

## Ergebnisse der Konsultationsphase vom 28.09. – 20.10.2017

Die Autoren der Leitlinie danken für die konstruktive Kritik. Die einzelnen Kritikpunkte wurden im Kreis der Autoren eingehend diskutiert, die im Delphi-Verfahren konsentierten Kommentare sind jeweils rot markiert. Soweit ein Änderungsbedarf gesehen wurde, wurde die Leitlinie entsprechend ergänzt.

---

### UVSD SchmerzLOS e. V.

Unabhängiger Verein aktiver Schmerzpatienten in Deutschland

Ziegelstraße 25a

23556 Lübeck

fon 0451 – 5854 4625

fax 0451 – 5854 4626

info@schmerzlos-ev.de

www.schmerzlos-ev.de

(im Folgenden wurde der Text des im PDF-Format zugesandten Schreibens übernommen)

### Kritik und Änderungsvorschläge zur „Leitlinie zur ärztlichen Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen“

AWMF-Registernummer 094 - 003

Sehr geehrte Damen und Herren,

einleitend mahnen wir an, dass bei der Erstellung bzw. Überarbeitung von Leitlinien sachkundige Patientenvertreter beteiligt werden müssen. Leider ist dies nicht geschehen. Somit bleibt zu fragen, ob die nun vorgesehene Kommentierung eine wirkliche Beteiligung ist oder nur „Kosmetik“ ohne jegliche Auswirkung sein wird.

### Zu den einzelnen Änderungsvorschlägen bzw. Kritikpunkten:

#### Leitlinienreport, S. 2:

„Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen“: Da von Seiten der gesetzlichen und privaten Versicherungsträger Vertreter beteiligt waren, wäre eine Beteiligung von Patientenvertretern aus Gründen der Parität erforderlich gewesen. Die Patienten sind diejenigen, über die ein Gutachten erstattet wird.

Hier liegt ein grundlegendes Missverständnis vor. „Vertreter“ der gesetzlichen und privaten Versicherungsträger waren bei der Leitlinienerstellung ausdrücklich nicht beteiligt. Zwar ist korrekt, dass mehrere Autoren der Leitlinie in öffentlich-rechtlichen Kliniken tätig sind, in 2 Fällen ist/war deren Träger die gesetzliche Unfall- und Rentenversicherung. Wie in anderen Krankenhäusern vertreten sie dort jedoch nicht den Krankenhausträger, sondern sind vertraglich ausschließlich für die Behandlung von Patienten verantwortlich.

Ein grundlegendes Missverständnis besteht auch hinsichtlich der Aussage, wonach Gutachten über „Patienten“ erstattet würden. Ärztliche Aufgabe bei Patienten – dem Wortsinn nach „Leidende“ – ist deren Behandlung. Im Fall von Begutachtungen handelt es sich jedoch um Antragsteller von Versicherungsleistungen, bei denen durch das Gutachten erst zu klären ist, ob ein – ggf. unfallverursachtes – Leiden vorliegt.

#### Leitlinie, S. 9:

„Abb. 2.1 Einteilung chronischer Schmerzen aus gutachtlicher Sicht“

Schmerz als bio-psycho-soziales Geschehen wird nicht adäquat abgebildet, die soziale Komponente fehlt.

Es ist die Hauptaufgabe von Begutachtungen, die soziale Komponente – inwieweit für ein geltend gemachtes Schmerzsyndrom finanzielle Leistungen entsprechend der Bedingungen des jeweils betroffenen Rechtsgebiets gerechtfertigt und erforderlich sind – zu klären. Daher kommt dieser Frage im gutachtlichen Kontext erst sekundär Bedeutung zu, wenn die Ursache und der Umfang der schmerzbedingten Funktionsstörungen gesichert sind.

#### **Leitlinie, S. 15:**

„Hinweise für belangvolle Funktionsbeeinträchtigungen bei chronischen Schmerzstörungen“:  
 „Für belangvolle Funktionsbeeinträchtigungen sprechen ... Vernachlässigung der Körperpflege und des äußeren Erscheinungsbildes“

Gerade Frauen versuchen oft, bei der Wahrnehmung von Terminen sich „zurechtzumachen“ und fallen daher eher durch ein gepflegtes Äußeres auf. Erfahrungsgemäß entspricht dies aber oft nicht ihrem Grad der Funktionsbeeinträchtigungen.

Wir bedanken uns für diesen Hinweis, der auch den gutachterlichen Erfahrungen entspricht, wonach auch ein „übergepflegtes“ Äußeres Ausdruck eines Leidens sein kann. Wir haben daher den Leitlinientext relativiert: „Für belangvolle Funktionsbeeinträchtigungen **können** ... sprechen“.

#### **Leitlinie, S. 16:**

3.2.4 Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit

„2. Inwieweit besteht eine willentliche Steuerbarkeit der geklagten Beschwerden?“

Oft ist es den betroffenen Schmerzpatienten nicht bewusst, dass sie die geklagten Beschwerden bewusst oder bewusstseinsnah zur Durchsetzung eigener Wünsche gegenüber Dritten einsetzen. Dies ist gerade ein Teil der Erkrankung „Chronische Schmerzkrankheit“.

Dem vermögen wir nicht zuzustimmen. Zwar kennen wir als Gutachter sehr gut das Phänomen, dass seelische Konflikte **unbewusst** durch Schmerzen ausgedrückt werden, dem dann auch Krankheitswert im Sinne des von Ihnen angesprochenen „bio-psycho-sozialen Geschehens“ zukommt. Davon klar abzugrenzen sind jedoch Simulation und Aggravation, demnach die bewusste Vortäuschung bzw. die überhöhte Darstellung von Beschwerden zur Erlangung von Versicherungsleistungen.

#### **Leitlinie, S. 19:**

3.2.5 Einschätzung im Schwerbehindertenrecht

Primär durch eine körperliche Schädigung bedingte Schmerzen: „Übliche Schmerzen und seelische Begleiterscheinungen sind in den für die Erkrankung genannten GdB-Werten bereits eingeschlossen und berücksichtigen auch „erfahrungsgemäß besonders schmerzhaft Zustände“

Diese Aussage ist unzutreffend, da die Teilhabebeeinträchtigung nicht adäquat berücksichtigt wird, auch im Vergleich zu anderen Behinderungen, z. B. „Einschnitte in der Lebensführung“ und „Therapieaufwand“ werden bei Diabetes-Erkrankten in der Versorgungsmedizin-Verordnung berücksichtigt (B. 15.1. Versorgungsmedizin Verordnung von 2015).

Als Gutachter sind wir an gesetzliche Vorgaben gebunden, wie sie für Schmerzen in den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (A 2 j) niedergelegt sind. Letztlich analog zu den von Ihnen zitierten Diabetes-Erkrankten sieht die Versorgungsmedizin-Verordnung eine Höherbewertung bei „über das übliche Maß“ hinausgehenden Schmerzen vor, wenn diese „nachgewiesen“ sind und eine „ärztliche Behandlung erfordern“. Dies ist entsprechend auch auf Seite 19 der Leitlinie beschrieben.

Darüber hinaus wird unter A 2 i ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bei der Beurteilung von Schmerzen seelische Begleiterscheinungen zu berücksichtigen sind. Damit erlangen Menschen mit chronischen Schmerzen im Vergleich zu anderen Krankheitsbildern eine besondere Berücksichtigung entsprechend des bereits genannten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells.

**Leitlinie, S. 19:**

Fußnote 24: „Z.B. dauerhafte Einnahme potenter Schmerzmittel oder engmaschige Psychotherapie“

Es fehlt eine Konkretisierung: Was sind potente Schmerzmittel? Nur Opiode?

Einerseits ist von engmaschiger Psychotherapie die Rede, andererseits von „spezieller ärztlicher Behandlung“. Eine Konkretisierung fehlt, ob auch eine Behandlung durch nichtärztliche psychologische Psychotherapeuten hierunter zu sehen ist.

Sie haben Recht, dass die Aussage bzgl. „potenter Schmerzmittel“ zu vage ist. Im Analogschluss zu der von Ihnen genannten Neufassung in B 15.1 bei Diabetes-Erkrankten werden wir die Fußnote ändern in „z.B. dauerhafte Einnahme von Schmerzmitteln, **die aufgrund nachweisbarer Nebenwirkungen die Lebensführung beeinträchtigen**, oder engmaschige Psychotherapie“.

Was die Psychotherapie angeht, findet sich in den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (A 2 i) die Aussage „eine spezielle ärztliche Behandlung dieser Störungen – z.B. eine Psychotherapie“. Wir vermögen dies nur so zu verstehen, als dass damit eine ärztliche bzw. zumindest ärztlich verordnete Psychotherapie gemeint ist. Eine weitere Präzisierung ist uns aufgrund der rechtlichen Bindung an diese Vorgabe nicht möglich. Dies zu klären wäre ggf. Aufgabe des Sachverständigenbeirats beim BMAS.

**Leitlinie, S. 19:**

„Hierbei sind jeweils Vergleiche mit anderen Behinderungen anzustellen, für die feste GdB-Werte genannt werden.“

Dies ist nicht in vollem Umfang zutreffend, da die Teilhabebeeinträchtigungen von chronischen Schmerzen nicht adäquat wie bei anderen Erkrankungen, z. B. bei Suchterkrankungen, eingeschätzt werden.

Auch dies ist ggf. Aufgabe des Sachverständigenbeirats. Derzeit maßgeblich ist A 3 b) der Versorgungsmedizinischen Grundsätze.

**Leitlinie, S. 22:**

## 4.2.1 Bedeutung unterschiedlicher Schmerzursachen

„Durch eine Gewebeschädigung bedingter Schmerz mit Verstärkung durch psychische Komorbidität: Werden nach einem Schädigungsereignis zum nachweislichen Körperschaden nicht kongruente Schmerzen geklagt, ist die Einbeziehung des psychiatrisch/psychosomatischen Fachgebietes zur Klärung erforderlich...“

Hier sollte die Formulierung aus unserer Sicht lauten: „**zwingend** erforderlich“, da viele Schmerzpatienten Erfahrungen schilderten, nach denen kein Arzt für Psychotherapie bzw. Psychosomatik eingeschaltet wurde.

Medizinische Leitlinien beinhalten stets nur Empfehlungen und können daher keine zwingenden Handlungsvorgaben machen. Dies ist vom Gesetzgeber erlassenen Gesetzen und Verordnungen vorbehalten.

Mit freundlichen Grüßen  
Heike Norda  
Vorsitzende

---

Stabsstelle UV-Recht  
Berufsgenossenschaft Holz und Metall  
Werner-Bock-Straße 38-40  
33602 Bielefeld  
Telefon: 0521 52090-16357  
Fax: 0521 52090-26357  
[www.bghm.de](http://www.bghm.de)

Eine rechtliche Aussage im Entwurf erscheint mir korrekturbedürftig.

Der Leitlinienentwurf rückt die gutachterliche Überzeugungsbildung in den Vordergrund. Dies erscheint mir nicht ideal, aber auch kein Grund zur Beanstandung. Die Formulierung auf S. 16, 3.2.4, unter 1. geht mir aber zu weit. Hier wird der „Vollbeweis“ übersetzt in „zur vollen Überzeugung im Sinne einer subjektiven Gewissheit des Gutachters“.

Beweisgrade oder Beweismaße wie der Vollbeweis beziehen sich ausschließlich auf die richterliche (oder behördliche) Überzeugungsbildung, niemals auf die gutachterliche. Die persönlichen Überzeugungen oder die „subjektive Gewissheit des Gutachters“ sind (rechtlich) irrelevant. Nach § 286 Abs. 1 S. 1 ZPO hat das Gericht im Rahmen seiner freien Beweiswürdigung zu entscheiden, „ob eine tatsächliche Behauptung für wahr oder für nicht wahr zu erachten“ sei. Die Kommentierung zu § 286 ZPO (z.B. Musielak/Voit-Foerste, ZPO, Rd-Nr. 17; Thomas/Putzo, Rd-Nr. 2) nennt eine Behauptung bewiesen, wenn das Gericht von ihrer Wahrheit überzeugt ist.

Um eine tatsächliche Behauptung zu beweisen, bedient sich das Gericht (oder die Behörde) eines Beweismittels. Medizinische Gutachten sind genauso Beweismittel wie etwa Zeugenaussagen oder Urkunden. Nach § 402 ZPO gelten für den Beweis durch Sachverständige die Vorschriften über den Beweis durch Zeugen entsprechend. Ein medizinisches Sachverständigengutachten soll genauso wie eine Zeugenaussage den Beweis dafür erbringen, dass eine tatsächliche Behauptung wahr ist, soll den Richter also von der Wahrheit (oder Unwahrheit) dieser tatsächlichen Behauptung überzeugen. Bei der „Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit“ geht es darum, den Richter von der Wahrheit der tatsächlichen Behauptung zu überzeugen, die berufliche Leistungsfähigkeit des Probanden sei in bestimmten Ausmaß eingeschränkt. Entscheidend dafür sind die tatsächlichen Feststellungen der Sachverständigen, die Überzeugungskraft ihrer Argumentation und deren Einfluss auf die Überzeugungsbildung des Gerichts, allenfalls zusätzlich die subjektive Überzeugung des Sachverständigen.

Ein Beweisgrad wie der Vollbeweis ist daher für Sachverständige nur mittelbar bedeutsam. Er gibt Auskunft über die Maßstäbe, die Gericht oder Verwaltung an Gutachten anlegen. Die Beweiswürdigung selbst, also die Gewinnung der freien Überzeugung, ist immer Aufgabe des Gerichts (oder der Verwaltung). Es hat nicht viel Sinn, wenn Sachverständige sich dazu erklären, was sie für „gewiss“ halten, wovon sie subjektiv überzeugt sind. Denn darauf kommt es nicht an. Viel wichtiger sind die Fakten (Befunde), die (medizinischen) Begründungen, die über die (medizinische) Bedeutung bestimmter Tatsachen für die jeweilige Fragestellung Auskunft geben und die Argumente dafür, warum dem einen Faktum mehr Gewicht beigemessen wird als einem anderen.

Die Aussage eines Sachverständigen, er sei vom Vorliegen einer Leistungsbeeinträchtigung überzeugt, wird allein kaum reichen, um den Vollbeweis zu erfüllen. Denn die freie Überzeugung des Gerichts hängt nicht ausschließlich am Ergebnis des Sachverständigengutachtens, sondern am „gesamten Inhalt der Verhandlungen und etwaiger Beweisaufnahmen“ (§ 286 Abs. 1 S. 1 ZPO). Auch wenn z.B. der Sachverständige eine subjektive Gewissheit von Leis-

tungseinschränkungen nicht erzielen konnte, kann das Gericht nach seiner freien Überzeugung das Beweismaß der Gewissheit als erreicht ansehen auf Grund einer „glaubhaften“ Aussage der Ehefrau des Probanden oder der Expertise anderer Ärzte.

Dies gilt nicht nur für das Zivilrecht oder die ZPO, sondern im Sozialrecht gleichermaßen. Auch § 128 SGG bekennt sich zum Grundsatz der „freien Beweiswürdigung“, fasst ihn nur kürzer. Inhaltliche Unterschiede gibt es nicht (sh. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer-Keller, § 128 SGG, Rd-Nr. 1 ff.). So heißt es dort in Rd-Nr. 3b ähnlich wie in den ZPO-Kommentaren: „Das Gericht muss sich grundsätzlich die volle Überzeugung vom Vorliegen oder nicht Vorliegen der Tatsachen verschaffen.“

Ich halte deshalb eine Korrektur der zitierten Passage unter 3.2.4 für sinnvoll. Um möglichst wenig in den Text einzugreifen, bietet es sich an, den Einschub „zur vollen Überzeugung im Sinne einer subjektiven Gewissheit des Gutachters (sog. „Vollbeweis“)" schlicht zu streichen. Auch unter 2. sollte im ersten Satz „zur Überzeugung des Gutachters“ gestrichen werden.

Im Übrigen gefällt mir die Neufassung der Leitlinie ausgezeichnet. Ich hoffe, meine Überlegungen sind Ihnen (oder den Autoren der Leitlinie) eine Hilfe.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr Martin Forchert

Sie sprechen damit ein Grundproblem für den Gutachter an. Einerseits sind wir uns im Klaren darüber, dass wir nur „Hilfsmittel“ für die Überzeugungsbildung des Richters sind und ihm die medizinischen Grundlagen liefern sollen. Andererseits werden wir z.B. bei Zustandsgutachten zur beruflichen Leistungsfähigkeit stets konkret gefragt, ob der Betreffende denn nun noch 6 Stunden und mehr täglich arbeiten kann. Dann dürften wir diese Frage eigentlich nicht mehr beantworten. Nach problematischer wird es, wenn wir bei Zusammenhangsgutachten gefragt werden, ob die nachweisbaren Gesundheitsstörungen denn nun „wesentlich“ auf den Unfall zurückführen sind, was regelmäßig selbst bei Landessozialgerichten der Fall ist.

Wir haben daher folgende Präzisierung im Leitlinientext vorgenommen: „Hier hat der Sachverständige Stellung dazu zu nehmen, ob und aufgrund welcher Fakten er **selbst** anhand der Zusammenschau von Exploration, Untersuchung, Verhaltensbeobachtung und Aktenlage **davon überzeugt ist**, dass die anamnestisch erfassten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit in dem beschriebenen Umfang bestehen **und dies in geeigneter Form in seinem Gutachten zu begründen**, um so zur Grundlage der letztlich maßgeblichen richterlichen Überzeugungsbildung werden zu können. Dies erfordert regelmäßig eine eingehende Konsistenzprüfung bzw. Beschwerdenuvalidierung (s. Kap. 5).“

**Prof. Dr. Frank Birklein**

Leiter der Sektion Periphere Neurologie und Schmerz  
 Klinik und Poliklinik für Neurologie  
 Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
 Langenbeckstraße 1  
 55131 Mainz

**Anmerkung zur Leitlinie**  
**Kapitel 4.2.2, CRPS**

In der Präambel zu diesem Kapitel sollte festgehalten sein, dass die Diagnosekriterien dazu gedacht waren, ein CRPS reliabel und frühzeitig zu diagnostizieren und so rechtzeitig einer Therapie zuzuführen. Die Diagnose nach den „Wissenschaftskriterien“ würde nur den subjektiven Bericht aus den 4 Symptomkategorien fordern sowie das Vorhandensein von 2 Zeichen (z.B. Hyperalgesie in irgendeiner Form und Schwäche bei der Benutzung). Das ist, wie Sie richtig sagen, nicht ausreichend. Punkt 4 wird zu oft übersehen und dass „somatoforme Schmerzstörungen“ eine Alternativdiagnose sind, ist in der Therapiewelt nicht angekommen.

Weil weder die Diagnose noch die Therapie in der Gutachtensituation eine Rolle spielen, sind die Diagnosekriterien des CRPS hier nicht 1:1 anwendbar. Die Erfüllung der Kriterien muss aus der Vorgeschichte (Aufzeichnung) ersichtlich sein. In der Gutachtensituation sind dann die „Restsymptome“ festzustellen, die für die gutachtliche Einschätzung entscheidend sind. Es ist mitnichten so, dass ein einmal diagnostiziertes CRPS unweigerlich zu einer dauerhaften Behinderung führen muss. Viele (aber eben nicht alle) CRPS heilen mit zwar bestehenden Restbeschwerden (z.B. Schmerz bei Belastung, nicht volle Kraftentfaltung (keine Paresen)), aber einer eher geringeren Resteinschränkung auch aus (Bean et al Pain 2014).

Für die gutachtliche Einschätzung zählen einzig die Symptome, die auch eine Funktionseinschränkung bedingen. Dies sind Schmerz und Funktionsverlust. Beides muss „objektiv“ erfasst werden. Für den Schmerz inklusive Allodynie eignen sich die in dieser Leitlinie allgemein verwendeten Kriterien (Auswirkungen auf den Alltag, Verlust von Aktivitäten des täglichen Lebens, Medikamenteneinnahme, Versuch der Überwindung der Beschwerden), für den Funktionsverlust Kontrakturen oder durch Nichtgebrauch bedingte Muskelhypotrophien.

Die vegetativen Symptome (Hautfarbe, Temperatur, Schwitzen, Haarwachstum, Ödem, aber auch die Anreicherungen im Skelettszintigramm) verschwinden oft im Verlauf der Erkrankung und sind z.B. nach 3 Jahren oft nicht mehr sichtbar, und sie bedingen per se keine Funktionsbeeinträchtigung („Hautfarbenveränderung tut nicht weh“). Auch die reine Angabe von Schmerz / Allodynie / demonstrierter Kraftlosigkeit oder Nicht -Bewegen ohne Kontrakturen / Dystonie ist nicht ausreichend, ein persistierendes CRPS in der Gutachtensituation anzunehmen.

Vielleicht wollen Sie über diese Anregung, die „Budapest“-Diagnosekriterien CRPS für die Gutachtensituation ganz zu verlassen, intern diskutieren. Die Tatsache, dass sich viele CRPS Fälle zurückbilden (wenn auch oft nicht mit Rückkehr in den erlernten Beruf) bietet eine gute Gelegenheit dazu.

**Wir nehmen die Anregung gerne auf, wonach die „Budapest-Kriterien“ für Zwecke der Begutachtung aufgrund ihres subjektiv geprägten Charakters nicht geeignet sind und den Text nochmals entsprechend präzisieren.**