

Sozialgerichtliche Verfahren zur Erlangung einer Pension aus geminderter Arbeitsfähigkeit

Die Begutachtung des chronischen Rückenschmerzes

Der chronische Schmerz hat die sinnvolle biologische Warnfunktion verloren. Psychologische und soziale Faktoren treten in den Vordergrund. Chronischer Schmerz (definitionsgemäß mehr als 6 Monate Dauer) kann aus einem organisch bedingten Schmerz hervorgehen, aber auch ohne identifizierbare somatische Ursache als psychogenes Schmerzerleben auftreten und persistieren. Der/die ärztliche Sachverständige ist häufig mit Schmerzen konfrontiert, für die sich kein oder kein adäquates organisches Substrat findet. Für den Sachverständigen/die Sachverständige gilt nicht, dass Schmerz vorhanden sein muss, wo Schmerz behauptet wird.

Chronische Rückenschmerzen stellen eine Spektrumstörung von fassbarer Morphologie bis zu rein psychogener Ursachen dar. Sie sind Folgen von radikulären, arthrotischen und anderen Beschwerden auf Basis meist degenerativer Veränderungen der Wirbelsäule bis hin zur Externalisierung neurotischer Konflikte oder reiner Begehrenshaltung.

Die Folgen chronischer Rückenschmerzen belasten Gesundheits- und Pensionssysteme in den Industrienationen und stellen eine außerordentliche Herausforderung bei Behandlung und Begutachtung dar.

60 % aller Anträge zur Gewährung einer Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension werden wegen degenerativer Wirbelsäulenerkrankungen gestellt. Dabei stehen Schmerzen als subjektives Beschwerdevorbringen weit vor Bewegungseinschränkungen und Paresen.

Rückenschmerzen betreffen alle Regionen des Achsenskeletts, sind zumeist unspezifisch auf unterschiedliche morphologische Veränderungen zurückzuführen und in hohem Maße chronifiziert (**Tab. 1**).

Anatomisch lässt sich der Rücken nach oben durch die Linea nuchae suprema abgrenzen, nach unten durch die Darmbeinkämme und Konturen des Kreuz- und Steißbeins von der Gesäßregion, seitlich strenggenommen durch die Grenzlinie zwischen den Versorgungsästen der dorsalen und ventralen Spinalnerven. Demnach ist nach Nackenschmerzen (36 %), Rückenschmerzen (2 %) und Kreuzschmerzen (62 %) zu unterscheiden.

Ursachen für chronische Rückenschmerzen

Ursachen für Rückenschmerzen können vertebragen durch Osteochondrose, Spondylose, Spondyloarthrose, Bandscheibenvorwölbungen bzw. -vorfällen, Neuroforamen-einengungen und Instabilität der Wirbelsäule, myogen durch Verspannung oder viszerogen bedingt sein, weiters somatoform bzw. funktionell durch eine somatoforme Schmerzstörung, Depression mit Somatisierung, Schmerzpersönlichkeit oder als Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (u. a. auch in Folge einer Rentenneurose).

ICD-10-konforme, fassbare belastungsabhängige und/oder affektive psychische Störungen finden sich nahezu regelmäßig bei chronischen RückenschmerzpatientInnen. Nach eigenen Beobachtungen und Studienlage bestehen komorbid bis zu drei diagnostizierbare psychische Störungen (**Tab. 2**).

An dieser Stelle sei vermerkt, dass der/die neurologische Sachverständige über Kenntnisse der modernen Bildgebung wie spinaler MRT verfügen muss, schon alleine um sich mit radiologisch abgeleiteten Diagnosen auseinanderzusetzen und für die RechtsanwenderInnen die klinischen Folgerungen der rein radiologischen Diagnosen in Korrelation setzen zu können. So finden sich in der MRT Bandscheibenvorfälle bei bis zu 50 % der beschwerdefreien Probanden.

Die Osteochondrose ist eine Verschleißerkrankung der Wirbelsäule. Betroffen sind der



MR Dr. Wolfgang Soukop
Institut für forensische
Neuropsychiatrie
npz Belvedere,
Wien

Knochen der Wirbelkörper und der Knorpel der Bandscheiben. Die Bandscheiben verändern ihre Elastizität und Form. Die damit einhergehende Höhenminderung der Zwischenwirbelräume führt zu Spondylarthrose und es bilden sich Spondylophyten. Die Protrusion ist bedingt durch Elastizitätsverlust des Faserknorpels, Schwäche der Längsbänder; der Prolaps ist der Durchtritt von Bandscheibenmaterial durch Ligamenta, kann ascendierend, descendierend, intraforaminell auftreten und bedingt eine raumfordernde Kompression neuraler Strukturen. Wirbelgleiten entsteht infolge einer Gefügelockerung (Spondylolyse).

Diese Veränderungen finden sich altersabhängig und intraindividuell ausgeprägt und müssen nur durch ihren radiologischen Nachweis noch nicht zu Beschwerden führen.

Bei Probanden mit chronischem Rückenschmerz finden sich in der Vorgeschichte vermehrt wirbelsäulenchirurgische Eingriffe, wie zumeist mikrochirurgische Entfernung eines Bandscheibenvorfalles (Diskektomie), aber auch Fusionsoperationen. Mit der Zahl weiterer Eingriffe (Rezidivprolaps, Versteifung)

steigt die Wahrscheinlichkeit einer Invalidität signifikant (Tab. 3).

Das Failed Back Surgery Syndrom oder Postlaminektomiesyndrom, besser Postdissektomiesyndrom, lässt unterschiedliche morphologische bis psychogene Auslegungen offen. Es ist ein häufiges, kontrovers diskutiertes Problem und findet sich bei 20 % aller Bandscheibenoperierten, häufig verbunden mit Pensionsanträgen. Es hat unterschiedliche Ursachen (morphologisch bis psychogen), wobei ein Rezidivprolaps ausgeschlossen sein muss. Konzeptionell besteht eine teilweise Überschneidung mit anderen „modernen“, somatoformen Syndromen.

Der Begriff des Postlaminektomiesyndroms sollte in der gutachterlichen Situation auf unbefriedigende Zustände nach wirbelsäulenchirurgischen Eingriffen mit morphologischen Ursachen (Instabilität, Fibrose, Facettgelenksveränderungen) samt pseudoradikulären Beschwerden beschränkt verwendet werden, ausgenommen es besteht ein klinisch relevanter Rezidivprolaps mit entsprechender Klinik, Vergleichbares gilt für das Postfusionssyndrom.

Nach Krämer lässt sich das Postdissektomiesyndrom nach klinischen und morphologischen Kriterien in Stadien einteilen. Für den Gutachter stellt dies eine mögliche Orientierungs- bzw. Argumentationshilfe dar (Tab. 4).

Bei eindeutig psychogener Komorbidität

sind psychische Störungen wie Entwicklung körperlicher Beschwerden aus psychischen Gründen (F68.0, ICD-10), Depression mit Somatisierung (F32, ICD-10) oder somatoforme Schmerzstörung (F45.4, ICD-10) gesondert zu diagnostizieren und entsprechend der Kriterien des Krankheitswerts einer psychogenen Störung zu beurteilen.

Ursachen der Chronifizierung sind sowohl probandenseitig wie iatrogen zu finden. Iatrogene Faktoren sind Schonung als therapeutisches Prinzip, unangemessen langer Krankenstand, Vermeidung körperlicher Belastung, unangemessen ausführliche diagnostische Maßnahmen, frustrane Schmerztherapie in Schmerzambulanzen, verfrühte oder nicht indizierte Bandscheibenoperation.

Tab. 1: Allgemeine Charakteristika von Rückenschmerzen

- zu 80 % unspezifisch
- multifaktorielle Ursachen, entgegen dem Glauben an die Bandscheibe
- Chronifizierung bereits bei 15-Jährigen bis zu 20 % (> 6 Wochen)
- 60–90 % aller Erwachsenen als Risikogruppe
- hohe Komorbidität mit psychischen Störungen
- keine strenge Korrelation mit Befunden
- wenig oder keine Hilfsbefunde zur Schmerzobjektivierung

Tab. 2: Häufige Komorbiditäten bei chronischen Rückenschmerzen

- Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1, ICD-10)
- Somatoforme Schmerzstörung (F45.4, ICD-10)
- Angststörung (F41.0–3, ICD-10)
- Dysthymie (F34.1, ICD-10)
- Depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32, ICD-10)

Tab. 3: Einteilung der Rückenschmerzen nach Pariser Task Force

1. Rückenschmerz ohne Ausstrahlung
2. Rückenschmerz mit Ausstrahlung in die proximale Extremität
3. Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in die distale Extremität
4. Schmerzen mit Ausstrahlung in die obere/untere Extremität und neurologische Ausfälle
5. susp. Wurzelkompression aufgrund von Anamnese, Untersuchung und Nativ-Röntgen
6. Bestätigung einer Wurzelkompression durch neurologische und bildgebende Diagnostik
7. Spinale Stenose
8. Postoperativer Status 1–6 Monate nach dem Eingriff
9. Postoperativer Status > 6 Monate nach dem operativen Eingriff
10. Chronisches Schmerzsyndrom

Probandenseitige Faktoren sind Kausalitätsdenken wie Glaube an die Bandscheibe, Glaube an das Trauma, Schonung als therapeutisches Prinzip, soziale Unsicherheit, Schmerzpersönlichkeit („pain-prone personality“) und Varianten, Komorbidität mit einer anderen psychischen Störung (affektive Störungen, PTSD) sowie operante Konditionierung: Durch Klagen über Schmerzen kann Angenehmes und Wünschenswertes erreicht (Belohnungslernen) und unangenehme Situationen können vermieden werden (Vermeidungslernen).

Pensionsansprüche, Vermeidung unangenehmer Arbeitsbedingungen (Arbeit als Kranksein empfunden) sowie sozialer Situationen, denen man sich nicht gewachsen fühlt, gehören zu den wirksamsten Verstärkern für

das Beibehalten der Krankenrolle und des Schmerzverhaltens.

Die Schmerzpersönlichkeit („pain-prone personality“) hat wesentliche gutachterliche Bedeutung. Schlechte Kindheit, frühe Gewalterfahrung sowie elterlicher Alkoholmissbrauch führen zu einer Störung der eigenen Körperwahrnehmung. Schmerz wird Mittel zur Durchsetzung eigener Wünsche. Später können Konflikte oder Lebenskrisen zur Entwicklung einer Schmerzkrankheit beitragen.

Unabhängig davon bestehen normpsychologische reaktionsdifferentere Persönlichkeitsvarianten im Bezug auf Schmerzbewältigung. Nach Hasenring können folgende Typen unterschieden werden:

Tab. 4: Stadien des Postdiskektomiesyndroms nach Krämer

- **Grad I:** leichte Verwachsungen, keine radikulären Ausfälle, gelegentliche Schmerzen
- **Grad II:** ausgedehnte Verwachsungen im Wirbelkanal, Lasègue positiv, regelmäßig Analgetika
- **Grad III:** mehrere vorangegangene Operationen, starke Dauerschmerzen, positiver Lasègue unter 30 Grad, ständige Medikamenteneinnahme

Tab. 5: Anamnese und Befunderhebung

- Allgemeine Anamnese
- Erwerbsbiografie
- Psychiatrische Anamnese
- Schmerzanamnese
- Einsicht in Vorbefunde (OP-Berichte, Bildgebung u. a.)
- Neurologische Untersuchung inklusive Wirbelsäule
- Psychischer Befund – Feststellung psychischer Komorbiditäten
- Beobachtung körperlicher Belastbarkeit im Untersuchungsverlauf
- Ggf. weiterführende Hilfsbefunde

Schmerzanamnese investigatorisch-konfrontativ erheben:

- Intensität
- Qualität (dumpf, brennend, stechend, elektrisierend)
- zeitlicher Verlauf
- Lokalisation
- Besserung durch Bewegung, Ablenkung
- Bisherige Behandlungen
- Beeinträchtigungen im Alltag (Teilhabe)

Tab. 6: Kriterien für die Begutachtung

Kriterien ersten Ranges

- Glaubhaftigkeit der Beschwerden in Übereinstimmung mit Befund und Beobachtung
- Indizien für Aggravation und Simulation
- Konfrontative Provokationstests
- Beeinträchtigung im familiären und sozialen Umfeld

Kriterien zweiten Ranges

- Selbsteinschätzungsfragebögen
- Schmerzskalen
- psychologische Tests

objektiv ungünstige Faktoren

- multilokuläre Bandscheibenschäden samt Begleitphänomenen, Bewegungseinschränkung mehrerer Segmente
- Segmentinstabilität
- Postdiskektomiesyndrom, Postfusionssyndrom
- lange Schmerzdauer
- komorbide psychische Störungen
- lange Arbeitslosigkeit

- fröhlicher Durchhalter: positive Stimmungslage trotz starker Schmerzen, höchste Werte in den Durchhaltestrategien;
- depressiver Vermeider: erhöhtes ängstlich-depressives Schmerzerleben, katastrophieren, vermeiden sozialer und körperlicher Aktivitäten;
- depressiver Durchhalter: erhöhtes ängstlich-depressives Schmerzerleben, Durchhaltestrategien und Vermeidungsverhalten können im Wechsel mit häufigen Komorbiditäten und mit anderen psychischen Störungen auftreten.

Die Typologie der Bewältigung ist ein prognostischer Faktor zur Erfassung von Probanden mit erhöhten psychosozialen Risikofaktoren, beurteilt nach emotionalen, kognitiven und behavioralen Schmerzcharakteristika.

Empfehlungen betreffend die Begutachtung des chronischen Rückenschmerzes

In der Regel stellt die Beurteilung von neurologischen Syndromen infolge von Wurzelläsionen oder einer Vertebrostenose für den erfahrenen Sachverständigen/die erfahrene Sachverständige keinerlei Schwierigkeit dar und führt zu zeitlich begrenzten oder dauernden Funktionsminderungen, die in das so genannte Leistungskalkül umgesetzt werden können. Anders stellt sich die Situation bei chronischen Schmerzen dar, insbesondere wenn wenig oder gar kein Korrelat zu morphologischen Veränderungen besteht.

Insgesamt gilt, dass sowohl körperliche Funktionseinschränkungen als auch die Dysfunktionalität des gesamten Menschen zu beurteilen sind. Dem/der Sachverständigen stehen dafür vor allem die ausführliche Anamnese, neurologische Untersuchung, psychiatrische Exploration und Würdigung von Hilfsbefunden wie vor allem die Bildgebung zur Verfügung.

Eine Messbarkeit von Schmerzen ist nicht möglich, daher steht die Plausibilitätsfrage im Vordergrund. Mehrdimensionale Diagnosen (Morphologie, Funktion) sollten anstelle

von Hilfskonstrukten wie „Zervikalsyndrom“ verwendet werden (Tab. 5).

Bewertung von Schmerzen: Selbstbeurteilungsbögen sind für die Begutachtung nur bedingt verwertbar, besser sind diagnostische Fragebögen (Neuropathic Pain Diagnostic Questionnaire DN4, FSS, FKV, FABQ, Kieler Schmerzinventar [KSI]). In der Zukunft wird die quantitative sensorische Testung (QST) von zunehmendem Interesse sein.

Für die Bewertung von Schmerzen gibt es keine praxisrelevanten neurophysiologischen oder bildgebenden Methoden. Somit bleibt es bei der Erfassung von Indizien zu einem Indizienbeweis unter Anwendung des Vergleichbarkeitsprinzips.

Neue neurophysiologische und bildgebende Techniken in der Schmerzforschung sind „laser-evoked potentials“ (LEP) und in der zerebralen Bildgebung fMRT bei chronischen Schmerzen. Die künftige Wertigkeit der strukturellen MRT (diffusion tensor MRT/DTI) für spondylogene Schmerzen ist für die gutachtliche Situation offen.

Schmerzen stehen als subjektives Beschwerdevorbringen weit vor Bewegungseinschränkungen und Paresen. Schmerzen sollten gutachtlich nicht losgelöst von objektiven klinischen Befunden und Hilfsbefunden bewertet werden: Es gelten die gleichen Empfehlungen wie bei psychogenen Störungen. Daher ist bei Diskrepanz zwischen objektiven Befunden und Schmerzintensität- und/oder -dauer vorrangig auf psychosoziale und andere, auch iatrogene Faktoren der Chronifizierung zu achten.

Soziale Isolation und Schmerz verstärken den Wunsch nach Geld. Geld vermindert Schmerzen und das Empfinden sozialer Isolation, Geldverlust führt zur Verminderung des Erlebens eigener Stärke.

Empfohlenes Vorgehen: Vom Autor wird ein Vorgehen in der Beurteilung anhand folgender Kriterien empfohlen:

- natürliche Kausalität von Schmerzen in Bezug auf einen Organbefund und daraus ableitbare funktionelle Behinderungen
- Persönlichkeit und Affekt

- psychosozialer Hintergrund (Krankheitsgewinn)

Die RichterInnen im sozialgerichtlichen Verfahren erwarten sich von ärztlichen Sachverständigen vorrangig das so genannte Leistungskalkül, d. h. welche körperlichen Tätigkeiten sind dem/der KlägerIn noch möglich:

- Zu unterscheiden ist zwischen leichten, mittelschweren und schweren körperlichen Arbeiten. Unter leichten Tätigkeiten versteht man in der Regel Hebeleistungen bis 10 kg, Trageleistungen bis 5 kg, unter mittelschweren Tätigkeiten Hebeleistungen bis 25 kg und Trageleistungen bis 15 kg und unter schweren Arbeiten Trageleistungen von mehr als 25 kg, Hebeleistungen bis zu 50 kg. Können diese Arbeiten fallweise (33 %), überwiegend (50 %), vorwiegend (66 %) oder durchgehend ausgeführt werden?
- Gibt es Einschränkungen hinsichtlich der Körperhaltung, insbesondere Zwangshaltungen, wenn ja in welcher Häufigkeit? Können Arbeiten an höhenexponierten Stellen, bei Nässe und Hitze durchgeführt werden?
- Ist eine Besserungsfähigkeit durch Behandlung möglich? Welcher Behandlung bedarf der/die KlägerIn? Sind Krankenstände mit einer entsprechend hohen Wahrscheinlichkeit prognostizierbar, wenn ja in welcher Dauer? Sind die Anmarschwege zur Arbeit zumutbar?

Der/die nervenärztliche Sachverständige hat in der Regel auch zum psychischen Anforderungsprofil Stellung zu nehmen. Gerade bei chronischen SchmerzpatientInnen mit psychischen Komponenten gewinnt das psychiatrische Kalkül nahezu vorrangige Bedeutung. Somit erhebt sich Fragen hinsichtlich des psychischen Anforderungsprofils, des Zeitdrucks, ob Aufsichtstätigkeiten möglich sind, ob ohne Entgegenkommen des Dienstgebers Einordenbarkeit gegeben ist und die Frage der Umschulbarkeit. Dieses Thema stellt sich immer wieder bei handwerklichen Berufen im Hinblick auf die Umschulbarkeit zum Baumarktfachberater/zur -fachberaterin. Grundsätzlich gilt in der gutachterlichen Situation hinsichtlich Beurteilung:

- körperliche Leistungseinschränkungen richten sich demnach nach bandscheiben- bzw. wirbelsäulenbelastenden Arbeiten (Heben, Tragen, Körperhaltung);
- bei chronischen Rückenbeschwerden ohne neurologische Ausfälle sind qualitative Leistungseinschränkungen zu begründen, nicht hingegen eine zeitliche Leistungsminderung;
- psychische Belastbarkeitsgrenzen sind anzuführen;
- bei chronischen Rückenschmerzen wird, in Orientierung an den Kriterien für andere chronische Schmerzstörungen und so genannte psychogene (neurotische) Störungen, die Frage der zumutbaren Willensanspannung im Vordergrund stehen.

Ein höherer, krankheitswertiger Schwere- und Beeinträchtigungsgrad kann möglicherweise dann angenommen werden, wenn zwanghaft rigide Verhaltensmuster nicht nur die Inanspruchnahme medizinischer und rehabilitativer Leistungen, sondern auch den Umgang mit der eigenen Person betreffen und wiederholte Bemühungen gescheitert sind, die offensichtliche Fixierung auf die Krankenrolle durch geeignete therapeutische Maßnahmen abzuschwächen, und wenn aus der Biografie des Betroffenen/der Betroffenen Motive erkennbar werden, die das rigide Fehlverhalten am Entlastungsmotiv zumindest teilweise erklären, wie jahrelange psychische Überforderung, Traumata oder Konflikte. Je bewusst-seinsnaher das Klageverhalten erkennbar ist, umso eher ist davon auszugehen, dass die gesundheitlichen Probleme auch willentlich überwunden werden können. ■

Dieser Vortrag wurde vom Verfasser anlässlich der 17. Forensisch-psychiatrische Tagung 2010 in Wien gehalten.

Weiterführende Literatur:

- Hausotter W, Beurteilung somatoformer und funktioneller Störungen. Urban und Fischer, München, Jena 2004
- Dohrenbusch R, Begutachtung somatoformer Störungen und chronifizierter Schmerzen. Kohlhammer, Stuttgart 2006