur Ermittlung von Glaubhaftigkeitsmerkmalen bietet sich unter Umständen auch ein Perspektivwechsel als Teil der präzisierenden Exploration an. Abzugrenzen sind hier Simulationshinweise von Realkennzeichen: Sind die Aussagen des zu Begutachtenden allgemein, plakativ, undifferenziert, stereotyp oder aber detailreich, mehrdimensional, differenziert und logisch konsistent? Auch die Exploration des Tages- und Wochenablaufs, eine präzisierende Nachfrage durch Detailanalyse, wird erforderlich sein. Dabei finden sich bei somatoformen Störungen typische biografische Konstellationen, die ermittelt werden können. Hierzu gehö-

ren Sozialisationserfahrungen und Entbehrungen in der Biographie, problematische Partnerschaften, zum Beispiel Alkoholproblem des Partners, Kriege und Umweltkatastrophen in der Biografie, traumatische Erfahrungen in der Kindheit oder in späteren Lebensabschnitten ebenso wie eine familiäre Häufung. Darüber hinaus finden sich typische Merkmale verschiedener Dimensionen, so beispielsweise in Bezug auf das Verhalten, das Checking von Körperteilen und Körperreaktionen, Vermeidung einer körperlichen Belastung, Suche nach Rückversicherung über die Gutartigkeit der Beschwerden, das Drängen auf medizinische Untersuchungen, ein häufiger Arztwechsel im Sinne von „doctor shopping“, eine Beeinträchtigung am Arbeitsplatz und in der Freizeit. In Bezug auf kognitive Merkmale findet sich typischerweise ein organisches Krankheitsmodell und traumatisierende Bewertungen von Körperempfindungen, ein enger Gesundheitsbegriff, ein negatives Selbstkonzept und eine geringe subjektive Stresstoleranz. Typische emotionale Merkmale sind das Gefühl der Angst und des Bedrohtheits, zu den körperlichen Merkmalen gehört eine körperliche Dekonditionierung, muskuläre Anspannung, Schwitzen und Blutdruckschwankungen.

Aus Sicht des Sachverständigen bietet sich hier als Instrument der Differenzierung die Checkliste Glaubhaftigkeitskriterien bei somatoformen Störungen nach Rauh, Svitak und Grundmann an. Unterschieden wird hier zwischen Realkennzeichen und Simulationshinweisen [6].

Zu den Realkennzeichen werden gezählt:

- Logisch konsistente Symptombeschreibung, detailreich, mehrdimensional und differenziert.

- Psychodynamisch nachvollziehbare Krankheitsentwicklung unabhängig von beruflichen Konflikten und vom Rentenverfahren.
- Funktionelle Einschränkungen in der Untersuchungssituation feststellbar, konsistent zur Diagnoseschwere und plausibel.
- Beschwerdeschilderung mit Leidensdruck und Hilfsersparung.
- Vorbefunde dokumentieren hohes Inanspruchnahmeverhalten.

Dem gegenüber gestellt werden Simulationshinweise:

- Undifferenzierte Symptombeschreibung: allgemein, plakativ mit stereotyper Symptomdarstellung.
- Abrupter Beginn somatoformer Beschwerden mit rascher Entwicklung eines Renten- oder BU-Antrags.
- Präsentation erheblicher Behinderungen („ich kann nur 5 Minuten arbeiten, dann breche ich zusammen“), nicht im Einklang mit Verhaltensbeobachtung und klinischem Befund. Oder: Für das Krankheitsbild klinisch untypisch und daher nicht plausibel.
- Symptomfokussierung verbunden mit Einengung auf Krankheitsgewinn.
- Geringe Behandlungsaktivitäten.

Zusammenfassung

Die Begutachtung orthopädisch-unfallchirurgischer Krankheitsbilder unter besonderer Berücksichtigung von Schmerz kann nicht schematisch erfolgen. Sie muss stets auf den Einzelfall ausgerichtet sein und die gesamte biografische Anamnese mit einbeziehen, z.B. auch die tatsächlich durchgeführten Therapiemaßnahmen und deren Ergebnis, Auswirkungen auf Alltagsaktivitäten sind so genau wie möglich zu ermitteln. Weiterhin ist dann eine Beurteilung des Schweregrads zur Störung ebenso

durchzuführen wie eine Abgrenzung gegenüber Aggravation und Simulation. Ebenso wird sich die Frage verbleibender Partizipationsmöglichkeiten und Prognose stellen. Nachvollziehbar und unter Berücksichtigung geeigneter Instrumente ist die Überprüfung der Konsistenz vorzunehmen, die Diagnosen unter Berücksichtigung geltender ICD-Kriterien und Kodierungshilfen als Vollbeweis zu ermitteln. Leitlinien geben Hinweise zur strukturierten Durchführung, zu nennen ist hier insbesondere die Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen (AWMF-Registernummer 030/102). Dabei ist zu berücksichtigen, dass Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane sehr häufig mit psychischen Komorbiditäten einhergehen, diese gilt es zu erfassen. Darüber hinaus sind Erkrankungen der seelischen Gesundheit, die mit Schmerzen einhergehen, ebenfalls von höchster Relevanz für das Fachgebiet der Orthopädie und Unfallchirurgie und deren Begutachtung, hier sind es vor allen Dingen die somatoformen Störungen, die differenzialdiagnostisch abzugrenzen sind. Sämtliche Klassifikationen leiden immer noch an einer terminologischen Unschärfe, der vorgelegte Beitrag möchte hier Hilfestellung leisten, die häufig vorkommenden Krankheitsbilder mit hinreichender Trennschärfe zu erfassen oder auszuschließen. OUP

Interessenkonflikte: Keine angegeben

Korrespondenzadresse

Dr. med. Stefan Middeldorf
 Schön Klinik Bad Staffelstein
 Am Kurpark 11
 96231 Bad Staffelstein
 SMiddeldorf@schoen-kliniken.de

Literatur

1. 094/001 S2k-Leitlinie: Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung, aktueller Stand 07/2013.
2. AWMF-Leitlinien-Register-Nr. 030/102 Entwicklungsstufe 2k: Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen.
3. Widder B: Schmerzsyndrome. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. 7. aktualisierte Auflage. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag 2003, 2011, 612–613
4. Gralow I, Crede S, Schneider E: Psychologische Diagnostik. Praktische Schmerzmedizin. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag 2013, 59–65
5. Nilges P: Schmerz 2010. 24: 209–212
6. Rauh E, Svitak M, Grundmann H: Handbuch Psychosomatische Begutachtung. Berlin: Urban & Fischer Verlag 2008