




publiziert bei:  **AWMF online**
Portal der wissenschaftlichen Medizin

Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen („Leitlinie Schmerzbegutachtung“)

5. Version 2023
AWMF-Registernummer **187-006**

 **DGOU** Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie – **federführend I**



Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) – federführend II



Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB)



Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM)



Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)



Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)



Deutsche Schmerzgesellschaft



Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)

Autoren

Für die DGNB:	Prof. Dr. med. Dr. B. Widder, Günzburg Prof. Dr. med. T. Grömer, Bamberg Prof. Dr. med. H.-C. Hansen, Neumünster
Für die DGAUM:	Dr.med. Kristin Hupfer, Ludwigshafen
Für die DGN:	Prof. Dr. med. M. Tegenthoff, Bochum PD Dr.med. O. Kastrup, Essen
Für die DGOU:	Prof. Dr. med. M. Schiltenswolf, Heidelberg (federführend) Prof. Dr. med. Klaus Dresing, Göttingen Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Thomann, Frankfurt
Für die DGPM/DKPM:	Dr. med. B. Gruner, Weimar (federführend) Dr. med. Dipl.-Psych. C. Derra, Berlin
Für die DGPPN:	Prof. Dr.med. K.-J. Bär, Jena
Für die Deutsche Schmerzgesellschaft:	Dr. med. Dr.phil. A. Schwarzer, Bochum Dr. med. R. Dertwinkel, Bremerhaven
Rechtliche Beratung Sozialrecht: F. Keller, Präsident des Landessozialgerichts a.D., Drei Gleichen Zivilrecht: Prof. Dr. P.W. Gaidzik, Leiter des Instituts für Medizinrecht, Universität Witten/Herdecke	

Patientenbeteiligung

Patienten wurden aufgrund der gebotenen Neutralität bei der Gutachtenerstellung nicht bei der Überarbeitung der Leitlinie beteiligt. Neben ärztlichen Experten waren lediglich Richter in der Arbeitsgruppe aktiv. Die Patientenverbände werden in die Konsultationsphase eingebunden, d.h. zur Kommentierung angeschrieben und befragt.

Was gibt es Neues?

- Einführung der neuen ICD 11-Nomenklatur: chronischer primärer Schmerz, chronischer sekundärer Schmerz
- Präzisierung des Vorgehens bei Gutachten mit kausaler Fragestellung
- Abgrenzung üblicher von außergewöhnlichen Schmerzen

Adressaten

Die Leitlinie richtet sich an Fachärzte verschiedener Fachrichtungen, die Schmerzgutachten erstellen und eine zusätzliche schmerztherapeutische Weiterbildung haben, insbesondere FÄ für Anästhesiologie, Orthopädie, Neurologie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Arbeits- und Umweltmedizin sowie Sozialmedizin.

Sie dient zudem der Information für Rechtsanwender wie Versicherungen und Gerichte, die Schmerzgutachten in Auftrag geben, sowie Betroffenen und Betroffenenverbänden.

Inhaltsverzeichnis

Autoren	2
Patientenbeteiligung	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Patienten wurden aufgrund der gebotenen Neutralität bei der Gutachtenerstellung nicht bei der Überarbeitung der Leitlinie beteiligt. Die Patientenverbände werden bei der strukturierten Konsensusfindung eingebunden. Neben ärztlichen Experten waren lediglich Richter in der Arbeitsgruppe aktiv.	
	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Was gibt es Neues?	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet und das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.	
	5
1. Allgemeiner Teil	5
1.1. Ziel der Leitlinie.....	5
1.2. Qualifikation des Gutachters	5
1.3. Benennung des Gutachtens	6
1.4. Begutachtungsindikation	6
2. Einteilung chronischer Schmerzen	7
2.1. Definition chronischer Schmerzen	7
2.2. ICD-11-Einteilung	7
3. Beschwerdenuvalidierung / Konsistenzprüfung	10
3.1. Methoden der Beschwerdenuvalidierung	10
3.2. Beschwerden-Validierung / Konsistenzprüfung	13
4. Zustandsbegutachtung	15
4.1. Gutachtliche Untersuchung	15
4.2. Gutachtliche Beurteilung	18
5. Begutachtung bei Kausalitätsfragen	27
5.1. Gutachtliche Beweisführung.....	28
5.2. Spezielle Schmerzsyndrome in kausalen Fragestellungen.....	31
5.3. Bewertung von Schmerz (Quantifizierung) in kausalen Fragestellungen	39
6. Informationen zu dieser Leitlinie	42
6.1. Methodische Grundlagen.....	42
6.2. Systematische Recherche, Auswahl und kritische Bewertung der Evidenz	42
6.3. Strukturierte Konsensusfindung.....	42
6.4. Empfehlungsgraduierung und Feststellung der Konsensstärke.....	42
7. Redaktionelle Unabhängigkeit	43
7.1. Finanzierung der Leitlinie.....	43
7.2. Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenskonflikten	43
8. Externe Begutachtung und Verabschiedung	43
9. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren	43
10. Abkürzungsverzeichnis	43
11. Literatur	45

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet und das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

1. Allgemeiner Teil

1.1. Ziel der Leitlinie

Die Leitlinie dient der interdisziplinären Qualitätssicherung bei der Begutachtung von Menschen, die als Leitsymptom über chronische Schmerzen klagen. Von solchen ist gemäß ICD-Definition zu sprechen, wenn eine Schmerzsymptomatik über mehr als 3 Monate anhält oder rezidivierend besteht.

Die Leitlinie soll den Ablauf und Inhalt der Zustands- und Zusammenhangsbegutachtung bei chronischen Schmerzsyndromen in den verschiedenen Rechtsgebieten vereinheitlichen und die Verständigung zwischen Ärzten und Juristen verbessern.

1.2. Qualifikation des Gutachters

1.2.1. Schmerzmedizinische Qualifikation

Grundlage für die Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen ist das Wissen um Schmerzentstehung, Schmerzverarbeitung und Schmerzchronifizierung sowie Schmerztherapie, wie sich dies in medizinisch-wissenschaftlichen Publikationen (1-8) und Leitlinien (9-12) findet und u.a. im Rahmen der ärztlichen Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ vermittelt wird. Da die Begutachtung bei geklagten Schmerzen Kompetenz sowohl bei der Beurteilung körperlicher als auch psychischer Gesundheitsstörungen erfordert, handelt es sich um eine ärztliche Aufgabe (13). Soweit der Gutachter selbst nicht über entsprechende Kompetenz verfügt, sollte die Begutachtung interdisziplinär erfolgen. Dies betrifft die Begutachtung auf einem weiteren Fachgebiet, wie z.B. neurologisch, orthopädisch oder psychiatrisch / psychosomatisch. Psychologen bzw. psychologische Psychotherapeuten können aufgrund ihrer speziellen Kompetenz eine geeignete Zusatzuntersuchung durchführen bzw. ein Zusatzgutachten erstatten.

Die zusammenfassende bio-psycho-soziale Einschätzung einschließlich der rechtsgebietsbezogenen Schlussfolgerungen obliegt dem ärztlichen Sachverständigen bzw. jenem Arzt, der vom Auftraggeber zur integrativen Gesamtbewertung benannt wurde.

1.2.2. Gutachtliche Qualifikation

Der medizinische Sachverständige sollte über gutachtenrelevante Kenntnisse der verschiedenen Rechtsgebiete verfügen, wie sie u.a. im Rahmen der strukturierten curricularen Fortbildung „Medizinische Begutachtung“ nach den Vorgaben der Bundesärztekammer¹ erworben werden können. Zu den allgemeinen Vorgaben bei Begutachtungen (z.B. Übernahmepflicht, persönliche Leistungspflicht, besondere Interaktion, Umgang mit Probanden aus fremden Sprachräumen,

¹www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/fortbildung/strukturierte-curriculare-fortbildung _letzter Zugriff: 01.08.2022

Fremdanamnese, Kausalitätstheorien und Beweismaße) sei auf die entsprechende AWMF-Leitlinie verwiesen (14).

1.3. Benennung des Gutachtens

Bei Gutachten ist grundsätzlich die Fachgebietsbezeichnung des Sachverständigen an erster Stelle zu nennen. Das Fachgebiet soll nach der Weiterbildungsordnung bezeichnet werden. Ergänzend kann ggf. von einem „schmerzmedizinischen Gutachten“ gesprochen werden, sofern beim Gutachter eine spezifische Qualifikation im Bereich Schmerz vorliegt. Sofern in einem Gutachten die Befunde der Vertreter zumindest zweier Fachgebiete integrativ zusammengetragen werden, kann das Gutachten auch interdisziplinär bezeichnet werden. (Schmerz-)therapeutische Gutachten gibt es dagegen nicht, weil das Gutachten vorrangig diagnostischen Inhalt wiedergibt.

1.4. Begutachtungsindikation

Die Durchführung einer speziellen „schmerzmedizinischen“ Begutachtung wird bei folgenden Konstellationen empfohlen:

- chronisch primäre Schmerzen, soweit der Befund nicht klar in das psychiatrische/psychosomatische Fachgebiet gehört.
- chronisch sekundäre Schmerzen, soweit der körperliche Befund das Schmerzleben nicht ausreichend erklärt.

Empfehlung 1

Die Begutachtung bei geklagten chronischen Schmerzen erfordert Kompetenz sowohl bei der Beurteilung körperlicher als auch psychischer Gesundheitsstörungen. Die Begutachtung ist ärztliche Aufgabe (gemäß Auftrag im jeweiligen ärztlichen Fachgebiet). Soweit der Gutachter selbst nicht über entsprechende umfassende Kompetenz verfügt, soll die Begutachtung interdisziplinär erfolgen. Psychologen und psychologische Psychotherapeuten können bei spezieller Kompetenz eingebunden werden. Der Auftrag zur integrativen Gesamtbewertung obliegt dem Auftraggeber.

Benennung

- Die Fachgebietsbezeichnung des Sachverständigen ist an erster Stelle zu nennen,
- ergänzend kann das Gutachten „schmerzmedizinisch“ bezeichnet werden, sofern beim Gutachter eine spezifische Qualifikation „spezielle Schmerztherapie“ vorliegt,
- oder das Gutachten kann bei integrativer Berücksichtigung organmedizinischer und psychiatrischer/psychosomatischer/psychologischer Befunde und Bewertungen „interdisziplinär“ bezeichnet werden, soweit sowohl ein Gutachter eines organmedizinischen als auch ein Gutachter des psychiatrischen/psychosomatischen/psychologischen Fachgebiets beteiligt sind.

Begutachtungsindikation

Die Durchführung einer speziellen „schmerzmedizinischen Begutachtung“ wird empfohlen

- bei chronischen primären Schmerzen

- bei chronischen sekundären Schmerzen und Diskrepanz von Schmerzerleben und körperlichem Befund

Konsensstärke: 75 % (6x Zustimmung, 2x Enthaltung)= **Konsens**

2. Einteilung chronischer Schmerzen

Die aktuelle 5. Leitlinienüberarbeitung erscheint in einer Zwischenphase der Anwendung der internationalen statistischen Klassifikation von Krankheiten (ICD), wonach in Deutschland noch die ICD-10-Version Gültigkeit besitzt, die ICD-11 jedoch seit Inkrafttreten zum 01.01.2022 international zunehmend genutzt wird. Die Leitlinienautoren haben sich daher entschlossen, hinsichtlich der diagnostischen Einteilung chronischer Schmerzen bereits die ICD-11-Nomenklatur zu verwenden, auch wenn im weiteren Verlauf noch Änderungen durch nationale Anpassungen möglich sind. Hinsichtlich der „alten“ ICD-10 sei auf die Version 4 der vorliegenden Begutachtungsleitlinie verwiesen, die sich bis zum formalen Inkrafttreten der ICD-11 in Deutschland noch auf der AWMF-Website findet².

2.1. Definition chronischer Schmerzen

Gemäß International Association for the Study of Pain (IASP) ist Schmerz eine unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, die mit einer tatsächlichen oder möglichen Gewebeschädigung verbunden ist oder dieser ähnelt. Von chronischen Schmerzen ist zu sprechen, wenn diese länger als drei Monate andauern oder wiederkehren. Chronische Schmerzen sind multifaktoriell bedingt und biologische, psychologische sowie soziale Faktoren tragen zum Schmerzerleben bei.

2.2. ICD-11-Einteilung

Zwar sind Schmerzen in der ICD-11 verschiedentlich als Begleitsymptom von Krankheiten und Störungen (Kapitel 1-17) vermerkt, chronische Schmerzsyndrome wurden jedoch in die Symptomebene gerückt und finden sich nunmehr in der Untergruppe „Allgemeinsymptome“ im Kapitel 21: „Symptome oder klinische Befunde, anderenorts nicht klassifiziert“.

Beschrieben ist hier eine duale Einteilung (► Tab. 2.1) in

- **chronische primäre Schmerzen (15-17)**
- **chronische sekundäre Schmerzen**

Chronische primäre Schmerzen (MG 30.0)

Chronische primäre Schmerzen sind chronische Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die durch erheblichen emotionalen Stress (Angst, Ärger/Frustration oder depressive Stimmung) oder funktionelle Behinderung (Beeinträchtigung bei Aktivitäten des täglichen Lebens und reduzierte Teilnahme an sozialen Rollen) gekennzeichnet sind. Chronische primäre Schmerzen sind multifaktoriell: biologische, psychologische und soziale Faktoren tragen

² BSG, Beschluss vom 26.04.2022 - B 9 V 39/21 B: medizinische Fragen sind auf der Grundlage des im Entscheidungszeitraum neuesten medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu beantworten. Bedenken gegen die ICD-11 hatte das BSG im Rahmen der Nichtzulassungsbeschwerde zum sozialen Entschädigungsrecht nicht geäußert.

zum Schmerzsyndrom bei. Die Diagnose ist unabhängig von identifizierten biologischen oder psychologischen Faktoren angemessen, es sei denn, eine andere Diagnose würde die vorliegenden Symptome besser erklären.

Tab. 2.1 Einteilung chronischer Schmerzen in der ICD-11.

Chronische Schmerzen	
Multifaktoriell bedingte Schmerzen (bio-psycho-soziales Konzept)	Schmerzen mit definierter Ursache
Chronische primäre Schmerzen	Chronische sekundäre Schmerzen
<p>gekennzeichnet durch</p> <ul style="list-style-type: none"> ● emotionalen Stress (Angst, Ärger/Frustration oder depressive Stimmung) ● Funktionseinschränkungen im täglichen Leben und der sozialen Partizipation <p>MG30.00 Chronische primäre viszerale Schmerzen</p> <p>MG30.01 Chronisches ausgedehntes Schmerzsyndrom</p> <p>MG30.02 Chronische primäre muskuloskelettale Schmerzen</p> <p>MG30.03 Chronische primäre Kopfschmerzen oder orofaziale Schmerzen</p> <p>MG30.04 Komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS)</p>	<p>Es sollte höchstwahrscheinlich sein, dass der Schmerz auf die körperliche Erkrankung zurückzuführen ist; wenn dies unklar ist, sollten Codes aus dem Abschnitt über chronische primäre Schmerzen erwogen werden.</p> <p>MG30.1 Chronische krebsassoziierte Schmerzen</p> <p>MG30.2 Chronische postoperative oder posttraumatische Schmerzen</p> <p>MG30.3 Chronische sekundäre muskuloskelettale Schmerzen</p> <p>MG30.4 Chronische sekundäre viszerale Schmerzen</p> <p>MG30.5 Chronische neuropathische Schmerzen</p> <p>MG30.6 Chronische sekundäre Kopfschmerzen oder orofaziale Schmerzen</p>

Ergänzend zu berücksichtigen sind dabei folgende Punkte:

- Sofern bei **chronischen sekundären Schmerzen** der körperliche Befund das Schmerzerleben nicht hinreichend erklärt (mit z.B. wiederholter bzw. dauerhafter Erfolglosigkeit von Standardtherapie, wiederholten Arztwechseln), sind psychische und soziale Kontextfaktoren herauszuarbeiten und zu bewerten (Kapitel 5 ICD-11).
- **Chronische Kopfschmerzen** finden sich auch im Kapitel 8 ICD-11 „Krankheiten des Nervensystems“, hier sowohl ursachenunabhängig als auch -abhängig
 - 8A80.2 Chronische Migräne
 - 8A81.2 Chronische Spannungskopfschmerzen
 - 8A84.1 Anhaltende Kopfschmerzen in Zusammenhang mit traumatischer Kopfverletzung

Eine nähere Abgrenzung, wann diese Diagnosen in Abgrenzung zu den MG30-Kodes Einsatz finden sollen, liegt bislang nicht vor.

- Die in der ICD-11 zunächst bei den autonomen Störungen (8D8A) verorteten **komplexen regionalen Schmerzsyndrome (CRPS)** sind in der aktuellen Version den primären Schmerzen zugeordnet (MG30.4) (17). Nach Einschätzung der Leitlinienautoren erscheint diese Zuordnung jedoch nur hinsichtlich des Betroffenseins mehrerer anatomischer Regionen zutreffend, da ein CRPS, sofern dieses leitliniengerecht diagnostiziert ist (► 5.2.3), auf eine körperliche Ursache mit Betroffensein des peripheren und zentralen Nervensystems zurückzuführen ist und psycho-soziale Faktoren lediglich sekundär von Bedeutung sind.
- Chronische Schmerzen können auch **Leit- oder Begleitsymptom einer primär psychischen Störung** (ICD-11 Kapitel 6) sein. Ausdrücklich vermerkt sind solche bei der Körperstresstörung (6C20). Unter dieser Diagnose ist z.B. die „anhaltende somatoforme Schmerzstörung“ der ICD-10 (F45.40) wiederzufinden und zu kodieren.
- Die „chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“ (ICD-10 F45.41) ist in der ICD-11 nicht mehr enthalten und ist dem multifaktoriellen Ansatz der chronischen primären Schmerzstörungen (MG30.0) zuzurechnen.
- Neben der Zuordnung chronischer Schmerzen als primär oder sekundär sollen auch die körperlichen Schmerzursachen und die psychischen Komorbiditäten nach ICD-11 verschlüsselt werden.

Körperstresstörung (6C20)

Die Körperstresstörung ist gekennzeichnet durch das Vorhandensein von körperlichen Symptomen, die für den Betroffenen belastend sind, und durch eine übermäßige Aufmerksamkeit, die auf die Symptome gerichtet ist und sich durch wiederholte Kontakte mit Gesundheitsdienstleistern äußern kann. Wenn ein anderer Gesundheitszustand die Symptome verursacht oder zu ihnen beiträgt, ist der Grad der Aufmerksamkeit im Verhältnis zur Art und zum Verlauf der Symptome eindeutig übermäßig. Die übermäßige Aufmerksamkeit wird nicht durch geeignete klinische Untersuchungen und Untersuchungen sowie durch angemessene Beruhigungsmaßnahmen gemildert. Die körperlichen Symptome sind anhaltend und treten an den meisten Tagen mindestens mehrere Monate lang auf. Typischerweise treten bei einer körperlichen Belastungsstörung mehrere körperliche Symptome auf, die im Laufe der Zeit variieren können. Gelegentlich gibt es ein einzelnes Symptom - in der Regel Schmerzen oder Müdigkeit -, das mit den anderen Merkmalen der Störung einhergeht. Die Symptome und die damit verbundenen Sorgen und Ängste wirken sich zumindest in gewissem Maße auf das Funktionieren der Person aus (z. B. Belastung in Beziehungen, weniger effektive schulische oder berufliche Leistungen, Verzicht auf bestimmte Freizeitaktivitäten).

Empfehlung 2

Es wird entsprechend ICD-11 empfohlen, in der gutachtlichen Situation vereinfacht 2 Kategorien von Schmerzen zu unterscheiden:

- Chronische primäre Schmerzen
- Chronische sekundäre Schmerzen mit definierter körperlicher Ursache.

Konsensstärke: 100 % (8 x Zustimmung) = starker Konsens

3. Beschwerdendvalidierung / Konsistenzprüfung

Die Klärung der Frage, ob und inwieweit die von zu Begutachtenden geklagten Beschwerden, Funktionsbeeinträchtigungen sowie Einschränkungen in Aktivität und Teilhabe tatsächlich auch bestehen, stellt eine wesentliche Kernaufgabe der ärztlichen Begutachtung dar (18-23). Zu unterscheiden sind nachfolgende symptommodulierende Darstellungsformen:

- **Simulation** ist das bewusste und ausschließliche Vortäuschen einer krankhaften Störung zu bestimmten, klar erkennbaren Zwecken. Simulation gilt in der Schmerzbegutachtung als selten.
- **Aggravation** ist die bewusste verschlimmernde bzw. überhöhende Darstellung einer krankhaften Störung zu erkennbaren Zwecken. Sie ist in der Begutachtungssituation relativ häufig zu beobachten.
- **Verdeutlichungstendenzen** sind demgegenüber der Begutachtungssituation durchaus angemessen und dürfen nicht mit Simulation oder Aggravation gleichgesetzt werden. Es handelt sich hierbei um den mehr oder weniger bewussten Versuch, den Gutachter vom Vorhandensein der Schmerzen und damit einhergehender Funktions- und Leistungseinschränkungen zu überzeugen. Verdeutlichung ist auch ein Merkmal von Somatisierungen. Kenntnisse über dieses störungsimmanente Verhalten sollte jeder Gutachter haben. Zwischen Verdeutlichung und Aggravation gibt es fließende Übergänge. Diese sind im Einzelfall konkret darzustellen und in Hinblick auf die Gesamteinordnung / Bedeutung zu diskutieren (24).
- **Dissimulation:** Dissimulation ist eine herunterspielende Darstellung von Beschwerden, z.B. aufgrund einer Verdrängung oder Verleugnung gesundheitlicher Probleme. Sie muss abgegrenzt werden von einer organisch begründeten verminderten Wahrnehmungsfähigkeit von Körperbeschwerden (z.B. bei diabetischer Neuropathie). Manche zu Begutachtende neigen dazu, psychische Symptome dissimulierend darzustellen, um auf diese Weise auf die Bedeutung körperlicher Faktoren oder behandlungsresistenter körperlicher Schäden hinzuweisen. Andere Probanden stellen psychische Symptome dissimulierend dar, weil sie diese als selbstwertbedrohlich erleben. Dissimulation kann in diesem Kontext als ein Indikator für eine stärkere Beeinträchtigung psychischer Funktionen gedeutet werden. Auch wenn grundsätzlich die Nachweispflicht bei dem zu Begutachtenden liegt, ist eine Kenntnis dieser Phänomene beim Gutachter zu erwarten. Sie sind im Gutachten zu benennen und ggf. in der Gesamtbeurteilung zu berücksichtigen.

3.1. Methoden der Beschwerdendvalidierung

Zur Validierung der Auswirkungen der (Schmerz-)Beschwerden auf Aktivitäten und Teilhabe bzw. die Leistungsfähigkeit (üblicherweise als Beschwerdendvalidierung – synonym Konsistenzprüfung – bezeichnet) gilt es, möglichst viele „Bausteine“ heranzuziehen, aus denen die gutachtliche „Überzeugungsbildung“ resultiert. Hierzu gehören – in Abgleich mit den Unterlagen - die Aussagen der zu Begutachtenden, die Beobachtung während der Exploration und körperlichen Untersuchung, spezielle klinische Tests, Selbstbeurteilungsskalen und psychologische- und physiologische Tests sowie ggf. ein Monitoring des Blutspiegels der als eingenommen angegebenen Medikamente.

3.1.1. Klinische Beschwerdendvalidierung

Die klinische Konsistenzprüfung beruht einerseits auf Kriterien der Beobachtung bzw. der Korrelation verschiedener Befunde (► Tab. 3.1).

Tab. 3.1 Dimensionen der Validierung von Funktionsbeeinträchtigungen
--

Korrelieren z.B. die geklagten bzw. bei der Untersuchung demonstrierten
Funktionsbeeinträchtigungen zum äußeren Erscheinungsbild?
Funktionsbeeinträchtigungen zu ersichtlichen Spontanbewegungen einschl. Gangbild?
Funktionsbeeinträchtigungen zur ersichtlichen Muskulatur und Trophik?
Funktionsbeeinträchtigungen zum Schmerzverhalten im Verlauf der Untersuchung?
Funktionsbeeinträchtigungen zu den zu eruiierenden Aktivitäten des täglichen Lebens?
Funktionsbeeinträchtigungen zum psychischen Befund?

Die körperliche Untersuchung stellt bereits eine Testsituation dar. Darüber hinaus können (standardisierte) Tests durchgeführt werden – in Abhängigkeit vom beklagten Beschwerde- und Beeinträchtigungsmuster. Wesentlich bei allen physiologischen Testungen ist die Präsentation von Körperfunktionen nach Aufforderung, der Untersucher bleibt Beobachter und unterstützt den Probanden verbal, z.B.

- Freier Gang durch Gebäude und ggf. davor über zumindest 10 Minuten. Treppengang kann integriert werden,
- 6 Minuten Gehstest
- Chair Rise Test (vom Stuhl aufstehen und setzen über 30 Sekunden), kann mit einem zweiten Stuhl in ca. 3 m Entfernung kombiniert werden (timed up and go-Test).

Weitere Hinweise unter (25-27).

3.1.2. Beschwerdvalidierung anhand der Selbstbeurteilung

Für die klinische (Verlaufs-) Beurteilung von Schmerzen, hierdurch bedingten körperlichen und psychischen Funktionsbeeinträchtigungen und deren Auswirkungen findet sich in der Literatur ein umfassendes Arsenal an Fragebögen und Selbstbeurteilungsskalen. Deren Einsatz wird zumindest im Sozialgerichtsverfahren ausdrücklich gefordert oder zumindest befürwortet³. Allerdings kann aus ihnen allein keine Diagnose oder Funktionseinschränkung begründet werden, da die meisten dieser Verfahren für Begutachtungssituationen nicht validiert sind. Die Subjektivität der Angaben und die mögliche Intentionalität sind zu berücksichtigen.

Neben der Ergänzung der Eigenschilderung von Beschwerden und deren Auswirkungen dienen Fragebögen und Selbstbeurteilungsskalen im gutachtlichen Kontext daher vor allem der Beschwerdvalidierung, indem die gemachten Angaben mit dem klinischen Bild korreliert werden. Fragebögen geben Auskunft über verschiedene Bereiche, von denen in umfangreicheren Fragebögen (z.B. Deutscher Schmerzfragebogen) bereits mehrere enthalten sind:

- **Schmerz-Skalen:** numerische Rating-Skala (NRS), analoge Rating Skala (VRS),
- **Funktions-Skalen:** Beeinträchtigung durch Schmerzen (z.B. Pain Disability Index: PDI; Funktionsfragebogen Hannover FFbH)

³ Vgl. BSG Beschluss vom 9.4.2003 – B 5 RJ 80/02 B

- **Skalen zur Erfassung der Lebensqualität** (z.B. Marburger Fragenbogen zum Wohlbefinden, Gesundheitsfragebogen VR-12)
- **Skalen zur Erfassung der psychischen Komorbidität:** Angst- und Depressions-Skalen (z.B. Hospital Anxiety and Depression Scale HADS; Depression Angst Stress Skala DASS, Becks Depressionsinventar BDI)
- **Persönlichkeitsfragebogen:** (z.B. Minnesota Multiphasic Personality Inventory MMPI-2, Verhaltens- und Erlebnisinventar VEI) beinhalten „Validitätsskalen“, die Hinweise auf nicht-authentische Selbstangaben ergeben können.
- **Fragebogen** zur Beschwerdvalidierung (z.B. „Self Report Symptom Inventory“ SRSI, BeschwerdenValidierungstest BEVA).

3.1.3. Beschwerdvalidierung durch neuropsychologische Testungen

Im Zusammenhang mit der Vortäuschung kognitiver Störungen nach Schädel-Hirn-Traumen wurden von neuropsychologischer Seite zahlreiche Tests zur Erkennung einer unzureichenden Leistungsmotivation bei neurokognitiven Defiziten entwickelt (21, 22). Das Grundproblem aller dieser Tests liegt darin, dass der eindeutige Nachweis für Simulation, das Unterschreiten der Ratewahrscheinlichkeit von 50 % richtiger Antworten, nur selten - bei grober Vortäuschung von Beschwerden - erreicht wird. Im „Zwischenbereich“ zwischen Ratewahrscheinlichkeit und 100%iger Treffsicherheit berufen sich alle Tests auf die Ergebnisse von Validierungsstudien. Neben Simulation oder Aggravation können auffällige Ergebnisse in diesem Bereich jedoch auch Folge dissoziativer, somatoformer und/oder depressiver Störungen sowie der Nebenwirkungen psychotroper Substanzen sein (23). Auch die Schmerzsimulationsskala (Bikowski) ist nicht geeignet, Schmerzen bei somatoformen Schmerzstörungen von Simulation abzugrenzen. Der Einsatz neuropsychologischer Beschwerdvalidierungstests bei Schmerzsyndromen macht nur Sinn, wenn gleichzeitig neurokognitive Defizite geklagt werden. Doch selbst dann sind derartige Tests nur eine Ergänzung zum klinischen Eindruck und anderen Inkonsistenzen in der Begutachtungssituation.

3.1.4. Medikamentenmonitoring

Bedeutung bei der Konsistenzprüfung der gemachten Angaben kommt im Einzelfall auch dem Serumspiegel der aktuell als eingenommen beschriebenen Medikamente zu, z.B. bei geklagten medikamentenassoziierten Nebenwirkungen. Nahezu alle in der Schmerztherapie und Psychiatrie relevanten Medikamente sind heute ohne größere Probleme, meist mit der Methode der Hochdruck-Flüssigkeitschromatographie (HPLC), nachweisbar. Opioide und Benzodiazepine können ggf. auch im Urin nachgewiesen werden. Der Proband ist über den Zweck der Untersuchung aufzuklären.

Bzgl. der Quantifizierung sind Probleme der individuellen Verstoffwechslung zu berücksichtigen. So sagt ein nicht im therapeutischen Bereich liegender, zu niedriger Medikamentenspiegel wenig darüber aus, ob ein Medikament regelmäßig eingenommen wird oder nicht, da 5-10% der Bevölkerung „ultrarapid metabolizer“ sind (28). Der gemessene maximale Blutplasmaspiegel z.B. für Nortriptylin, dem Hauptmetaboliten des Amitriptylin, kann im (seltenen) Extremfall auf 20% des Erwartungswerts reduziert sein, die Halbwertszeit kann zwischen 18 und 54 Stunden schwanken (29). Auch sind Interaktionen zwischen verschiedenen Medikamenten sowohl mit einer Verlängerung als auch einer Verkürzung der Plasma-Halbwertszeit zu beachten. Als grober Anhaltspunkt kann dienen, dass der Zeitraum zwischen angegebene Einnahme und Blutabnahme die (normale) Halbwertszeit des jeweiligen Medikaments nicht wesentlich überschreiten sollte, um hier auf der „sicheren Seite“ zu liegen (► Tab. 3.2). Ein überhaupt nicht nachweisbarer

Medikamentenspiegel im Blutserum schließt jedoch weitgehend aus, dass ein am Untersuchungstag – in Abhängigkeit der Halbwertszeit auch am Tag zuvor – als eingenommen angegebenes Medikament tatsächlich eingenommen wurde.

Da die Adhärenz zur Medikamenteneinnahme z.B. wegen unzureichender Wirkung oder erlebten/befürchteten Nebenwirkungen generell gering ist, kann aus einer fehlenden Medikamenteneinnahme nicht auf Aggravation rückgeschlossen werden. Wird dagegen auf entsprechende Nachfrage bei der gutachtlichen Untersuchung von den Untersuchten ausdrücklich bestätigt, dass sie im Zeitraum der entsprechenden Medikamenten-Halbwertszeit Medikamente in relevanter Dosierung eingenommen haben, stellt der fehlende Nachweis im Blutserum einen "Baustein" der Beschwerdvalidierung dar.

Eine Einschränkung der berichteten Einnahme erst bei Aufklärung über eine beabsichtigte Blutspiegel-Prüfung ist ein weiterer Hinweis auf eine Verzerrung. Die Bedeutung kann – je nach Kontext – einer Diskrepanz auch beigemessen werden, wenn Psychopharmaka (und deren Nebenwirkungen) angegeben, aber nicht nachweisbar sind oder Suchtmittel nachgewiesen, aber nicht angegeben werden (Opioide, Cannabis, Alkohol).

Tab. 3.2. Orientierungswerte für die Eliminations-Halbwertszeit im Blutplasma von in der Schmerztherapie häufig eingesetzten Medikamenten.

> 24 h	12-24 h	6-12 h	< 6 h
Diazepam Mirtazapin	Amitriptylin Bupropion Carbamazepin Doxepin Duloxetin Lorazepam NSAR retardiert Trimipramin Valproinsäure	Flupirtin Gabapentin Lamotrigin Opioide retardiert Opiamol Oxazepam Pregabalin Venlafaxin	Novaminsulfon NSAR (Ibuprofen, Diclofenac) Opioide unretardiert Paracetamol Zolpidem

3.2. Beschwerden-Validierung / Konsistenzprüfung

Tab. 3.3. Hinweise auf nicht oder nicht in dem geklagten Umfang vorhandene Beschwerden und Beeinträchtigungen

Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden
Diskrepanzen zwischen massiven subjektiven Beschwerden (einschließlich Selbsteinschätzung in Fragebogen) und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation
Diskrepanzen zwischen eigenen Angaben und fremdanamnестischen Informationen (einschließlich der Aktenlage)
Diskrepanzen zwischen schwerer subjektiver Beeinträchtigung und einem weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung

Diskrepanzen zwischen dem Ausmaß der geschilderten Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe

Diskrepanzen zwischen dem Bericht des zu Begutachtenden, dem erkennbaren klinischen Bild und den Ergebnissen in Selbstbeurteilungsskalen und/oder neurophysiologischen und psychologischen Tests (einschließlich spezieller Beschwerdvalidierungstests)

Diskrepanzen zwischen den zeitnah zur Untersuchung als eingenommen angegebenen Medikamenten und deren Nachweis im Blutserum

Diskrepanzen zwischen einem intensiven gezeigten Schmerzbefund in der Untersuchung und dem Ausmaß an Therapien oder einem chronischen Krankheitsverlauf

Diskrepanzen zwischen Angaben zu eingenommenen Medikamenten und deren Nachweis im Monitoring.

Unter Berücksichtigung der o.g. „Bausteine“ ist es Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, dem Auftraggeber des Gutachtens detailliert darzulegen, aufgrund welcher konkreten Befunde er zu der Überzeugung gelangt, dass die Schmerzen in der geklagten Form bestehen und zu den beklagten Einschränkungen führen bzw. aufgrund welcher Auffälligkeiten diese Überzeugung nicht zustande kommt (► Tab. 3.3).

Empfehlung 3

Die Klärung der Frage, ob und inwieweit die von den zu Begutachtenden geklagten Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen tatsächlich auch bestehen, stellt eine Kernaufgabe der ärztlichen Begutachtung dar.

Empfohlen werden hierbei vor allem folgende Verfahren:

- **Klinische Beschwerden-Validierung** durch Beobachtung, Exploration und Einsatz spezifischer physiologischer Tests im Rahmen der körperlichen Untersuchung in Abgleich zu den Berichten und Befunden in den vorliegenden und ggf. anzufordernden Unterlagen.
- **Beschwerden-Validierung anhand der Selbstbeurteilung** in Skalen und Fragebögen, die mit den vom Untersucher erhobenen Befunden und den Befunden in den Unterlagen abgeglichen werden.
- **Beschwerden-Validierung durch Einsatz neuropsychologischer Tests** zur Erkennung einer unzureichenden Leistungsmotivation.
- **Medikamentenmonitoring** zum Nachweis der im zeitlichen Zusammenhang mit der gutachtlichen Untersuchung als eingenommen angegebenen Medikamente.

Konsensstärke: 100 % (8 x Zustimmung) = **starker Konsens**

4. Zustandsbegutachtung

Unter dem Begriff der Zustandsbegutachtung – auch als Begutachtung mit „finaler“ Fragestellung bezeichnet – werden folgende gutachtliche Tätigkeiten verstanden:

- Beurteilung schmerzbedingter Einschränkungen der **beruflichen Leistungsfähigkeit** für die gesetzliche Rentenversicherung, die private Berufsunfähigkeitsversicherung, die Beamtenversorgung sowie die berufsständischen Versorgungswerke mit ihren spezifischen rechtlichen Vorgaben,
- Beurteilung schmerzbedingter Funktionsbeeinträchtigungen im **Schwerbehindertenrecht**,
- Beurteilung von mit Schmerzen einhergehenden **Schädigungsfolgen** bei gutachtlich gekläarter Kausalität nach Unfallereignissen (gesetzliche und private Unfallversicherung, Dienstunfallfürsorge, Haftpflichtversicherung), im Rahmen von Berufskrankheiten sowie nach Schädigungen, für die ein Versicherungsschutz nach dem sozialen Entschädigungsrecht besteht.

Schmerzmedizinische Zustandsgutachten erfordern umfassende und vielschichtige differenzialdiagnostische Erwägungen unter Berücksichtigung einer eingehenden, sowohl somatischen als auch psychischen Befunderhebung zur Einschätzung der Diagnose, der hierdurch bedingten Funktionsbeeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Aktivität bzw. Teilhabe. Abhängig von der Fragestellung kommt auch der prognostischen Bewertung eine besondere Bedeutung zu. Dabei ist der Einfluss von Kontextfaktoren (personenbezogene und Umweltfaktoren) (s. Tab. 4.3) zu berücksichtigen.

Der vorliegenden Leitlinie entsprechende Begutachtungen von Schmerzen sind daher insbesondere durch folgende Inhalte gekennzeichnet:

- eingehende körperliche Befunderhebung mit Erfassung aller Schmerzlokalisationen und weiterer Körperbeschwerden⁴(30); ggf. körperliche Funktions- und Leistungstests,
- Exploration des psychischen Befundes, z.B. auf der Basis der AMDP-Kriterien⁵, sowie
- soweit möglich (Sprachbarriere) und sinnvoll, Einsatz spezieller Fragebögen und Skalen,
- detaillierte Exploration der Beeinträchtigungen der Aktivitäten im täglichen Leben („ADL“) sowie der sozialen Partizipation im zeitlichen Verlauf sowie der Umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren (vgl. ICF),
- Exploration der therapeutischen Inanspruchnahme in Hinblick auf Eigeninitiative, Art, Ausmaß und Erfolg,
- eingehende differenzialdiagnostische Erwägungen unter Berücksichtigung somatischer, psychischer und sozialer Aspekte (Umwelt- und personenbezogene Kontextfaktoren),
- umfassende Konsistenzprüfung der geklagten Beschwerden und Beeinträchtigungen im Kontext mit Unterlagen, Exploration, erhobenen Befunden und Beobachtung sowie
- Diskussion der willentlichen Steuerbarkeit der geklagten Beschwerden und Beeinträchtigungen auf der Basis persönlicher Ressourcen und des sozialen Kontextes des zu Begutachtenden.

4.1. Gutachtliche Untersuchung

4.1.1. Besonderheiten der Anamnese

Tab. 4.1 Anamnese bei der Begutachtung von Schmerzen.

⁴ Schon bei drei verschiedenen Schmerzlokalisationen bzw. weiteren Körperbeschwerden ist bei fast jedem zweiten Patienten in der Primärversorgung von einem psychisch relevanten Störungsbild auszugehen.

⁵ Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) e.V.

Anamnese	Zu erfragende Details
Spezielle Schmerzanamnese	Lokalisation, Häufigkeit, Dauer und Charakter der Schmerzen; Entwicklung und Verlauf mit/ohne Remissionen; biographische Schmerzerfahrungen, eigenes Krankheits- bzw. Schmerzmodell. Schmerzassoziierte Symptome (Schlaf, Stimmung). Mit den Schmerzen einhergehende Funktionsbeeinträchtigungen
Allgemeine Anamnese	Weitere, derzeitige körperliche und psychische Erkrankungen und deren Entwicklung. Erhebung einer biographischen Anamnese mit möglichen Belastungsfaktoren.
Arbeits- und Sozialanamnese	Schul- und Berufsausbildung, Arbeitsbiographie, Arbeitsplatzwechsel mit Angaben des Grundes, Dauer und Begründung für Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit. Situation am letzten Arbeitsplatz.
Behandlungsanamnese	Art, Dauer, Intensität und Ergebnis bisheriger Behandlungsmaßnahmen, insbesondere Häufigkeit und Regelmäßigkeit von Arztbesuchen, Häufigkeit und Dauer der Einnahme von Medikamenten – insbesondere auch Opioide – einschl. deren Wirkung und ggf. Nebenwirkungen, Art und Intensität physiotherapeutischer Behandlungen, Einbringen eigener Bewältigungsstrategien; Hinweise auf iatrogene - symptomverstärkende und -unterhaltende - Maßnahmen
Anamnese von Aktivitäten und -einschränkungen	Tagesablauf, Mobilität, Selbstversorgung. Subjektive Auswirkungen in Aktivität und Teilhabe, bes. in Hinblick auf die letzte berufliche Tätigkeit
Anamnese von Partizipation – und Einschränkungen in weiteren Lebensbereichen	Aktuelle persönlich familiäre Situation, weitere soziale Kontakte (Unterstützung vs. Belastung), Aktivitäten im Freizeitbereich wie Sport, Hobbys, Urlaub
Selbsteinschätzung	Eigene Einschätzung des positiven und negativen Leistungsbildes (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 zu Begutachtenden sowie ggf. mit Zustimmung des Auftraggebers. In zivilgerichtlichen Verfahren ist die Befragung von nicht am Verfahren beteiligten Personen nur durch das Gericht zulässig. ⁶

⁶ KG, Urteil vom 12.11.2014 - 6 U 66/13

Angesichts des Fehlens geeigneter technischer Messmethoden zur Quantifizierung von Schmerzen ist es im Rahmen der Anamnese Aufgabe des Gutachters, insbesondere Beeinträchtigungen im täglichen Leben und in der sozialen Partizipation sowie Fragen der Entwicklung, des Erlebens und bisheriger Behandlungsmaßnahmen der geklagten Schmerzen eingehend zu be-, aber auch zu hinterfragen (► Tab. 4.1). Entscheidend hierfür sind die Kriterien der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)⁶ (31). Zur Erfassung der durch die Schmerzen und Funktionsbeeinträchtigungen relevanten Auswirkungen in Aktivität und Teilhabe, einschl. bedeutender Umweltfaktoren im Kontext können spezifische „Core Sets“ aus dem ICF-Katalog hilfreich sein, die im Rahmen von Dokumentationstools zusammengestellt werden können (3, 32).

4.1.2. Besonderheiten bei der klinischen Untersuchung

Bei der körperlichen Untersuchung sollten neben der fachspezifischen körperlichen und psychologischen⁷ sowie ggf. apparativen Untersuchung wichtige Informationen zu bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen gewonnen werden. Weitere Hinweise unter (26, 27).

4.1.3. Bedeutung bildgebender Untersuchungen

Bildgebende Untersuchungen (Nativ-Röntgenuntersuchungen, Computer- und Kernspintomographie, nuklearmedizinische Verfahren) erscheinen nicht geeignet, das individuelle Ausmaß chronischer Schmerzen darzustellen, da auffällige Befunde in hohem Umfang unspezifisch sind und auch bei symptomfreien Menschen häufig vorhanden sein können (z.B. Bandscheibenvorfälle). Dies gilt nach derzeitigem wissenschaftlichen Kenntnisstand auch für funktionelle Bildgebungsverfahren wie z.B. die funktionelle Kernspintomographie (fMRI). Bildgebende Untersuchungen sind jedoch für die Beurteilung des Ausmaßes von Gewebeschädigungen unverzichtbar und sind daher bei geltend gemachten Schmerzen in die gutachtliche Beurteilung einzubeziehen. Es ist strittig, inwieweit die Begutachtung allein eine rechtfertigende Indikation zur Durchführung von Bilduntersuchungen begründet. Der Probanden sollte über die Notwendigkeit der Bilduntersuchung für die Sicherung des Krankheitsbildes im Sinne seiner Autonomie aufgeklärt werden, soweit keine aktuellen Bilduntersuchungen vorliegen.

4.1.4. Bedeutung elektrophysiologischer Untersuchungen

Pathologische elektrophysiologische Untersuchungsbefunde stellen im Allgemeinen die Grundvoraussetzung für die Begründung eines durch eine Nervenschädigung bedingten Schmerzes (neuropathischer Schmerz) dar (12). Ausnahmen sind kleinste Hautnerven (► Kap. 4.1.5), die elektrophysiologisch nicht untersucht werden können. Zur Verfügung stehen die Elektromyographie der von Nervenschäden betroffenen Muskulatur, die Elektroneurographie der größeren motorischen und sensiblen Nerven an Armen und Beinen, die somatosensibel evozierten Potenziale (SEP) der von den Extremitäten bis zum Gehirn führenden sensiblen Nervenbahnen sowie die magnetisch evozierten Potenziale (MEP) der vom Gehirn zu den Extremitätenmuskeln ziehenden motorischen Nervenbahnen. In Gutachten sollen die Messwerte stets konkret und im Seitenvergleich genannt werden und Aussagen zur Reproduzierbarkeit enthalten.

4.1.5. Bedeutung sonstiger Untersuchungsverfahren

Im Zusammenhang mit der Diagnostik von Schmerzen aufgrund einer Schädigung kleinster Nervenfasern („small fiber-Neuropathie“) werden in der klinischen Diagnostik zwei Verfahren eingesetzt:

- Die **Hauptbiopsie** mit Untersuchung des Biopsats in einem spezialisierten Labor ermöglicht den Nachweis der Reduktion der intraepidermalen Nervenfaserdichte (IEF) als Hinweis auf eine „small fiber-Neuropathie“. Als invasive Untersuchung ist sie im gutachtlichen Rahmen jedoch nicht duldungspflichtig. Auf der anderen Seite liegt die Beweislast für das Vorliegen einer derartigen Schädigung z. B. im Berufskrankheitenverfahren üblicherweise beim Antragsteller. Die gutachtliche Bewertung kann aufgrund der großen interindividuellen Variabilität der IEF nur im klinischen Gesamtkontext erfolgen.
- Die sog. **quantitative sensorische Testung** (QST) unterstützt die klinische Diagnose einer „small fiber-Neuropathie“: Es handelt sich hierbei jedoch um ein subjektives Verfahren, das von der Mitarbeit des Untersuchten abhängt. Entsprechend ist es für den gutachtlichen Nachweis einer derartigen Schädigung nicht geeignet⁸.

4.2. Gutachtliche Beurteilung

Bei Zustandsgutachten sind vom Sachverständigen in allen Rechtsgebieten im Allgemeinen 3 Fragen zu beantworten:

1. Welche **Gesundheitsstörungen** (Diagnosen) lassen sich „ohne vernünftigen Zweifel“ (sog. „Vollbeweis“) nachweisen?
2. Welche hieraus resultierenden, länger (in den meisten Rechtsgebieten mehr als 6 Monate) anhaltenden **Funktionsbeeinträchtigungen** mit Einschränkungen in Aktivität und Teilhabe lassen sich „ohne vernünftigen Zweifel“ nachweisen?
3. Welche **Prognose** („Überwindbarkeit durch eigene Willensanstrengung und/oder durch ärztliche Maßnahmen“) haben die nachweisbaren Beeinträchtigungen? D.h. welche **Kontextfaktoren** nehmen auf die Prognose Einfluss?

4.2.1. Belegbare Diagnosen

Gemäß den Vorgaben in den meisten Rechtsgebieten sind Diagnosen nach der ICD-Klassifikation zu verschlüsseln. Diagnosen erklären jedoch nicht den Schweregrad einer Schmerzsymptomatik. Entsprechend sollten die nachweisbaren Funktionsbeeinträchtigungen und die Beeinträchtigungen in Aktivität und Teilhabe gemäß ICF stets zusammen mit den jeweiligen Diagnosen an entscheidender Stelle genannt werden. Für die gestellten Diagnosen als auch die resultierenden Beeinträchtigungen ist rechtsgebietsbezogen zu prüfen, ob eine Bestätigung ohne vernünftige Zweifel ("Vollbeweis") notwendig ist oder eine überwiegende Wahrscheinlichkeit ausreicht.

4.2.2. Belegbare Funktionsbeeinträchtigungen

Maßstab für die Bewertung sind die belegbaren Auswirkungen der geklagten Schmerzsymptomatik im Alltagsleben und in der sozialen Partizipation. Kontextfaktoren – sowohl Umweltfaktoren als auch personengebundene Faktoren – sind von wichtigem Einfluss (► Tabellen 4.2 und 4.3). Ein Chronifizierungsgrad III im Mainzer Stadienmodell der Schmerzchronifizierung nach Gerbershagen (1) bzw. eine hohe Schmerzschwere nach von Korff (2) werden häufig als „Beweis“ für das Vorliegen ausgeprägter schmerzbedingter Funktionsbeeinträchtigungen angesehen. Besonders bei Letzterem ist zu beachten, dass der Chronifizierungsgrad nach Gerbershagen kaum veränderlich ist und die Schmerzschwere aufgrund der subjektiven Angaben des zu Begutachtenden festgestellt wird. Die Grenzen dieser Einschätzungen wurden von der Rechtsprechung

unterschiedlich bewertet⁹. Dasselbe gilt für die subjektiv geschilderte Höhe des Schmerzerlebens.

Tab. 4.2 Hinweise für belangvolle Funktionsbeeinträchtigungen bei chronischen Schmerzstörungen

Ebenen	Für belangvolle Funktionsbeeinträchtigungen können sprechen ...
Funktionale Ebene	Nachweisbare körperliche Dekonditionierung Nachweisbare erhebliche Einschränkungen in der sozialen Partizipation Nachweisbare erhebliche Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens Erkennbare Erschöpfbarkeit im Verlauf des gutachtlichen „Stresstests“
Behandlungsebene	Mehrjähriger Verlauf mit zunehmender Chronifizierung ohne Remissionen Hohe Inanspruchnahme diagnostisch-therapeutischer Maßnahmen auch außerhalb sozialmedizinisch „kritischer“ Zeiten (z. B. Stellung oder Ablehnung von Rentenanträgen) unter Einbeziehung stationärer Maßnahmen Einsatz eigener finanzieller Mittel für Behandlungsmaßnahmen
Persönlichkeitsebene	Schwierigkeiten in Selbst- und Fremdwahrnehmung Verminderte Steuerungsfähigkeit von Affekten und Impulsen Verminderte Flexibilität und Umstellungsfähigkeit Verminderte Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit Schwierigkeiten im Kontaktverhalten (Beziehungs- und Bindungsfähigkeit, auch gestörtes Kontaktverhalten während der Exploration)

4.2.3. Prognoseeinschätzung

Die Einschätzung der Prognose beruht bei geklagten chronischen Schmerzsyndromen im Wesentlichen auf 3 Bereichen:

- **Kontextfaktoren:**
Je mehr belastende / hemmende Kontextfaktoren nach ICF (3, 32) vorliegen, umso ungünstiger ist die Prognose einzuschätzen.

Tab. 4.3 Beispiele für Kontextfaktoren (ICF), die bei der Chronifizierung von Schmerzen eine Rolle spielen (nach (5, 33))

⁹ Vgl. LSG Berlin, Urteil vom 22.7.2004 – L 3 RJ 15/03: „... allein aus der Chronifizierung eines Leidens kann noch nicht auf die Quantität oder eine bestimmte Qualität der Leistungseinbußen geschlossen werden“, sowie LSG Erfurt, Urteile vom 30.06.2015 – L 6 R 166/08 ZVW und 25.02.2014 – L 6 R 1059/12, sowie LSG Chemnitz, Urteile vom 08.07.2014 – L 5 R 830/12 und 11.12.2017 – L 5 R 20/16

Dagegen vgl. LSG Baden-Württemberg v. 16.10.2020 - L 4 KR 813/19 ohne diese Problematisierung

ICF-Bezeichnung	Hemmende / belastende Kontextfaktoren
Umweltbezogene Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsplatzprobleme, z.B. Mobbing, Kränkungen, gehäufte Arbeitsplatzwechsel, Arbeitsplatzverlust, Arbeitslosigkeit • Ungünstige Infrastruktur mit mangelnden Arbeitsmöglichkeiten, schlechter Erreichbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel • Familiäre Probleme, auch überprotektives Verhalten der Familie mit sec. Krankheitsgewinn; soziale Isolation • Iatrogene Verstärkung, z.B. „katastrophisierende“ ärztliche Beratung, unreflektierte Unterstützung in den sozialen Anliegen (z.B. bzgl. Arbeitsunfähigkeit, Rentenantrag) • laufende Antragsverfahren und Rechtssachen mit Wunsch nach Anerkenntnis von Schmerzen und deren Auswirkungen
Personenbezogene Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Soziodemographische Faktoren, z.B. Alter, niedriges Bildungsniveau • Biologische Faktoren, z.B. genetische Disposition • Aktualisierung biographischer Belastungen • Coping, z.B. maladaptive Stressbewältigung, fear avoidance beliefs oder Durchhaltestrategien.

- **Dauer und Modulationsfähigkeit der Schmerzen:** Wesentlicher als Arbeitsunfähigkeitszeiten ist die Modulationsfähigkeit. Davon ist auszugehen, wenn die Probanden auf das Schmerzerleben Einfluss nehmen können.
- **Adäquate Therapiemaßnahmen:** Bei an chronischen Schmerzen leidenden Menschen reicht regelhaft eine „monomodale“, ausschließlich somatisch ausgerichteten Therapie nicht aus. Erforderlich ist eine umfassende Behandlung unter Berücksichtigung psychosozialer Kontextfaktoren („bio-psycho-soziales Konzept“). Wurde bei längerer Krankheitsdauer keine geeignete „multimodale“ Behandlung (physio-/sport- und psychosozial unter einem gemeinsamen, ursachenorientierten Konzept) durchgeführt, ist dies gutachtlich zu berücksichtigen. Auch aus dem Vorliegen stattgehabter Rehabilitationsmaßnahmen allein kann nicht auf die diagnostische und therapeutische Güte der Behandlung geschlossen werden¹⁰. Das Fehlen adäquater Therapiemaßnahmen kann Hinweise auf eine geringe Therapiemotivation des Probanden geben. Zu beachten sind aber auch iatrogen fehlgeleitete, z.B. einseitig somatisch orientierte Therapieansätze, eine nicht-indizierte Opioid-Medikation oder Operationen mit unzureichender oder nur relativer Indikation (6-8, 34).

4.2.4. Einschätzung der (beruflichen) Leistungsfähigkeit

4.2.4.1. Beurteilung in den verschiedenen Rechtsgebieten

Tab. 4.5 Begriffe und Maßstäbe bei der Bewertung der beruflichen Leistungsfähigkeit in den

¹⁰ Nach Rehabilitationsverfahren gibt die im Abschlussbericht meist enthaltene Auflistung der durchgeführten Maßnahmen wichtige Hinweise sowohl zum multimodalen Charakter (Umfang psychodiagnostischer und -therapeutischer Maßnahmen) als auch zur Intensität (z.B. Anzahl der Einzeltherapien) der Behandlung.

verschiedenen Versicherungsformen und im Beamtenrecht

Rechtsgebiet	Verwendete Begriffe	Maßstab für die Bewertung	Bewertungsgrundlage
Gesetzliche Rentenversicherung (13, 35)	Quantitatives und qualitatives berufliches Leistungsvermögen	Allgemeiner Arbeitsmarkt	Überwiegend Bezug auf das Absinken der Leistungsfähigkeit auf 3 bis unter 6 Stunden (teilweise) oder unter 3 Stunden (vollständige Erwerbsminderung)
Private Berufsunfähigkeits-(Zusatz) Versicherung (35, 36)	Grad der Berufsunfähigkeit entsprechend den im jeweiligen Versicherungsvertrag definierten Schwellenwerten	Fähigkeit, den vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, sowie ggf. eine zumutbare Verweistätigkeit auszuüben. Verträge mit abstrakter „Verweisbarkeit“ umfassen auch die Ausübung anderer Tätigkeiten, die der bisherigen Lebensstellung (weitgehend) entsprechen (37).	Grad der Berufsunfähigkeit mehr als (meist) 50% im zuletzt ausgeübten Beruf oder – je nach Vertragswerk und Verweisklausel – in sonstigen Berufen In manchen Policen ist auch eine Berufsunfähigkeit ab 25% zu prüfen.
Versorgungswerke(35)	Berufsunfähigkeit	Konkretes Berufsbild gemäß der jeweiligen Satzung der Versorgungswerke.	vollständige Berufsunfähigkeit mit Aufgabe des Berufs bzw. nur noch „unwesentliche Einkünfte“ aus beruflicher Tätigkeit
Beamtenrecht	Dienstunfähigkeit	Konkrete Dienstätigkeit sowie mögliche anderweitige Verwendung.	Dauernde Unfähigkeit zur Erfüllung der Dienstpflichten

Abschließend ist in Abhängigkeit der nachweisbaren Funktionsbeeinträchtigungen und deren willentlicher Steuerbarkeit sowie der versicherungsrechtlichen Vorgaben (► Tabelle 4.5) die berufliche Leistungsfähigkeit vom Sachverständigen in ihrer (für den Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung¹¹, der Versorgungswerke und des Beamtenrechts im Verwaltungs- oder gerichtlichen Verfahren) **qualitativen und quantitativen Ausprägung, ansonsten auf Teiltätigkeiten bezogenen Minderung der Leistungsfähigkeit (für den Bereich der privaten Berufsunfähigkeitsversicherungen)** darzustellen – je nach Fragestellung sowohl retrospektiv anhand der Aktenlage, zum jetzigen Zeitpunkt als auch prospektiv anhand der ersichtlichen Prognosefaktoren.

¹¹ Zumutbare Verweistätigkeiten sind in der Gesetzlichen Rentenversicherung auch bei teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit zu prüfen.

Gemäß Rechtsprechung hat dies nachvollziehbar - in einer „der verständigen Überlegung des Laien zugänglichen Weise“ - zu erfolgen.

4.2.4.2. Qualitatives Leistungsvermögen

Im ersten Schritt sind die bestehenden Leistungseinschränkungen („**negatives Leistungsbild**“) und das noch vorhandene Restleistungsvermögen („**positives Leistungsbild**“) in ihrer qualitativen Ausprägung (welche Arbeiten können ihrer Art nach noch verrichtet werden bzw. sind ausgeschlossen?) darzustellen. Je nach Rechtsgebiet bezieht sich dies auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (Erwerbsminderung der Gesetzlichen Rentenversicherung, Minderung der Erwerbstätigkeit bei der Gesetzlichen Unfallversicherung) oder auf die zuletzt konkret ausgeübte Tätigkeit– ggf. unter Berücksichtigung möglicher Verweisungstätigkeiten bzw. Verweisberufe (Berufsunfähigkeit der privaten Berufsunfähigkeitsversicherung, Haftpflichtrecht).

4.2.4.3. Quantitatives Leistungsvermögen

Im zweiten Schritt gilt es, entsprechend dem erkennbaren positiven und negativen qualitativen Leistungsbild, die meist für die Einschätzung ausschlaggebende Frage möglicher quantitativer Leistungseinschränkungen (zeitliches tägliches (Rest-) Leistungsvermögen?) zu klären (► Tabelle 4.5).

4.2.4.4. Prognostische Einschätzung

Bei der prognostischen Einschätzung sind 3 Punkte zu berücksichtigen:

- Eine quantitative Einschränkung besteht nicht, dann ist die Prognose unwichtig.
- Eine quantitative Einschränkung besteht, dann geht es um Ressourcen und Therapiemöglichkeiten (welche?) und um die Frage, bis wann mit einer Besserung zu rechnen ist.
- Maßstab für die Einschätzung quantitativer Leistungseinschränkungen ist grundsätzlich der Istzustand. Zukünftig eintretende Leistungseinschränkungen können im Rahmen der „Zumutbarkeit“ von Bedeutung sein, wenn die beruflichen Belastungen zu einer Schädigung der Restgesundheit führen würden (was zu beweisen wäre).

4.2.4.5. Gutachtliche Überzeugungsbildung zur Leistungsfähigkeit

Bei der Beurteilung der Auswirkungen geklagter schmerzbedingter Funktionsbeeinträchtigungen stehen 2 Fragen im Vordergrund:

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

Hier hat der Sachverständige Stellung dazu zu nehmen, ob und aufgrund welcher Befunde er selbst anhand der Zusammenschau von Exploration, Untersuchung, Verhaltensbeobachtung und Aktenlage davon überzeugt ist, dass die anamnestisch erfassten Einschränkungen quantitative und/oder qualitative Leistungseinschränkungen begründen. Es geht im Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung insbesondere um die Frage, ob eine leichte körperliche Arbeit mit durchschnittlicher mentaler Belastung noch *6 Stunden und mehr oder drei bis unter sechs Stunden oder nur noch unter drei Stunden* arbeitstäglich verrichtet werden kann¹⁹. Dies hat er in geeigneter Form in seinem Gutachten zu begründen, um so zur Grundlage der letztlich maßgeblichen Überzeugungsbildung des Auftraggebers (im Verwaltungsverfahren oder in der Rechtssache) werden zu können. Dies erfordert regelmäßig eine eingehende Konsistenzprüfung bzw. Beschwerdevalidierung (s. Kap. 3).

2. Inwieweit besteht eine willentliche Steuerbarkeit der geklagten Beschwerden?

- a. Haben die Schmerzen den Lebensablauf und die Lebensplanung soweit übernommen, dass eine Überwindbarkeit - willentlich und/oder durch Therapie - nicht mehr möglich erscheint?
 - b. Haben die Schmerzen zu einem Rückzug vorwiegend von unangenehmen Dingen des Lebens geführt, während Führungs- und Kontrollfunktionen im sozialen Umfeld (noch) wahrgenommen werden?
 - c. Werden die Schmerzen bewusst oder bewusstseinsnah zur Durchsetzung eigener Wünsche (z.B. nach Versorgung, Zuwendung oder Entlastung von unangenehmen Pflichten) gegenüber Dritten eingesetzt ("sekundärer Krankheitsgewinn") und können willentlich überwunden werden?
3. Ausgehend von der Beantwortung dieser Fragen ergeben sich für den Gutachter im Allgemeinen nur 4 Möglichkeiten einer abschließenden Aussage zu den Auswirkungen und zur Prognose der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen (► Tabelle 4.4).
 4. Soweit aufgrund der durchgeführten Untersuchung eine Klärung des tatsächlichen Ausmaßes der Einschränkungen der Leistungsfähigkeit nicht möglich ist, darf sich der Gutachter nicht scheuen, dies in seinem Gutachten klar auszudrücken. Die Unmöglichkeit einer sachgerechten Beurteilung trotz Ausschöpfung aller Möglichkeiten führt im Rechtsstreit zwar meist zur Ablehnung des Renten- oder Entschädigungsantrags, da die Beweis- bzw. Feststellungslast i.d.R. beim Antrag- bzw. Anspruchsteller liegt. Diese rechtliche Konsequenz soll jedoch auf das Gutachtenergebnis keinen Einfluss haben. Ebenso ist zu beachten, dass es einen Grundsatz des „in dubio pro aegroto“ („im Zweifel für den Kranken“ bzw. hier gemeint „im Zweifel für den Antrag- bzw. Anspruchsteller“) bei der Begutachtung nicht gibt.

Tab. 4.4 Möglichkeiten der abschließenden gutachtlichen Bewertung der geklagten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit.

Der Gutachter ist ...
... davon überzeugt, dass die geklagten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit bestehen <u>und</u> willentlich oder durch Therapie nicht (mehr) überwunden werden können
... zwar davon überzeugt, dass die geklagten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit bestehen, diese aber durch Therapie in absehbarer Zeit und in wesentlichem Umfang überwunden werden könnten
... zwar davon überzeugt, dass die geklagten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit bestehen, diese aber willentlich in wesentlichem Umfang überwunden werden könnten
... nicht davon überzeugt, dass die Einschränkungen der Leistungsfähigkeit in der geklagten Form bestehen

4.2.5. Einschätzung im Schwerbehindertenrecht

Bei der Beurteilung von chronischen Schmerzen im Schwerbehindertenrecht (SGB IX) gelten die "Versorgungsmedizinischen Grundsätze"(38) als verbindlicher Maßstab für die Bewertung des

Grades der Schädigung bzw. Behinderung (GdS bzw. GdB). Hierbei sind folgende Grundregeln zu beachten:

- Funktionsbeeinträchtigungen, die dem **für das Lebensalter typischen Zustand** entsprechen, werden nicht berücksichtigt.
- Funktionsbeeinträchtigungen werden erst dann berücksichtigt, wenn sie **über 6 Monate** hinaus andauern.
- Funktionsbeeinträchtigungen, die **erst in der Zukunft** zu erwarten sind, werden nicht berücksichtigt.

4.2.5.1. Chronische sekundäre Schmerzen

Bei der Einschätzung von vollständig oder zum Teil durch Gewebeschäden erklärbarer Schmerzen sind die GdB-Werte aus den verbindlichen Bewertungstabellen für die zugrunde liegende Gewebeschädigung (z.B. Nervenschädigung, Weichteilverletzung) zu verwenden. Liegen mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vor, sind bei der Einschätzung des Gesamt-GdB rechnerische Methoden grundsätzlich ausgeschlossen. Vielmehr ist jeweils vom höchsten Einzel-GdB auszugehen. Unter Berücksichtigung der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen ist dann zu prüfen, ob und ggfs. inwieweit dadurch das Ausmaß der Beeinträchtigung größer wird. Bei dieser integrativen Subsumption werden GdB-Werte von 10 nicht berücksichtigt, GdB-Werte von 20 nur bei wesentlicher Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung. Nur wenn sich die Auswirkungen der verschiedenen Gesundheitsstörungen auf die Teilhabe gegenseitig wesentlich verstärken, ist der Gesamt-GdB höher als der höchste Einzel-GdB zu bewerten. Dies liegt insbesondere vor, wenn durch die Auswirkung einer weiteren Gesundheitsstörung Kompensationsmöglichkeiten aufgehoben werden¹².

Darüber hinaus sind bzgl. (zusätzlicher) schmerzbedingter Funktionsbeeinträchtigungen folgende Besonderheiten zu berücksichtigen:

- **Übliche Schmerzen und typische seelische Begleiterscheinungen** sind in den für die Erkrankung genannten GdB-Werten bereits eingeschlossen und berücksichtigen auch „erfahrungsgemäß besonders schmerzhaft Zustände“. Sind die seelischen Begleiterscheinungen und / oder auch die Schmerzen erheblich höher als aufgrund der organischen Veränderungen zu erwarten wäre, so ist ein höherer GdB/ GdS gerechtfertigt¹³.
- **Psychische Gesundheitsstörungen** sind zusätzlich zu berücksichtigen, wenn die seelischen Begleiterscheinungen „über das übliche Maß hinausgehen“ und die Kriterien einer psychischen Gesundheitsstörung erfüllt sind und eine „spezielle ärztliche Behandlung“¹⁴ erfordern.

4.2.5.2. Chronische primäre Schmerzen

Chronische Schmerzen mit sowohl biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren werden ggf. interdisziplinär und integrativ bewertet. Wesentlich ist die belegbare Auswirkung auf Aktivität und Partizipation in allen Lebensbereichen.

¹² VersMedV

¹³ VersMedV

¹⁴ Z.B. dauerhafte Einnahme von Schmerzmitteln, die aufgrund nachweisbarer Nebenwirkungen die Lebensführung beeinträchtigen, oder engmaschige Psychotherapie

4.2.5.3. Schmerzen als Ausdruck einer psychischen Gesundheitsstörung, z.B. Körperstressstörung

Bei nicht oder nur in untergeordnetem Umfang durch Gewebeschäden erklärbaren Schmerzen orientiert sich die Einschätzung an der „Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit“ im täglichen Leben und der sozialen Partizipation, wie dies bei psychischen Störungen vorgegeben ist (► Tabelle 4.6).

Tab. 4.6 Gutachtliche Bewertung psychischer Störungen (mit Ausnahme schizophrener und bipolarer affektiver Psychosen) im Schwerbehinderten- und sozialen Entschädigungsrecht (38)

	GdB/GdS
Leichtere psychovegetative oder psychische Störungen	0-20
Stärker hindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen)	30-40
Schwere Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheit, aber auch erhebliche chronische Depression)	
- mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten (► Tabelle 4.7)	50-70
- mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten (► Tabelle 4.7)	80-100

Empfehlung 4

Zustandsgutachten (synonym: Gutachten mit finaler Fragestellung) werden zur Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit, der Teilhabebeeinträchtigung im Schwerbehindertenrecht sowie zur Bewertung des Ausmaßes geklagter Schmerzen und deren Folgen bei gutachtlich geklärt Kausalität nach Unfall- und anderen versicherten Schädigungsereignissen in Auftrag gegeben.

Erfolgen soll bei der gutachtlichen Untersuchung:

- eine eingehende körperliche Befunderhebung mit Erfassung aller Schmerzlokalisationen und weiterer Körperbeschwerden und Erhebung des psychischen Befundes,
- eine detaillierte Exploration der Beeinträchtigungen der Aktivitäten im täglichen Leben („ADL“) sowie der sozialen Partizipation im zeitlichen Verlauf. Detaillierte Exploration von Kontextfaktoren (personengebundene und Umweltfaktoren).
- soweit sinnvoll, der Einsatz spezieller und/oder dem Setting angemessener Fragebögen, Skalen und psychometrischer und physiologischer (Leistungs-)Tests mit Diskussion der Ergebnisse im Kontext zu den übrigen Befunden im Rahmen der Beschwerdevalidierung
- eine umfassende Konsistenzprüfung („Beschwerdevalidierung“) der geklagten Beschwerden und Beeinträchtigungen im Kontext mit Exploration, erhobenen Befunden und Beobachtung und im Abgleich mit den vorliegenden Befunden in den Unterlagen
- Diskussion der willentlichen Steuerbarkeit der geklagten Beschwerden und Beeinträchtigungen auf der Basis persönlicher Ressourcen und Grenzen.

Gutachtliche Bewertung

Bei Zustandsgutachten sind vom Sachverständigen in allen Rechtsgebieten Fragen zu folgenden Aspekten zu beantworten:

- Welche **Gesundheitsstörungen** (Diagnosen) lassen sich „ohne vernünftigen Zweifel“ (sog. „Vollbeweis“) nachweisen?
- Welche hieraus resultierenden, länger (in den meisten Rechtsgebieten mehr als 6 Monate) anhaltenden **Funktionsbeeinträchtigungen sowie Einschränkungen in Aktivität und Teilhabe** lassen sich „ohne vernünftigen Zweifel“ nachweisen?
- Welche **Prognose** („Überwindbarkeit durch eigene Willensanstrengung und/oder durch ärztliche Maßnahmen“) haben die nachweisbaren Funktionsbeeinträchtigungen?
- Welche **Kontextfaktoren** sind relevant und nehmen auf die Prognose Einfluss?

Beantwortung der Gutachtenfragen

Nach Klärung der o.g. Punkte ergeben sich für den Sachverständigen im Allgemeinen 4 Möglichkeiten einer abschließenden Aussage zu den Auswirkungen und zur Prognose der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen. Demnach ist der Sachverständige

- davon überzeugt, dass die geklagten Funktionsbeeinträchtigungen bestehen **und** willentlich oder durch Therapie nicht (mehr) überwunden werden können,
- zwar davon überzeugt, dass die geklagten Funktionsbeeinträchtigungen bestehen, diese aber durch Therapie in absehbarer Zeit und in wesentlichem Umfang überwunden werden könnten,
- zwar davon überzeugt, dass die geklagten Funktionsbeeinträchtigungen bestehen, diese aber willentlich in wesentlichem Umfang überwunden werden könnten, oder
- nicht davon überzeugt, dass die Funktionsbeeinträchtigungen in der geklagten Form bestehen.

Spezifizierung schmerzbedingter Funktionsbeeinträchtigungen

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

- **Chronische sekundäre Schmerzen:** Stehen körperlicher Befund (Organpathologie) und Befinden (Schmerz) in kongruentem Verhältnis, bestimmt die mit dem fachbezogenen Befund verknüpfte körperliche Funktionsbeeinträchtigung (gemäß ICF) die Leistungsbeurteilung bzw. wie Bemessung von Minderung der Erwerbsfähigkeit, Grad der Behinderung, Invalidität. Der Schmerz als solcher unterliegt keiner eigenständigen Beurteilung.
- **Chronische primäre Schmerzen:** Die Auswirkungen auf Aktivität und Partizipation in allen Lebensbereichen werden interdisziplinär und integrativ bewertet.
- **Schmerz als Leitsymptom einer psychischen Erkrankung, z.B. Körperstresstörung:** Handelt es sich um eine Schmerzsymptomatik ohne erkennbare Gewebeschädigung oder -erkrankung, orientiert sich die Einschätzung an den durch die psychische Erkrankung hervorgerufenen Funktionsbeeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf Aktivität und Teilhabe (gemäß ICF).

Konsensstärke: 100 % (8 x Zustimmung) = **starker Konsens**

5. Begutachtung bei Kausalitätsfragen

Die Begutachtung bei Kausalitätsfragen – auch Zusammenhangsbegutachtung bezeichnet - beschäftigt sich mit chronischen Schmerzen als Folge eines schädigenden Ereignisses bzw. einer schädigenden Einwirkung. Sie unterscheidet sich grundsätzlich nicht von der bei anderen, körperlichen Gesundheitsstörungen nach schädigenden Ereignissen. Zu den Grundlagen der Begutachtung psychischer Folgen sei in diesem Zusammenhang auf die AWMF – Leitlinien Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung sowie Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen, Teil III Begutachtung bei Kausalitätsfragen im Sozial-, Zivil- und Verwaltungsrecht verwiesen (14, 39).

Verletzungen durch Schädigungsereignisse sind üblicherweise von zu erwartenden Schmerzen begleitet. Stehen der körperliche Befund (Organpathologie) und das Befinden (Schmerzen und Auswirkungen) in einem kongruenten Verhältnis, reicht in der Regel die fachbezogene Begutachtung aus. Die Schmerzen werden nach **ICD-11** als **sekundäre Schmerzen** eingeordnet. Eine fachbezogene Begutachtung reicht ebenfalls häufig aus bei chronischen Schmerzen, die sich bei verzögertem Heilungsverlauf z.B. durch eingetretene Komplikationen entwickeln. Soweit innerhalb der ersten 6-12 Monate keine psychische Komorbidität dokumentiert wurde, ist zur weiteren Klärung kein schmerzmedizinisches Gutachten notwendig.

Eine spezielle „Schmerzbegutachtung“ zu Kausalitätsfragen wird in der Regel in Auftrag gegeben, wenn die beklagten Schmerzen und sich daraus ergebenden Einschränkungen durch die Schädigung oder die Verletzungsfolge nicht oder nicht ausreichend erklärbar sind und Schmerzen als Leitsymptom beklagt werden. Hier ist dann zu klären, ob die Schmerzen durch die körperlichen Schädigungsbefunde erklärt sind oder ob psychische Unfallfolgen diese Schmerzen ggf. verstärken.

Nur in der Gesetzlichen Unfallversicherung ist zunächst die Unfallkausalität zu sichern. In allen Rechtsgebieten sind folgende 3 grundsätzliche Fragen zu beantworten:

1. Welche **körperliche und/oder seelische Schädigung** ist als „Erstschaden“ gesichert?
2. Welche **Gesundheitsstörungen** waren danach bzw. sind zum Zeitpunkt der Untersuchung gesichert? In der Gesetzlichen Unfallversicherung, im Sozialen Entschädigungsrecht gelten die bereits bei Zustandsgutachten genannten Kriterien (Vollbeweis). Im Haftpflichtrecht und in der PUV gilt der Vollbeweis nur für den Gesundheitserstschaden.
3. Besteht zwischen dem gesicherten Erstschaden und den chronischen Schmerzen (und deren Auswirkungen) unter Berücksichtigung schädigungs- bzw. unfallfremder Ursachen ein **Zusammenhang**?

Es ist zu beachten, dass in den verschiedenen Rechtsgebieten unterschiedliche Kausalitätsbegriffe gelten und die einzelnen Glieder der „Kausalitätskette“ in der Zusammenhangsbeurteilung unterschiedlichen Beweismaßen unterliegen. Hierzu sei ebenfalls auf die o.g. AMWF-Leitlinien verwiesen.

Tab. 5.1 Begrifflichkeiten in den verschiedenen Rechtsgebieten für schädigende Ereignisse und deren Folgen.

Rechtsgebiet	Begriff für das	Begriffe für die Ereignisfolgen
--------------	-----------------	---------------------------------

	schädigende Ereignis	
Soziales Entschädigungsrecht	Schädigender Vorgang (z. B. Wehrdienstfolgen, Opfer von Gewalttaten, Schutzimpfung)	Gesundheitserstschaden → Schädigungsfolge (zumindest 6 Monate überdauernde Folgen)
Gesetzliche Unfallversicherung	Unfall	Gesundheitserstschaden → Unfallfolge (zumindest 26 Wochen überdauernde Folgen)
Private Unfallversicherung	Unfall	Gesundheitsschädigung → Unfallfolge (zumindest 3 Jahre überdauernde Folgen)
Haftpflichtversicherung	Schädigungsereignis	Körper- bzw. Gesundheitsverletzung → Schaden
Dienstunfallrecht	Dienstunfall	Körperschaden (keine weitere Differenzierung)

Während bei der Zustandsbegutachtung gemäß ICF vor allem die Funktionseinschränkungen und deren Auswirkungen auf Aktivitäten und Teilhabe gutachtlich zu sichern sind, sind bei der Begutachtung von Kausalitätsfragen überdauernder Schmerzen nach einem versicherten Ereignis konkurrierende Faktoren (personengebundene und umweltgebundene Kontextfaktoren) abzuklären, die Einfluss auf den Verlauf nehmen.

Nach Klärung der Kausalitätsfrage sind – abhängig von den Vorgaben des jeweiligen Rechtsgebietes – wiederum die Auswirkungen der Schmerzen auf die Funktionen bzw. auf die Aktivitäten und die Teilhabe gemäß ICF einzuschätzen.

Fragen zur Prognose sind vorrangig durch die Kontextfaktoren zu beantworten.

5.1. Gutachtliche Beweisführung

Die Klärung des Zusammenhangs zwischen einem Schädigungsereignis und geklagten Schädigungsfolgen kann auf zwei Arten erfolgen:

- **Direkte Objektivierung:** Diese Situation liegt vor, wenn der dokumentierte Verlauf des Schädigungsereignisses und der danach nachweisbaren Gesundheitsstörungen zusammen mit bildgebenden und/oder messtechnischen Befunden nach allgemeiner medizinischer Erfahrung klare Rückschlüsse auf bestehende Schmerzen zulassen. Beispiele hierfür sind „übliche“ Schmerzen, aber auch ein CRPS mit objektivierbaren strukturellen und funktionellen Veränderungen der betroffenen Extremität oder der bildgebende Nachweis einer Arthrose nach Gelenkverletzung oder nicht verheilten Fraktur (Pseudarthrose). Die Rechtsprechung kennt hierfür den Begriff des „Anscheinsbeweises“.
- **Indirekte Objektivierung:** Lässt sich das Ausmaß der geklagten Schmerzen und deren Auswirkungen nicht ohne Weiteres aus den vorliegenden objektivierbaren Befunden ableiten, gilt es möglichst viele Anknüpfungstatsachen („Indizien“) zu sammeln, anhand derer dann eine „Brücke“ zwischen dem Schädigungsereignis und den geltend gemachten Schädigungsfolgen gebildet werden kann (Tab. 5.2). Ergibt das gesamte Spektrum der Befunde ein in sich

schlüssiges Bild, können die subjektiv geklagte Beeinträchtigungen im Sinne eines „Indizienbeweises“ in tatsächlich bestehende Schädigungsfolgen „transferiert“ werden. Dieser Nachweis erfordert stets eine umfassende Konsistenzprüfung in Abgleich von Aktenlage, Exploration, Beobachtung und erhebaren klinischen Befunden.

Tab. 5.2. Anknüpfungstatsachen („Indizien“) für die gutachtliche Klärung bei geklagten chronischen Schmerzen. Je mehr positive Anknüpfungstatsachen vorliegen, umso sicherer ist die Einschätzung.

Anknüpfungstatsache	Gutachtliches Kriterium
Schweregrad	Nachweis eines geeigneten Schweregrades des Ereignisses
Erstsymptomatik	Nachweis einer geeigneten Gesundheitsschädigung („Erstschaden“) in geeignetem zeitlichem Zusammenhang zu dem Ereignis
Folgesymptomatik	Nachweis nachfolgend aufgetretener, zur Erstsymptomatik „passender“ Symptome retrospektiv anhand der Aktenlage in Korrelation zur Schilderung des Probanden im Rahmen der Begutachtung aktuell anhand der im Rahmen der gutachtlichen Untersuchung erhobenen Befunde
Verlauf	Nachweis eines „geeigneten“ klinischen Verlaufs, auch in Bezug auf Therapien
Konsistenz	Nachweis eines in der Zusammenschau in sich schlüssigen Bildes von Akten und klinischem Befund (Beschwerdenuvalidierung ► Kapitel 3)

Die Zusammenhangsbegutachtung bei geklagten Schmerzen als Unfall- bzw. Schädigungsfolge basiert im Regelfall auf einer Indizienbeweissführung („Brückensymptomen“)¹⁵:

5.1.1. Nachweis des Erstschadens

Dreh- und Angelpunkt jeder gutachtlichen Beurteilung von Schädigungsfolgen ist die Sicherung des Gesundheits-Erstschadens (synonym Primärschaden) im „Vollbeweis“¹⁶. Kann ein für die Entwicklung von Schmerzen geeignetes psychisches und/oder körperliches Schädigungsereignis nicht „ohne vernünftigen Zweifel“ nachgewiesen werden, erübrigt sich jede weitere Diskussion von Zusammenhangsfragen.

5.1.2. Nachweis des zeitlichen Zusammenhangs

Im Allgemeinen zwingende Voraussetzung für die Annahme eines kausalen Zusammenhangs zwischen einem nachgewiesenen Schädigungsereignis und dem Auftreten von Schmerzen ist

¹⁵ Der Begriff der „Brückensymptome“ stammt aus dem Beweisrecht und wird im Zusammenhang mit Indizienbeweisen gebraucht. Je mehr „Indizien“ vorhanden sind, umso eher untermauern diese die Annahme eines Zusammenhangs und stellen damit die „Brücke“ zwischen einem Schädigungsereignis und einer ansonsten retrospektiv nicht ausreichend beweisbaren Erstschaden dar.

¹⁶ Ausnahmen gelten ggf. im sozialen Entschädigungsrecht bei fehlenden Unterlagen (§ 15 KOVVG)

der Beginn einer geklagten Schmerzsymptomatik unmittelbar nach dem schädigungsbedingten Erstschaden. Ausnahmen hiervon stellen z.B. eine anfängliche Analgesie im Rahmen intensivmedizinischer Maßnahmen, andere möglicherweise vital bedrohliche Gesundheitsstörungen nach dem Ereignis sowie sekundäre Eingriffe und Komplikationen dar. Der alleinige zeitliche Zusammenhang ohne Nachweis eines Erstschadens genügt allerdings nicht, da es in allen Rechtsgebieten kein „post hoc ergo propter hoc“ („danach, also deswegen“) gibt.

5.1.3. Vergleich von Schmerzentwicklung und -ausmaß mit dem üblichen zu erwartenden Verlauf

Schmerzen zeigen bei abklingendem Körperschaden in der Regel eine Besserungstendenz (z.B. Frakturschmerz). Bei ungünstigem Heilungsverlauf wie eintretenden Komplikationen können Beschwerden aber auch persistieren, in Einzelfällen sich auch verschlechtern, soweit die körperliche Heilung nur teilweise oder gar nicht eintritt. Im Allgemeinen sind Verschlechterungen aber nur in bestimmten Fällen (z.B. Ausheilung mit Arthrose, Fehlstellung, Neurombildung, Syringomyelie, Heilungskomplikationen wie Infektionen oder Entwicklung eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms) zu erwarten. Diese gehen mit charakteristischen Befunden und auch plausiblen zeitlichem Auftreten einher. Stehen die Schmerzen und deren Auswirkungen nicht mit dem erhobenen Befund in Einklang, ist der abweichende Verlauf auf prä-, peri- und posttraumatische Einflüsse (Kontextfaktoren) hin zu überprüfen:

5.1.4. Beurteilung möglicher Vorerkrankungen und (vor-)bestehender Einflussfaktoren

Lag oder liegt zum Zeitpunkt des Schädigungsereignisses ein Gesundheitsschaden (je nach Rechtsgebiet als Vorschaden, Vorinvalidität bzw. in seinen Auswirkungen als Differenzschaden bezeichnet) vor, ist die Frage zu klären, inwieweit das Schädigungsereignis zu einer vorübergehenden oder - im Einzelfall auch dauerhaften - Verschlimmerung der Vorerkrankung geführt hat. Vorerkrankungen sind gleichermaßen im „Vollbeweis“ nachzuweisen. Eine zuverlässige Beurteilung, ob körperliche und/oder psychische Vorerkrankungen vorliegen, bedarf zumindest der Kenntnis des Vorerkrankungsverzeichnisses des Krankenversicherungsträgers, besser der Krankenunterlagen. Eine Schadensanlage bedeutet physische oder psychische Veränderungen ohne bisherige klinische Manifestation, aber mit erleichterter Ansprechbarkeit für die Manifestation von Gesundheitsstörungen (Tab. 5.3). Wenn sich Schmerzsyndrome abweichend von dem nach einem nachweisbaren körperlichen Schädigungsereignis zu erwartendem Verlauf entwickeln, ist der Frage nachzugehen, inwieweit schädigungsunabhängige „überholende“ Faktoren bestehen. Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung, der Dienstunfallfürsorge und des sozialen Entschädigungsrechts wird in diesem Fall von einer „Verschiebung der Wesensgrundlage“ gesprochen. Einer zentralen Bedeutung kommt die Erarbeitung des Einflusses von Kontextfaktoren (ICF) zu.

Tab. 5.3. Einfluss von Kontextfaktoren auf den Schmerzverlauf

	Vor der Schädigung	Während der Schädigung	Nach der Schädigung
Personengebundene Faktoren	Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand, einschl. weiterer Erkrankungen	Subjektive Wahrnehmung des Ereignisses	Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand

	Persönlichkeitsstruktur Persönliche Belastung, privat und beruflich	(f. Entwicklung psychischer Störungen)	Medizinische Komplikationen der Schädigungsfolgen, Aktualisierung biographisch belastender Erfahrungen, Coping (Katastrophisierung, fear avoidance beliefs, „Durchhalter“), Persönliche Perspektive und Motivation
Umweltfaktoren	Soziale Situation des Betroffenen	Konkrete Lebenssituation; Unterstützung während des Ereignisses	Behandlungsangebot, Verhalten von Beteiligten bei Komplikationen, Verhalten der Umwelt im privaten und beruflichen Bereich, Beschäftigungs- und Arbeitsangebote Versicherungsstatus – und Umsetzung

Empfehlung 5

Bei der Beurteilung des kausalen Zusammenhangs zwischen dem Schmerzerleben und einem versicherten oder haftungsbewehrten Ereignis/Unfall sind wesentlich:

- Dokumentierter physischer und/oder psychischer Erstschaden
- Zeitlicher Zusammenhang zwischen dokumentiertem Schmerzerleben und dem zu erwartenden Spontanverlauf nach dem Ereignis/Unfall
- Konkurrierende Kontextfaktoren

Konsensstärke: 100 % (8 x Zustimmung) = **starker Konsens**

5.2. Spezielle Schmerzsyndrome in kausalen Fragestellungen

5.2.1. Schmerzverstärkung durch psychische Reaktionen auf Körperschäden

Bei anhaltenden, schwerwiegenderen körperlichen Schädigungsfolgen und nachweisbarer psychischer Reaktion kann es in engem zeitlichem Zusammenhang zu einer psychoreaktiven Störung kommen. Die mit der psychischen Reaktion verstärkt erlebte Schmerzsymptomatik ist bei Abwesenheit relevanter unfallunabhängiger Kontextfaktoren als eine **Anpassungsstörung (ICD-11 6B43)** zu bewerten. Die Störung ist gekennzeichnet durch die Beschäftigung mit dem Stressor oder seinen Folgen, einschließlich übermäßiger Sorgen, wiederkehrender und beunruhigender Gedanken über den Stressor oder ständigem Grübeln über seine Auswirkungen, sowie durch ein

Versagen bei der Anpassung an den Stressor. Nach ICD-11 kann die Anpassungsstörung so lange diagnostiziert werden, solange der Stressor anhält.

Erfüllt die psychische Reaktion die Kriterien einer weiteren psychischen Erkrankung wie einer **depressiven Episode (ICD 11 6A70)**, einer **Angststörung (6B00/01)** oder **posttraumatischen Belastungsstörung (6B40)**, sind die Kriterien dahingehend zu überprüfen (siehe auch Leitlinien Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen, Teil III Kausalität). Die Einordnung als Unfallfolge und ihre Auswirkungen auf die Schmerzen ist explizit zu begründen.

Liegen keine erheblichen körperlichen Unfallfolgen mehr vor, ist im Allgemeinen eine – zumindest über 6 Monate – anhaltende psychische Komorbidität nicht (mehr) als Schädigungsfolge zu begründen.

Empfehlung 6

Anknüpfungstatsachen für die Anerkennung einer psychischen Komorbidität als mittelbare Folge eines Körperschadens (siehe Empfehlungen in (39)) sind

- das Vorliegen anhaltender körperlicher Schädigungsfolgen, die zu einer relevanten Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe führen.
- der Nachweis des Beginns der psychischen Störung in geeignetem zeitlichem Zusammenhang mit dem Körperschaden bzw. den körperlichen Schädigungsfolgen
- kein Nachweis konkurrierender Faktoren, die für die Symptomatik maßgeblich sind oder diese unterhalten
- Vorliegen einer authentischen Beschwerdevalidierung.
- Anhaltende psychische Störungen als mittelbare Folge eines Körperschadens sind im Allgemeinen nur dann zu begründen, wenn in relevantem Umfang körperliche Schädigungsfolgen persistieren.

Konsensstärke: 100 % (8 x Zustimmung) = **starker Konsens**

5.2.2. Schmerz als Leitsymptom einer psychischen Störung

Entwickelt sich nach einem Unfall- oder einem sonstigen versicherten Schädigungsereignis eine Schmerzsymptomatik ohne erkennbare Gewebeschädigung oder -erkrankung, ist diese im Allgemeinen lediglich dann als Schädigungsfolge anzuerkennen, wenn die Schmerzsymptomatik Folge des **Schädigungserlebens** im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ist. Das Vorliegen einer PTBS ist kriterienbasiert nachzuweisen (30).

Die Entwicklung einer **primären chronischen Schmerzstörung (ICD-11 MG30.0)** sowie einer **Körperstressstörung (ICD-11 6C20)** ist im Allgemeinen aufgrund der multifaktoriellen Genese dieser Störungen nur dann im Zusammenhang mit einem Unfall oder sonstigen versicherten Schädigungsereignis zu begründen, wenn gleichzeitig in relevantem Umfang körperliche Schädigungsfolgen persistieren (s. 5.2.1).

5.2.3. Komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) (ICD 11 MG30.04)

Komplexe regionale Schmerzsyndrome (synonym „Morbus Sudeck“, „sympathische Reflexdystrophie“, „Algodystrophie“) stellen gutachtlich einen Sonderfall dar, da das Ausmaß der Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen hierbei in einem Missverhältnis zum Schweregrad der ganz überwiegend die distalen Extremitätenabschnitte betreffenden primären Verletzungen stehen kann (40). Gemäß den für die frühzeitige Diagnose und Therapie des CRPS erarbeiteten „Budapester Konsensus-Kriterien“ (41) einschließlich der aktuellen „Valencia Adaption“ der IASP (42) werden drei CRPS-Formen unterschieden:

- **CRPS I** nach einer distalen Fraktur oder Weichteilverletzung mit Symptomen, die über das ursprüngliche Verletzungsgebiet hinausgehen und eine handschuh- bzw. strumpfförmig betonte Ausprägung erkennen lassen. Im seltenen Einzelfall kann die Symptomatik auf andere Extremitäten „überspringen“.
- **CRPS II** bei neurologisch nachweisbarer peripherer Nervenschädigung. Im Gegensatz zu neuropathischen Schmerzen geht die nachweisbare Symptomatik über das Versorgungsgebiet der betroffenen Nerven mit gleichermaßen distal zunehmender Ausprägung hinaus und unterscheidet sich hinsichtlich der Symptomatik nicht spezifisch vom CRPS I.
- **CRPS-NOS (Not Otherwise Specified / nicht anders spezifiziert)** ist gemäß IASP für die Fälle vorgesehen, bei denen zwar auswärts die Diagnose eines CRPS gestellt wurde, bei denen jedoch zu keiner Zeit nach den IASP-Kriterien die Diagnose eines CRPS zu sichern ist, obwohl keine andere Diagnose gestellt werden konnte (42). Im gutachtlichen Kontext ist die Diagnose eines CRPS-NOS nicht von Bedeutung, nachdem hierbei Krankheiten und Funktionsstörungen in den meisten Rechtsgebieten positiv im „Vollbeweis“ nachweisbar sein müssen.

Gemäß IASP-Kriterien ist die Diagnose eines CRPS grundsätzlich nur dann zu stellen, wenn keine andere Ursache die Beschwerden und Befunde erklärt („no other diagnosis can better explain the signs and symptoms“). Damit stellt ein CRPS stets auch eine Ausschlussdiagnose dar, wenn chirurgisch-orthopädische, rheumatologische, neurologische und psychiatrische Ursachen ausgeschlossen wurden. Hinzu kommt im gutachtlichen Kontext das Problem, dass die meisten IASP-Kriterien auf subjektiven Angaben der Betroffenen beruhen.

Der gutachtliche Nachweis eines (abgelaufenen) CRPS erfordert damit

- einen anhand der Aktenlage nachvollziehbaren zeitlichen Zusammenhang,
- eine typische Lokalisation der geklagten Beschwerden, wie dies in der Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des CRPS dargestellt ist (40),
- die Dokumentation möglichst vieler objektivierbarer Symptome (► Tab. 5.5) sowie
- den hinreichenden Ausschluss anderer Ursachen der geklagten Beschwerden.

Die gutachtliche Diagnose eines aktuell noch bestehenden, mit schwerwiegenderen Funktionsstörungen einher gehenden CRPS erfolgt nach klinischen Kriterien, so dass einer Fotodokumentation der betroffenen Extremität im Seitenvergleich zusammen mit möglichst objektiven Messwerten (Umfangsmäße der zugehörigen Muskulatur, Hauttemperatur, Schweißsekretion) sowie ggf. dem radiologischen Nachweis einer arthrogenen Versteifung eine entscheidende Bedeutung zukommt. Bei residualen Zuständen eines CRPS mit lediglich noch geringfügigen objektivierbaren Befunden muss die Diagnose anhand der in den Akten dokumentierten Symptomatik nachvollziehbar sein.

Die Anerkennung eines (noch bestehenden) CRPS mit messbaren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit (MdE), die Invalidität bzw. auf die Lebensumstände (GdS/GdB) setzt im Regelfall das Vorliegen objektivierbarer autonomer, trophischer und/oder vasomotorischer Symptome voraus, die nicht durch einen Mindergebrauch der betroffenen Extremität aufgrund anderer Ursachen erklärbar sind. Schwere CRPS-Syndrome mit ausgeprägter objektivierbarer Symptomatik können höhere Bewertungen begründen (► 5.3.2), die über das hinausgehen, was für die erkennbaren Funktionseinschränkungen der betroffenen Extremitäten begründet wäre.

Tab. 5.5 Diagnostische Kriterien für den gutachtlichen Nachweis eines CRPS (mod. nach(42, 43)).

Cluster	Symptom	Anmerkungen
Sensorisch	Hyperalgesie	Gutachtlich schwächstes, da überwiegend subjektives Kriterium (Ausnahme Hyperalgesie bei Druck auf kleine Gelenke)
	Allodynie	Als objektives Kriterium verwendbar bei im Verlauf konsistent reproduzierbaren/dokumentierten Schmerzen bereits bei normalerweise nicht schmerzhaften Aktionen (Berührung, Gelenkbewegung)
Vasomotorisch	Hautverfärbungen	Typischerweise verstärkt bei längerem Herabhängen der betroffenen Extremität, persistierend auch nach Aufwärmen
	Temperaturunterschiede	Nicht allein durch Immobilisierung bedingte persistierende Temperaturdifferenz > 2° C
Autonom	Ödem	Im gutachtlichen Kontext Fotodokumentation empfohlen (DD Abgrenzung gegenüber selbstinduzierten Störungen z.B. Abschnürung)
	Störung der Schweißsekretion	Möglichst objektive Messung (Ninhydrin-Schweißtest, Feuchtemessgerät)
Trophisch	Glanzhaut	Im gutachtlichen Kontext Fotodokumentation empfohlen
	verändertes Haarwachstum	
	verändertes Nagelwachstum	
Motorisch	Muskelatrophie	Bei geklagten motorischen Einschränkungen sollte sich dies in einer Atrophie der versorgenden Muskeln ausdrücken
	Dystonie	Fixierte Dystonien führen zu einer arthrogenen Versteifung
	Tremor	Abgrenzung zu psychogenen Tremorformen durch geeignete Tests
	Arthrogene Versteifung	Insbesondere distale Gelenke (Finger, Zehen)

Bei den genannten Symptomen ist zu berücksichtigen, dass sich ähnliche Befunde auch bei lokal entzündlichen Erkrankungen mit Überwärmung und Schwellung sowie bei dissoziativen und artifizialen Störungen finden (44). Haut- und Temperaturveränderungen können allein durch eine

Minderbewegung der betroffenen Extremität bedingt sein (45). Bei Dystonien und Tremores ist eine Abgrenzung zu psychogenen Störungen erforderlich (46).

Bildgebende Untersuchungen können die Diagnose eines CRPS stützen, wenn radiologisch eine kleinfleckige Demineralisierung in den Akren und/oder ein bandförmiger Hypermetabolismus der kleinen Gelenke in der Spätphase der 3-Phasen-Szintigraphie nachweisbar ist. Die Sensitivität der Szintigraphie ist hoch, nimmt jedoch im Verlauf von 6-12 Monaten nach Beginn der Symptomatik ab (47, 48).

Ergänzend ist bei Begutachtungen zu berücksichtigen, dass ein initial diagnostiziertes CRPS aufgrund der in vielen Fällen auftretenden Besserung (49, 50) nicht auch gleichzeitig über einen längeren Zeitraum anhaltende Funktionsstörungen schwereren Ausmaßes begründet.

Empfehlung 7

Anknüpfungstatsachen für die Anerkennung eines CRPS sind:

- Dokumentierter Beginn der Symptomatik in den ersten Tagen bzw. ersten Wochen nach der Verletzung mit ungewöhnlich starken Schmerzen (51), das Vollbild eines CRPS sollte innerhalb von längstens 2-3 Monaten nach dem Trauma vorliegen (40). Diagnosen nur auf Grund einer Schmerzpersistenz zum Teil Jahre nach dem Trauma sind nicht selten Verlegenheitsdiagnosen.
- Handschuh- bzw. strumpfförmige betonte Symptomatik. Bei isoliertem Befall großer Gelenke ohne akrale Beteiligung sollte die Diagnose CRPS nur mit größter Zurückhaltung in Betracht gezogen werden (40).
- Vorhandensein möglichst vieler objektivierbarer Befunde (klinisch oder nachvollziehbar in den Akten) eines CRPS gemäß ► Tab. 5.5.
- Typische Hinweise auf ein CRPS anhand bildgebender Untersuchungen (Röntgen, 3-Phasen-Szintigraphie)
- Bei geklagten CRPS-bedingten Funktionsstörungen Nachweis der spezifischen Behandlungsbedürftigkeit
- Kein Nachweis konkurrierender Faktoren, die für die Symptomatik maßgeblich sind oder diese unterhalten
- Vorliegen einer authentischen Beschwerdedarstellung.

Konsensstärke: 100 % (8 x Zustimmung) = **starker Konsens**

5.2.4. Phantomschmerzen (ICD 11 8E43.00)

Nach der Amputation empfinden 60-80% der Betroffenen ein Phantomgefühl (Gefühl des weiteren Vorhandenseins der fehlenden Gliedmaße). Dazu gehören spezifische sensorische und kinästhetische Empfindungen, die eine spezifische Position, Form oder Bewegung des Phantoms oder Kälte, Wärme, Kribbeln, Jucken, elektrische Empfindungen oder Parästhesien beinhalten (52).

Phantomschmerzen sind schmerzhafte Empfindungen in diesen fehlenden Gliedmaßen. Sie werden in den körperfernen Anteilen des verlorenen Glieds erlebt.

Periphere und zentrale Ursachen sind bekannt, von besonderer Bedeutung sind Veränderungen der Repräsentation auf spinaler Ebene sowie im somatosensorischen und motorischen Cortex (53). Das Ausmaß dieser Verschiebung der Repräsentation korreliert mit der Schmerzintensität (54). Phantomschmerzen werden am besten und ursachenbezogen durch Aktivprothesen beeinflusst. Für Betroffene, die keine Prothesen tragen, bietet sich sensorisches Diskriminationstraining mit Erregung der Nerven des Stumpfes über Elektroden an (55).

Phantomschmerzen sind von Schmerzen durch ungünstige weichteilige oder knöcherne Stumpfverhältnisse sowie Schmerzen durch Stumpfneurome abzugrenzen (56).

Empfehlung 8

Anknüpfungstatsachen für die Anerkennung von Phantomschmerzen sind:

- (Teil-)Verlust eines Gliedes,
- Schmerzen im körperfernen Anteil des verlorenen Gliedes,
- Beginn rasch nach dem Gliedverlust,
- Günstige Beeinflussung durch Benutzung eines funktionellen Gliedersatzes,
- Ausschluss von peripher begründeten Stumpfschmerzen zur Erklärung des Schmerzerlebens,
- Authentische Beschwerdepräsentation.

Konsensstärke: 100 % (8 x Zustimmung) = **starker Konsens**

5.2.5. Neuropathische Schmerzen (ICD-11 8E43.0)

Chronische neuropathische Schmerzen entstehen nach einer Schädigung von Nervenstrukturen, die sowohl das zentrale Nervensystem (z. B. Multiple Sklerose, Schlaganfälle) als auch das periphere Nervensystem (z. B. radikuläre Schmerzen nach Bandscheibenvorfällen, Post Zoster-Schmerzen, diabetische Neuropathie) betreffen können. Charakteristisch sind dabei anfallsartig einschießende Schmerzen (Neuralgie) und/oder ein brennender Dauerschmerz (Neuropathie).

Beim Betroffensein größerer Nervenbahnen kommt dem objektiven elektrophysiologischen und/oder bildgebenden Nachweis entscheidende diagnostische Bedeutung zu (► 4.1). Schwierig kann sich die diagnostische Beweisführung bei Betroffensein kleiner Nerven z. B. am Fuß gestalten, die elektrophysiologisch nicht oder nur bei günstigen Untersuchungsbedingungen beurteilbar sind. Hier kommt klinischen Kriterien wesentliche Bedeutung zu, wonach der Schmerzcharakter, die Schmerzlokalisierung sowie begleitende Befunde anatomischen und pathophysiologischen Vorstellungen einer Nervenschädigung entsprechen müssen.

Empfehlung 8

Anknüpfungstatsachen für die Anerkennung eines chronischen neuropathischen Schmerzsyndroms sind:

- Pathophysiologisch plausibler zeitlicher Zusammenhang zwischen einem geeigneten mechanischen, toxischen, entzündlichen oder metabolischen Schädigungsmechanismus und dem Auftreten von Schmerzen,
- Elektrophysiologischer (Elektromyographie, Elektroneurographie, evozierte Potenziale) und/oder bildgebender (MRT, Ultraschall) Nachweis einer Nervenschädigung,
- Typischer Schmerzcharakter (Schmerzattacken und/oder brennender Dauerschmerz),
- Anatomisch plausible Schmerzlokalisierung, im Regelfall einhergehend mit einem anatomisch plausiblen sensiblen und/oder motorischen Defizit,
- Nachweis trophischer, autonomer und/oder vasomotorischer Symptome im Versorgungsgebiet der betroffenen Nervenstruktur,
- Nachweis eines positiven Hoffmann-Tinel-Zeichens im Bereich der Läsionsstelle des betroffenen peripheren Nervens.

Konsensstärke: 100 % (8 x Zustimmung) = **starker Konsens**

5.2.6. Posttraumatische Kopfschmerzen (ICD-11 8A84.Y)

Von Seiten der International Headache Society (IHS)¹⁷ ist die Diagnose „Anhaltender Kopfschmerz, zurückzuführen auf eine traumatische Verletzung des Kopfes“ von mehr als 3 Monaten Dauer auch ohne oder mit kurzem Bewusstseinsverlust < 30 Minuten Dauer und ohne Nachweis einer traumatischen Kopfverletzung wie einer Schädelfraktur, intrakraniellen Blutung und/oder Hirnkontusion in der zerebralen Bildgebung zu stellen. Dasselbe gilt letztlich auch für jedes HWS-Beschleunigungstrauma mit „plötzlicher und bedeutsamer Akzelerations- oder Dezelerationsbewegung der HWS“, wenn der Kopfschmerz innerhalb von 7 Tagen nach dem Kopftrauma auftritt. Begründet wird dies damit, dass „neuere Untersuchungen mit Hilfe fortschrittlicher zerebraler Bildgebungsverfahren auf ein Potenzial für die Aufdeckung struktureller, funktioneller und metabolischer Anomalien im Gehirn nach geringfügigen Traumata schließen (lassen), die mit konventionellen Diagnostiktests nicht zu eruieren sind“. Allerdings wird auch eingeräumt, dass „die Erwartung des Patienten, dass nach der Kopfverletzung Kopfschmerzen eintreten werden und Rechtsstreitigkeiten rund um Entschädigungsansprüche gleichermaßen zu den Faktoren zählen, die zur Aufrechterhaltung des Kopfschmerzes beitragen können.

Unter gutachtlichen Gesichtspunkten erscheinen die diagnostischen Kriterien für die Diagnose posttraumatischer Kopfschmerzen keinesfalls ausreichend und z.T. irreführend. Wie in der AWMF-Leitlinie „Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirntrauma“ (57) vermerkt, kann nach einer Kopfverletzung die Diagnose eines über mehr als 6-12 Monate anhaltenden posttraumatischen Kopfschmerzes nur dann gestellt werden, wenn als Grundvoraussetzung („Erstschaden“) ein geeignetes morphologisches Korrelat (z.B. strukturelle Hirnschädigung, Gesichtsschädel- oder Hirnhautverletzung) nachgewiesen ist.

¹⁷ <https://www.dmkg.de/kopfschmerzklassifikation/articles/aerzte-kopfschmerz-klassifikation>

Empfehlung 9

Anknüpfungstatsachen für die Anerkennung chronischer posttraumatischer Kopfschmerzen sind:

- Geeignetes morphologisches Korrelat (z.B. substanzielle Hirnschädigung, strukturelle HWS-Verletzung, Schädigung schmerzempfindlicher Strukturen im Bereich des Schädels und der Hirnhäute)
- Geeigneter Decrescendo-Verlauf der Kopfschmerzsymptomatik
- Fehlende Hinweise auf bereits zuvor bestehende Kopfschmerzen (Vorerkrankungsverzeichnis)
- Kein Nachweis konkurrierender Faktoren, die für die Symptomatik maßgeblich sind oder diese unterhalten
- Vorliegen einer authentischen Beschwerdedarstellung

Bei medikamenteninduziertem Kopfschmerz aufgrund einer übermäßigen Einnahme von Schmerzmedikamenten ► Kap.5.2.7.

Konsensstärke: 100 % (8 x Zustimmung) = **starker Konsens**

5.2.7. Abhängigkeit/Fehlgebrauch von Schmerzmedikamenten

Ein Fehlgebrauch von Medikamenten und Abhängigkeitserkrankungen können bei Menschen mit chronischen Schmerzen auftreten.

Opioide werden in der Therapie zur Schmerzreduktion eingesetzt. Ein Überblick über evidenz- und konsensusbasierte Empfehlungen opioidhaltiger Analgetika ist der AWMF Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen“ (LONTS) (58) zu entnehmen.

In LONTS wird ein **bestimmungsgemäßer Konsum** von einem **nicht bestimmungsgemäßen Konsum** unterschieden. Darüber hinaus werden **Missbrauch** bzw. **schädlicher Gebrauch** von **Abhängigkeitssyndrom** abgegrenzt.

Es besteht ein fließender Übergang zwischen dem bestimmungsgemäßen Gebrauch, dem nicht-bestimmungsgemäßen Gebrauch / Konsum (Misuse), dem schädlichen / missbräuchlichen (Abuse) Gebrauch und abhängigen („süchtigen“) Gebrauch von aus medizinischen Gründen verordneten Opioiden.

Eine Entzugsbehandlung kann vom Gutachter empfohlen werden.

Diese Ausführungen gelten auch für andere in der Schmerzbehandlung eingesetzte Medikamente (59).

Empfehlung 10

Starker Konsens

Anknüpfungstatsachen für die Anerkennung einer Abhängigkeitserkrankung¹⁸ von Schmerzmedikamenten als mittelbare Folge eines Körperschadens sind

- die ärztliche Verordnung der zur Abhängigkeit führenden Medikamente im Rahmen körperlicher oder psychischer Schädigungsfolgen,
- der Beginn der Abhängigkeitserkrankung in zeitlichem Zusammenhang mit den körperlichen oder psychischen Schädigungsfolgen,
- kein Nachweis konkurrierender Faktoren, die für die Symptomatik maßgeblich sind oder diese unterhalten
- das Vorliegen einer authentischen Beschwerdedarstellung

Ein Zusammenhang zwischen einem Schädigungsereignis und nicht ärztlich verordneten Substanzen ist im Einzelfall nur dann zu begründen, wenn diese nachweislich wegen fehlender oder nicht adäquater ärztlicher Behandlung eingesetzt wurden.

Konsensstärke: 100 % (8 x Zustimmung) = **starker Konsens**

5.3. Bewertung von Schmerz (Quantifizierung) in kausalen Fragestellungen

5.3.1. Rechtliche Grundlagen

Die Bewertungsmaßstäbe und -grundlagen schmerzbedingter Funktionsbeeinträchtigungen sind in den verschiedenen Rechtsgebieten unterschiedlich definiert (► Tabelle 5.5):

Tab. 5.5 Begriffe und Maßstäbe bei der Bewertung von unfall- bzw. schädigungsbedingten Funktionsbeeinträchtigungen in verschiedenen Rechtsgebieten.

Rechtsgebiet	Verwendete Begriffe	Maßstab für die Bewertung	Bewertungsgrundlage
Gesetzliche Unfallversicherung	Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)	MdE als abstraktes Maß für den Umfang der verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens	„Maßgebliche“ Gutachtenliteratur als Grundlage, Abweichungen sind zu begründen
Soziales Entschädigungsrecht	Grad der Schädigungsfolgen (GdS)	GdS als Maß für die Auswirkungen schädigungsbedingter Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen	Versorgungsmedizinische Grundsätze als verbindliche Bewertungsgrundlage

¹⁸ In Anlehnung an AWMF-Leitlinie „Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Störungen“ (Registernummer 051-029)

Dienstunfallfürsorge der Beamten	Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) / Grad der Schädigungsfolge (GdS) – je nach aktuellem Landesrecht	MdE als abstraktes Maß der unfallbedingten körperlichen Beeinträchtigungen im allgemeinen Erwerbsleben / GdS als Maß der allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen, die durch die körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen bedingt sind, in allen Lebensbereichen	Im Allgemeinen Orientierung an den “Versorgungsmedizinischen Grundsätzen”, ggf. auch an den Kriterien der gesetzlichen Unfallversicherung
Private Unfallversicherung	Invalidität	Invalidität nach Minderung der Gebrauchsfähigkeit in der „Gliedertaxe“; außerhalb der Gliedertaxe nach Beeinträchtigung der allgemeinen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (BdL) als abstraktem Maß für die Beeinträchtigung in allen Lebensbereichen	Bemessungstabellen für die Gliedertaxe, freie Einschätzung der BdL bei sonstigen Unfallfolgen
Haftpflichtversicherung	Individuell unterschiedlich, z.T. auch Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)	Individueller konkreter Schaden	Freie Einschätzung, bei Fragen nach der MdE (Bezug auf zuletzt ausgeübte Tätigkeit und/oder allgemeinen Arbeitsmarkt)

- In der **gesetzlichen Unfallversicherung** liegen mit der sog. „maßgeblichen Rentenliteratur“ Erfahrungssätze vor (60-63), die für den Sachverständigen zwar nicht bindend sind, von denen gemäß Rechtsprechung jedoch ohne entsprechende individuelle Begründung nicht abgewichen werden soll.
- In der **privaten Unfallversicherung** finden sich in Form der „Gliedertaxe“(64) verbindliche Vorgaben für Unfallfolgeschäden an Gliedmaßen und Sinnesorganen vor. Schmerzen, die über die Sinnesorgane und Gliedmaßen hinaus den „ganzen“ Menschen beeinträchtigen (z.B. Phantomschmerzen, CRPS), können zu einer zusätzlichen, dann in % zu bewertenden „Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit“ (BdL) führen. Seelische Unfallfolgen sind davon nach den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) ausgeschlossen.
- Im **sozialen Entschädigungsrecht** liegen mit den “Versorgungsmedizinischen Grundsätzen” (38) verbindliche Bemessungsgrundlagen vor, von denen nur mit ausdrücklicher Begründung abzuweichen ist (Details ► Kap. 4.2.5 Schwerbehindertenrecht).
- Die **Dienstunfallfürsorge der Beamten** ist in Deutschland föderal organisiert und kennt länderspezifische Regelungen, im Rahmen derer sie sich an den Vorgaben des sozialen Entschädigungsrechts, der gesetzlichen Unfallversicherung oder auch einer „Mischung“ beider Rechtsgebiete orientiert (35).

- Im Bereich der **Haftpflichtversicherung** finden sich keine Vorgaben, da hier der konkrete Schaden für den „Erwerb oder das Fortkommen des Verletzten“ (§ 842 BGB) zu entschädigen ist, der vom Sachverständigen individuell zu bewerten ist.

5.3.2. Grundsätze der Bewertung

„**Übliche Schmerzen**“ können Teil körperlicher Schädigungen sein (z.B. bei einer Arthrose) und sind bei der Quantifizierung in den Tabellenwerken der verschiedenen Rechtsgebiete für die damit zusammenhängenden körperlichen Funktionseinschränkungen bereits eingeschlossen.

„**Außergewöhnliche Schmerzen**“ können durch komplexe regionale Schmerzsyndrome, Phantomschmerzen nach Amputationen sowie andere neuropathische Schmerzsyndrome verursacht sein und im Einzelfall eine Höherbewertung begründen, wenn aufgrund der Schmerzsymptomatik über die nachweisbaren lokalen Funktionseinschränkungen hinausgehende körperliche und/oder psychische Beeinträchtigungen mit Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit (MdE) bzw. die Lebensumstände (GdB) bzw. die Funktionen (Invalidität) nachweisbar sind, die üblicherweise auch eine zusätzliche oder besondere ärztliche Behandlung erfordern.

Der „Zuschlag“ auf die MdE/GdS/Invalidität-Werte wird im Regelfall 10-20 %, bzgl. der Gliedertaxe 2-4/20 nicht übersteigen. Im Einzelfall kann ein solches Schmerzsyndrom in der Gesamtbewertung jedoch auch deutlich höhere MdE/GdS/Invalidität-Werte bedingen. Eine derartige Höherbewertung bedarf jeweils einer dezidierten Begründung. Im Bereich der privaten Unfallversicherung kann im begründeten Einzelfall zusätzlich eine in % zu bemessende Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (BdL) außerhalb der Gliedertaxe begründet sein.

Als Orientierungshilfe für die subsummierende Gesamtbewertung der MdE in der gesetzlichen Unfallversicherung können die Empfehlungen von Philipp (65) herangezogen werden. Wie auch in den sonstigen Empfehlungen der Leitlinie werden hier die Auswirkungen schmerzbedingter Funktionsstörungen gemäß ICF mehrdimensional bewertet:

- **körperlich-funktionelle Dimension** mit Beeinträchtigung der körperlichen Funktionen,
- **psychisch-emotionale Dimension** mit Beeinträchtigung des inneren Erlebens (z. B. durch Ängste, Zwänge, depressive Kognitionen) sowie
- **sozial-kommunikative Dimension** mit Beeinträchtigung der sozialen Interaktion, (z. B. durch Rückzugsverhalten, Gereiztheit, Misstrauen)

Die primär für die gesetzliche Unfallversicherung beschriebenen Empfehlungen können mit entsprechender Begründung ggf. auch auf andere Rechtsgebiete übertragen werden.

Tab. 5.4 Empfehlungen für die subsummierende MdE-Einschätzung in der gesetzlichen Unfallversicherung nach (65), bezogen auf die Bewertung der 3 Dimensionen körperlich-funktionelle Einschränkungen, psychisch-emotionale Beeinträchtigung und sozial-kommunikative Beeinträchtigung.

Beeinträchtigung	Erwerbsrelevanz	MdE
Leichte Beeinträchtigung		bis 20
- in einer Dimension	(Stufe 2) kaum bis leicht	0
- in zwei Dimensionen	(Stufe 3) leicht	10
- in drei Dimensionen	(Stufe 4) leicht bis mittelgradig	20
Mittelgradige Beeinträchtigung		bis 40

- in einer Dimension	(Stufe 4) leicht bis mittelgradig	20
- in zwei Dimensionen	(Stufe 5) mittelgradig	30
- in drei Dimensionen	(Stufe 6) mittelgradig bis schwer	40
Schwere Beeinträchtigung		bis 60
- in einer Dimension	(Stufe 6) mittelgradig bis schwer	40
- in zwei Dimensionen	(Stufe 7) schwer	50
- in drei Dimensionen	(Stufe 8) schwer bis vollständig	60
Vollständige Beeinträchtigung		bis 100
- in einer Dimension	(Stufe 7) schwer	50
- in zwei Dimensionen	(Stufe 8) schwer bis vollständig	60
- in drei Dimensionen	(Stufe 9) vollständig	≥ 70

6. Informationen zu dieser Leitlinie

6.1. Methodische Grundlagen

Die Methodik zur Erstellung dieser Leitlinie richtet sich nach dem AWMF – Regelwerk (Version 2.0. vom 19.11.2020).

Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>

6.2. Systematische Recherche, Auswahl und kritische Bewertung der Evidenz

Die Grundlage für die Aktualisierung der Leitlinie bildet die bestehende Leitlinie.

Es erfolgte zudem eine kritische Sichtung der aktuellen Gutachtenliteratur. **Eine systematische Recherche ist im Bereich Begutachtung nicht möglich.**

6.3. Strukturierte Konsensfindung

Die Konsensfindung erfolgte schriftlich im Delphi- Verfahren. Der Ablauf geschah auf schriftlichem Wege. **Es gab 6 Runden. Im Ergebnis wurde überwiegend ein starker Konsens bei den Empfehlungen erreicht, einmal bestand Konsens.**

6.4 Empfehlungsgraduierung und Feststellung der Konsensstärke

Bei der Festlegung der Konsensstärke wurde folgende sprachliche Graduierung genutzt:

- Ich stimme zu
- Ich lehne ab

- Ich enthalte mich
- Ich habe einen konkreten Änderungsvorschlag

Der Änderungsvorschlag wurde diskutiert und nach erneuter Runde mit Einverständnis im Rahmen des Delphi- Verfahrens eingefügt.

Die Konsensstärke wurde wie folgt eingeteilt:

Klassifikation der Konsensusstärke	
Starker Konsens	> 95% der Stimmberechtigten
Konsens	>75-95% der Stimmberechtigten
Mehrheitliche Zustimmung	>50-75% der Stimmberechtigten
Keine mehrheitliche Zustimmung	<50% der Stimmberechtigten

7. Redaktionelle Unabhängigkeit

7.1. Finanzierung der Leitlinie

Die Leitlinie wurde ausschließlich ehrenamtlich erstellt.

7.2. Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenskonflikten

Die Angaben zu den Interessen wurden mit dem AWMF – Formblatt vom 01.11.2020 erhoben. Es gibt keine relevanten Interessenskonflikte der Beteiligten. Bewertet wurden die Erklärungen von den federführenden Autoren, diese jeweils voneinander.

8. Externe Begutachtung und Verabschiedung

Die Leitlinie wurde am 31.05. in der Endversion verfasst, an die AWMF geschickt und anschließend in die öffentliche Konsultationsphase gegeben. Diese wird über 6 Wochen von ...bis realisiert. Zu den Kommentaren wird Stellung genommen und sie werden tabellarisch zusammengefasst.

9. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

Die Leitlinie ist ab ... bis zur nächsten Aktualisierung voraussichtlich bis ... gültig, d.h. die Gültigkeitsdauer beträgt 5 Jahre.

Kommentare und Hinweise für den Aktualisierungsprozess sind ausdrücklich erwünscht und können an die federführenden Autoren gesendet werden:

beate.gruner@t-online.de

marcus.schiltewolf@med.uni-heidelberg.de

10. Abkürzungsverzeichnis

ADL Activities of Daily Living

AMDP	Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie
AUB	Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften
BDI	Becks Depressionsinventar
BDL	Beeinträchtigungen der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BSG	Bundessozialgericht
CRPS	Complex Regional Pain Syndrome (Komplexes regionales Schmerzsyndrom)
DASS	Depression Angst Stress Skala
DD	Differenzialdiagnose
FFbH	Funktionsfragebogen Hannover
fMRI	functional Magnetic Resonance Imaging (funktionelle Magnetresonanztomographie)
GdB	Grad der Behinderung
GdS	Grad der Schädigungsfolgen
HADS	Hospital Anxiety Depression Scala
HPLC	Hochdruck-Flüssigkeitschromatographie
HWS	Halswirbelsäule
IASP	International Association for the Study of Pain
ICD	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning
IEF	Intraepidermale Nervenfaserdichte
IHS	International Headache Society
KOVVG	Gesetz über das Verwaltungsverfahren der Kriegsoferversorgung
LWS	Lendenwirbelsäule
MdE	Minderung der Erwerbsfähigkeit
MEP	Magnetisch evozierte Potenziale
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
NOS	Not Otherwise Specified
NRS	Numeric Rating Scale (numerische Bewertungsskala)
PDI	Pain Disability Index
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PUV	Private Unfallversicherung

SEP	Somatosensibel evozierte Potenziale
QST	Quantitative sensorische Testung
VR-12	Veterans RAND 12-Item Health Survey
VRS	Visual Rating Scale (visuelle Bewertungsskala)

11. Literatur

1. Gerbershagen U. [Organized treatment of pain. Determination of status]. *Der Internist*. 1986;27(7):459-69.
2. Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF. Grading the severity of chronic pain. *Pain*. 1992;50(2):133-49.
3. Cieza A, Stucki G, Weigl M, Kullmann L, Stoll T, Kamen L, et al. ICF Core Sets for chronic widespread pain. *Journal of rehabilitation medicine*. 2004(44 Suppl):63-8.
4. Ballantyne JC, Sullivan MD. Intensity of Chronic Pain. *The New England journal of medicine*. 2016;374(14):1395.
5. 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. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*. 2006;15(6):821-33.
6. Kouyanou K, Pither CE, Rabe-Hesketh S, Wessely S. A comparative study of iatrogenesis, medication abuse, and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. *Pain*. 1998;76(3):417-26.
7. Kouyanou K, Pither CE, Wessely S. Iatrogenic factors and chronic pain. *Psychosomatic medicine*. 1997;59(6):597-604.
8. Kouyanou K, Pither CE, Wessely S. Medication misuse, abuse and dependence in chronic pain patients. *Journal of psychosomatic research*. 1997;43(5):497-504.
9. AWMF. Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz 2017 [cited 2023 23.03.]. Available from: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-007l_S3_Kreuzschmerz_2017-03.pdf.
10. AWMF. Funktionelle Körperbeschwerden
2018 [updated 2020; cited 2023 23.03.]. Registernummer 051 - 001:[Available from: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-001.html>].
11. AWMF. Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms 17.03.2017 [updated 2017. Registernummer 145-224:[Available from: www.awmf.org/leitlinien/detail/II/145-004.html].
12. AWMF. Diagnose und nicht interventionelle Therapie neuropathischer Schmerzen 2020 [Available from: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/030-114.html>].
13. Keller F, Schairer U, Kappis B, Egle UT. Sozialmedizinische Begutachtung bei chronischen Schmerzzuständen. *Med Sach*. 2016;112:56-9.
14. AWMF. Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung 2019 [updated 31.01.2019; cited 2021 03.12.2021]. Available from: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/094-001.html>.
15. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel R, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain*. 2019;160(1):28-37.
16. Fitzcharles MA, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet (London, England)*. 2021;397(10289):2098-110.
17. Korwisi B, Barke A, Treede RD. Evidence- and consensus-based adaption of the IASP complex regional pain syndrome diagnostic criteria to the ICD-11 category of chronic primary pain: a successful cooperation of the IASP with the World Health Organization. *Pain*. 2021;162(9):2313-4.
18. Dohrenbusch R. [Symptom and complaint validation of chronic pain in social medical evaluation. Part I: Terminological and methodological approaches]. *Schmerz (Berlin, Germany)*. 2009;23(3):231-4, 6-40.

19. Dohrenbusch R. [Symptom and complaint validation of chronic pain in social medical evaluation. Part II: Analysis levels and assessment recommendations]. *Schmerz* (Berlin, Germany). 2009;23(3):241-4, 6-50.
20. Widder B. Beurteilung der Beschwerdendvalidität. In: Widder B, Gaidzik P, editors. *Neurowissenschaftliche Begutachtung*. 3. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2017. p. 103-26.
21. Merten T. [Symptom validity assessment and forensic evaluation of cognitive and mental disorders]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*. 2011;79(2):102-16.
22. Dohrenbusch R, Henningsen R, Merten T. [Assessment of malingering and dissimulation in the examination of subjects with mental and psychosomatic disorders]. *Versicherungsmedizin*. 2011;63(2):81-5.
23. Dressing H, Widder B, Foerster K. [Symptom validity tests in psychiatric assessment: a critical review]. *Versicherungsmedizin*. 2010;62(4):163-7.
24. Merten T. Beschwerdendvalidierung in der psychologischen und medizinischen Begutachten. *Praxis der Rechtspsychologie*. 2020;30(2):59-76.
25. Schiltewolf M. Muskuloskeletale Schmerzen - psychosomatische Aspekte der Begutachtung der Stütz- und Bewegungsorgane. In: Schiltewolf M, Hollo DF, Gaidzik PW, editors. *Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane*. 7 ed. Stuttgart: Thieme; 2020. p. 703-26.
26. Schiltewolf M. Befragung und Untersuchung. In: Schiltewolf M, Hollo DF, Gaidzik PW, editors. *Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane*. 7. Stuttgart: Thieme; 2020. p. 282-307.
27. Widder B. [Clinical tests for symptom validity assessment]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*. 2017;85(12):740-6.
28. de Leon J. The crucial role of the therapeutic window in understanding the clinical relevance of the poor versus the ultrarapid metabolizer phenotypes in subjects taking drugs metabolized by CYP2D6 or CYP2C19. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2007;27(3):241-5.
29. Dalén P, Dahl ML, Bernal Ruiz ML, Nordin J, Bertilsson L. 10-Hydroxylation of nortriptyline in white persons with 0, 1, 2, 3, and 13 functional CYP2D6 genes. *Clinical pharmacology and therapeutics*. 1998;63(4):444-52.
30. Egle UT, Frommberger U, Kappis B. [Expert testimony in post-traumatic stress disorder with pain as the main symptom]. *Schmerz* (Berlin, Germany). 2014;28(4):354-64.
31. Bundesamt S. Gesundheitsbericht für Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Wiesbaden: Metzler-Poeschel.; 1998.
32. Medizinprodukte BfAu. ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit 2021 [Available from: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/_node.html6].
33. Schneider S, Schmitt H, Zoller S, Schiltewolf M. Workplace stress, lifestyle and social factors as correlates of back pain: a representative study of the German working population. *International archives of occupational and environmental health*. 2005;78(4):253-69.
34. Rainville J, Pransky G, Indahl A, Mayer EK. The physician as disability advisor for patients with musculoskeletal complaints. *Spine* (Phila Pa 1976). 2005;30(22):2579-84.
35. Schiltewolf M. Synopse: Tabellarische Einschätzung von Leistungsbeeinträchtigungen in den verschiedenen Gebieten des Sozialgesetzbuches in Deutschland. In: Schiltewolf M, Hollo DF, Gaidzik P, editors. *Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane*. 7. Auflage ed. Stuttgart: Thieme; 2020. p. 25.
36. Widder B, Gaidzik P. *Neurowissenschaftliche Begutachtung: Gutachten in Neurologie und nicht-forensischer Psychiatrie*: Thieme; 2018.
37. Hausotter W, Neuhaus KJ. *Die Begutachtung für die private Berufsunfähigkeitsversicherung: Ein Leitfaden für medizinische Gutachter und Sachbearbeiter in den Leistungsabteilungen privater Versicherer*: VVW GmbH; 2019.
38. Soziales BfAu. *Versorgungsmedizin-Verordnung: VersMedV - Versorgungsmedizinische Grundsätze 2010* [Available from: <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Versorgungsmedizin/versorgungsmedizin-art.html>].
39. AWMF. *Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen 2019* [updated 15.12.2019; cited 2021 03.12.2021]. Available from: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-029.html>.
40. S1-Leitlinie Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome (CRPS) [Internet]. AWMF. 2018 [cited 16.01.2023]. Available from: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/030-116>.
41. Harden RN, Bruehl S, Stanton-Hicks M, Wilson PR. Proposed new diagnostic criteria for complex regional pain syndrome. *Pain medicine* (Malden, Mass). 2007;8(4):326-31.

42. Goebel A, Birklein F, Brunner F, Clark JD, Gierthmühlen J, Harden N, et al. The Valencia consensus-based adaptation of the IASP complex regional pain syndrome diagnostic criteria. *Pain*. 2021;162(9):2346-8.
43. Enax-Krumova E, Tegenthoff M. Diagnosesicherung bei der Begutachtung des komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS). *Med Sach*. 2017;113:222-5.
44. Wehking E. [The complex regional pain syndrome (CRPS) as differentiation from psychogenic disturbances]. *Versicherungsmedizin*. 2007;59(1):16-9.
45. Singh HP, Davis TR. The effect of short-term dependency and immobility on skin temperature and colour in the hand. *Journal of hand surgery (Edinburgh, Scotland)*. 2006;31(6):611-5.
46. Thenganatt MA, Jankovic J. Psychogenic (Functional) Movement Disorders. *Continuum (Minneapolis, Minn)*. 2019;25(4):1121-40.
47. Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Weiser S, Bachmann LM, Brunner F. The role of fear avoidance beliefs as a prognostic factor for outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. *Spine J*. 2014;14(5):816-36.e4.
48. Howard BA, Roy L, Kaye AD, Pyati S. Utility of Radionuclide Bone Scintigraphy in Complex Regional Pain Syndrome. *Curr Pain Headache Rep*. 2018;22(1):7.
49. Bean DJ, Johnson MH, Kydd RR. The outcome of complex regional pain syndrome type 1: a systematic review. *The journal of pain*. 2014;15(7):677-90.
50. Bean DJ, Johnson MH, Heiss-Dunlop W, Kydd RR. Factors Associated With Disability and Sick Leave in Early Complex Regional Pain Syndrome Type-1. *Clin J Pain*. 2016;32(2):130-8.
51. Widder B, Tegenthoff M. Begutachtung komplexer regionaler Schmerzsyndrome (CRPS). *Med Sach*. 2014;110:26-31.
52. Kern U, Altkemper B, Kohl M. Management of phantom pain with a textile, electromagnetically-acting stump liner: a randomized, double-blind, crossover study. *J Pain Symptom Manage*. 2006;32(4):352-60.
53. Foell J, Flor, H. . Phantom limb pain. In: RJ M, editor. *Handbook of Pain and Palliative Care*. New York: Springer; 2013. p. 417-30.
54. Foell J, Bekrater-Bodmann R, Diers M, Flor H. Mirror therapy for phantom limb pain: brain changes and the role of body representation. *Eur J Pain*. 2014;18(5):729-39.
55. Flor H, Denke C, Schaefer M, Grüsser S. Effect of sensory discrimination training on cortical reorganisation and phantom limb pain. *Lancet (London, England)*. 2001;357(9270):1763-4.
56. Diers M, Alimusaj, M., Flor, H. Phantomschmerz. In: Schiltenswolf M HP, editor. *Muskuloskelettale Schmerzen*. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer; 2017. p. 374-84.
57. AWMF. Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirntrauma im Erwachsenenalter 2018 [updated 2018; cited 2021 03.12.2021]. Registernummer 094 - 002:[
58. AWMF. Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS) 2020 [updated 12.10.2020. Available from: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/145-003.html>].
59. AWMF. Medikamentenbezogene Störungen 2020 [Available from: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-025.html>].
60. Schiltenswolf M. Begutachtung von muskuloskelettalen Schmerzen. In: Schiltenswolf M, Henningsen P, editors. *Muskuloskelettale Schmerzen*. 2. ed. Stuttgart: Schattauer; 2017. p. 406-18.
61. Schiltenswolf M, Wich M, Scholtysik D. Die neue MdE-Eckwertetabelle der DGUV - Wissenschaftlicher Erkenntnisstand und Umsetzungsempfehlungen. *Med Sach*. 2020;116(5):219-22.
62. Schönberger A, Mehrtens G, Valentin H. Arbeitsunfall und Berufskrankheit. In: Schönberger A, Mehrtens G, Valentin H, editors. *Arbeitsunfall und Berufskrankheit*. 9. Auflage ed. Berlin: Erich Schmidt; 2017.
63. Thomann KD, Grosser V, Schröter F. Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung: Handbuch der klinischen Begutachtung: Elsevier Health Sciences; 2019.
64. Lehmann R, Ludolph E. Die Invalidität in der privaten Unfallversicherung: Rechtsgrundlagen und ärztliche Begutachtung: VVW GmbH; 2018.
65. Philipp M. Vorschlag zur diagnoseunabhängigen Ermittlung der MdE bei unfallbedingten psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. *Med Sach*. 2015;111:255-62.

Für die Autoren (federführend)

Dr.med. Beate Gruner

Scherfgasse 1
99423 Weimar
beate.gruner@t-online.de

Prof. Dr. med. Marcus Schiltewolf
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Universitätsklinikum Heidelberg
Schlierbacher Landstraße 200a
69118 Heidelberg
marcus.schiltewolf@med.uni-heidelberg.de