

# Leitlinien Psychosomatische Medizin

Begutachtung somatoform-funktioneller Schmerzstörungen (ICD-10),  
respektive chronischer Primärschmerzen (ICD-11 draft)  
sowie analoger funktioneller Körpersymptomstörungen

Autorenteam (in alphabetischer Reihenfolge)

Dr. med. N. Bischoff, Prof. Dr. med. U. T. Egle, PD Dr. med. N. Egloff, Prof. Dr. phil. M. grosse Holtforth,  
Dr. med. P. Loeb, Dr. med. A. Minzer, Dr. med. R. Ott, Prof. Dr. med. R. von Känel, Prof. Dr. med. R. Schaefer,  
lic. phil. B. Steiger, PD Dr. med. K. Streitberger

unter Beiziehung des wissenschaftlichen Beirates der SAPPM und der SGSS

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einführung</b>	<b>4</b>
Geltungsbereich	4
Wegleitung	6
<b>1 Funktioneller Schweregrad und Krankheits-Charakteristika</b>	<b>7</b>
<i>1.1 Komplex Gesundheitsschädigung</i>	7
1.1.1 Ausprägung und Art der hauptdiagnoserelevanten Symptome und Befunde	7
1.1.1.1 Störungstypische Anamnese	7
1.1.1.2 Störungstypische Begleitsymptome des somatoform-funktionellen Syndroms	7
1.1.1.3 Häufige komorbide Funktionelle Syndrome	8
1.1.1.4 Klinische Befunde der körperlichen Untersuchung (Körperstatus)	8
1.1.1.5 Befunde Psychometrie	9
1.1.2 Behandlungserfolg, -resistenz	9
1.1.2.1 Häufige Indikatoren der Krankengeschichte für verzögerten, erschwerten Behandlungsverlauf oder Behandlungsresistenz (Anamnese, Akten)	10
1.1.3 Eingliederungserfolg, -resistenz	10
1.1.3.1 Analyse des prämorbidem beruflichen Kontexts (Anamnese)	10
1.1.3.2 Personenbezogene Indikatoren hinsichtlich erschwertem Eingliederungserfolg/-resistenz (Anamnese/Akten)	10
1.1.3.3 Arbeitsplatzbezogene Stressoren für erschwerte Eingliederung	11
1.1.3.4 Professionell begleitete Eingliederungsversuche	11
1.1.4 Komorbiditäten	11
1.1.4.1 Somatische Komorbiditäten (Akten, Anamnese, klinische Untersuchung)	12
1.1.4.2 Psychische Komorbiditäten (Akten, Anamnese, Psychostatus, Psychometrie)	12
<i>1.2 Komplex Persönlichkeit</i>	13
1.2.1 Allgemeine Indikatoren zur Persönlichkeitsentwicklung	13
1.2.2 Persönlichkeitsstruktur und grundlegende psychische Funktionen	14
<i>1.3 Komplex sozialer Kontext</i>	14
1.3.1 Analyse des sozialen Kontexts	15
<b>2 Konsistenzprüfung und Einschätzung der Leistungsfähigkeit</b>	<b>16</b>
<i>2.1 Analoge Einschränkungen der Aktivitäten in allen Lebensbereichen</i>	16
2.1.1 Symptombedingte tätigkeitsbezogene Einschränkungen unter Berücksichtigung der Zeitdauer	16
2.1.2 Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung und Beeinträchtigung	17
2.1.3 Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigung bei psychischen Erkrankungen	17
<i>2.2 Konsistenzeindruck des Leidens im Rahmen der medizinischen Versorgung und der Eingliederung</i>	17
2.2.1 Differenzielle Aspekte des Konsistenzeindrucks im Rahmen der medizinischen Behandlung	17
2.2.2 Differenzielle Aspekte des Konsistenzeindrucks im Rahmen von Eingliederungsmassnahmen	17

2.3	<i>Gesamtvalidierung</i>	18
2.3.1	Diagnosevalidierung	18
2.3.2	Schweregradbestimmung	18
2.3.3	Definition der medizinisch relevanten Einschränkungen	19
2.3.4	Medizinische Zumutbarkeitsprüfung	20
2.3.5	Gutachterliche Empfehlungen	20
<b>Anhang</b>		<b>22</b>
<hr/>		
	Literaturverzeichnis	22
	Begriffsverzeichnis	24

# Einführung

## Geltungsbereich

Der grösste Teil der Begutachtungen im psychosomatischen Fachbereich betrifft Probanden<sup>1</sup> mit chronischen Schmerzstörungen. Die vorliegenden Leitlinien fokussieren entsprechend auf diese Schmerzsyndrome. Die hier vorgelegte Systematik lässt sich aber sinngemäss auch auf andere funktionelle Körpersymptomstörungen übertragen.

## Krankheitsbegriff Schmerzstörungen

Das ICD-10 unterteilt die Kategorie der chronischen Schmerzstörungen in *anhaltende somatoforme Schmerzstörungen (F45.40)* und *chronische Schmerzstörungen mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)*. Gemeinsam ist diesen Krankheitsbildern, dass sie mit einem andauernden, schweren und quälenden Schmerz einhergehen, der mit relevanter emotionaler Belastung und relevanter Einschränkung der Alltagsfunktionen verbunden ist und der typischerweise nicht (vollumfänglich) auf einen Gewebedefekt auf Organebene zurück zu führen ist.

In der Vorfassung des ICD-11 bilden sich diese Schmerzerkrankungen hauptsächlich in der Kategorie der *chronischen Primärschmerzen* ab [1].

## Krankheitsentstehung

Unabhängig von den Klassifikationssystemen ist die zu begutachtende klinische Phänomenologie stets dieselbe: Es handelt sich um Schmerzstörungen, die mit Veränderungen der *Schmerzperzeption* und der *Schmerzverarbeitung* verbunden sind und ein erhebliches psychisches Komorbiditätsrisiko aufweisen. Eine Vielzahl von Mechanismen veränderter Schmerzperzeption und veränderter Schmerzverarbeitung lässt sich heute mit zentralen Sensitivierungs-Vorgängen neurobiologisch erklären [2–5]. Chronische Schmerzstörungen sind nach heutiger Erkenntnis eigenständige Krankheitsbilder, in der Fachsprache etabliert sich hierfür zunehmend auch der Begriff «pain disease» (Schmerzkrankheit) [6].

## Aufgabe der Leitlinien

Medizinische Gutachten sind in erster Linie Beweismittel. Das Gutachten dient dem Rechtsanwender als Entscheidungshilfe, ob und allenfalls welche Versicherungsleistungen dem Versicherten zustehen [7]. Da für die Diagnostik funktioneller Körpersymptomstörungen, wie z.B. somatoformer Schmerzerkrankungen, kein standardisiertes neurobiologisches Objektivierungsverfahren verfügbar ist, liegt die Aufgabe der gutachterlichen Beurteilung in der *indirekten* Beweisführung. Vorliegender Leitlinienbeitrag beleuchtet dabei systematisch Eigenschaftsmuster, die für die Diagnose, Prognose sowie Gewichtung allfälliger Behinderungsfolgen wichtig sind. Die medizinische Gesamtsynthese und Gewichtung der Prüfmerkmale (Indikatoren) dient als Ausgangslage für ein strukturiertes Beweisverfahren.

## Anforderungen an den Gutachter

Für den Gutachter gilt es, einen Rollenwechsel von einer therapeutischen in eine begutachtende Haltung zu vollziehen. Der Gutachter muss über den aktuellen evidenzbasierten Wissensstand der zu beurteilenden Krankheitsbilder verfügen. Für die medizinische Diagnostik, die Gewichtung der Prüfmerkmale und die Bestimmung der konsekutiven krankheitsbedingten Leistungseinschränkung sind spezialisiertes psychosomatisches und schmerztherapeutisches Fachwissen sowie klinische Erfahrung unabdingbare Voraussetzungen. Für die Qualität des verfassten Gutachtens steht der medizinische Gutachter als fachkundige Person in Verantwortung. Der Gutachter ist zu grösstmöglicher Neutralität und Objektivität verpflichtet. Im Entscheidungsprozess dürfen weder die Interessen des Auftraggebers noch die Interessen des Versicherten eine Rolle spielen. Das Anforderungsprofil an die Gutachtensstellen wird aktuell politisch diskutiert [8].

---

<sup>1</sup> Der besseren Lesbarkeit wegen wird jeweils nur die männliche Form verwendet, gemeint sind aber immer alle Geschlechter.

## **Fachliche Verankerung vorliegender Leitlinien**

Vorliegende Leitlinien sind konsensusbasiert von einer interdisziplinären Expertengruppe der beiden medizinischen Fachvereinigungen SAPPM und SGSS erstellt worden. Der Leitlinienbeitrag versteht sich als fachspezifische Vertiefung des Diagnosekomplexes somatoform-funktioneller Erkrankungen. Formal besteht eine hohe Kongruenz mit den *Leitlinien für die rheumatologische Begutachtung* der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie (2016), den *Leitlinien für die orthopädische Begutachtung* von swiss orthopaedics (2017) sowie den *Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie* (2016).

Mit dem Hauptfokus auf *funktionelle Körpersymptomstörungen und Schmerzkrankungen* sollen vorliegende Leitlinien nun gezielt die Lücke schliessen, die bislang zwischen der psychiatrischen und rheumatologisch-orthopädischen Begutachtungsperspektive lag.

Inhaltlich ist vorliegender Merkmalprüfkatalog in vielen Teilen kongruent mit der 4. Fassung der *deutschen AWMF-Leitlinien der Schmerzbegutachtung* (2017). Wie bei den neuesten AWMF-Leitlinien wird das vormalig dichotome Begutachtungsprinzip (körperliche versus psychische Begutachtung) verlassen, da diese Dichotomie der Vielschichtigkeit der Problematik nicht gerecht wird.

## **Anwendung des Leitlinienkataloges einschliesslich des Einbezuges der hausärztlichen Langzeiterfahrung**

Leitlinien sind Handlungsempfehlungen. Es sind Standards, die sich insbesondere auf Inhalt, Form, Sprache und Prozesse beziehen. Sie sollen die Qualität der Gutachten fördern [7]. Vorliegender Leitlinienbeitrag soll dem medizinischen Gutachter als systematisches Orientierungsraster dienen, wie er bei der sachgemässen Gewinnung, Analyse und Gewichtung verfügbarer Informationen vorgehen kann. Die Wissensgehalte der verschiedenen Anamneseachsen sowie der klinischen Untersuchung liefern dem Gutachter ein dichtes Netz an Hinweisen, das in der Gesamtschau des individuellen Falls der Prüfung von Plausibilität, Kohärenz und logischer Konsistenz dient. Für eine fundierte Beurteilung der tatsächlichen arbeitsmässigen Einschränkungen ist aus heutiger Sicht der additive Einbezug der hausärztlichen Langzeiterfahrung unerlässlich (Abschnitt 2.2.1).

## **Juristische Anforderungen an ein Gutachten**

Das Bundesgericht hat die Anforderungen an ein medizinisches Gutachten für die Sozialversicherung wie folgt formuliert [BGE 125 V 351]:

«Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob

- der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist,
- auf allseitigen Untersuchungen beruht,
- auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt,
- in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist,
- in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und
- ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind.»

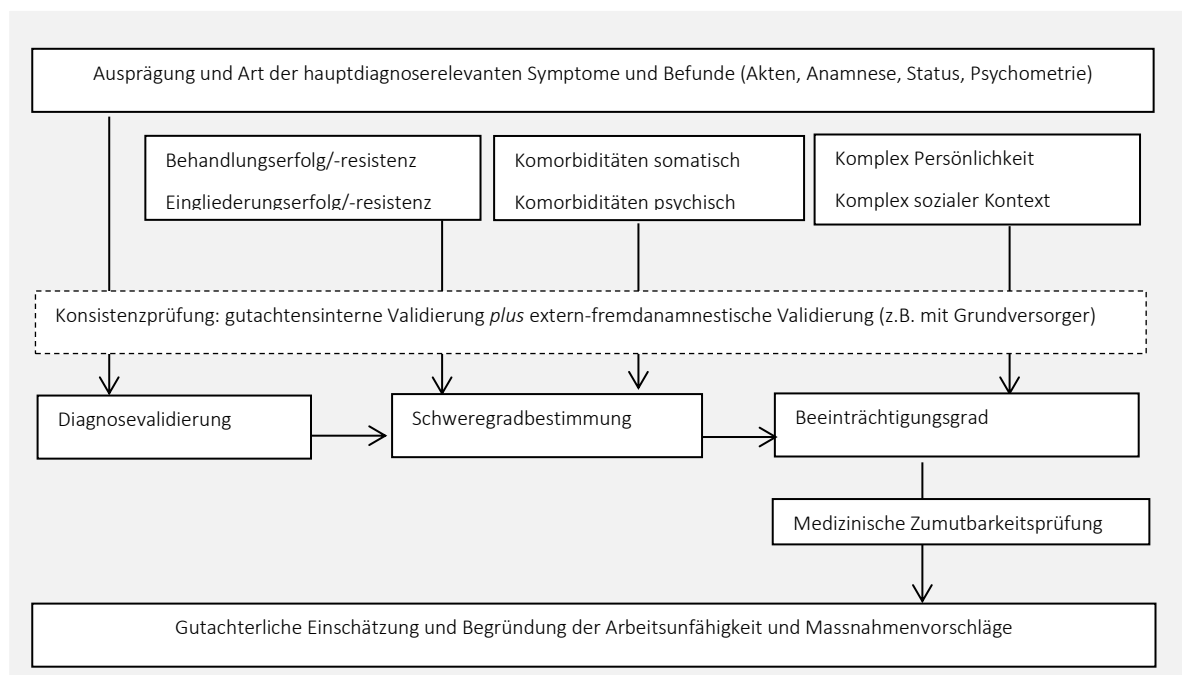
# Wegleitung

Nachfolgende Gutachtensstruktur wurde vom Schweizerischen Bundesgericht 2015 erarbeitet anlässlich der Neuausrichtung der bundesrichterlichen Rechtspraxis in Bezug auf somatoforme Schmerzstörungen (siehe Leiturteil BGE 141 V 281, E. 4.1.3). Die Gutachtensstruktur soll sowohl aus medizinischer wie juristischer Sicht zweckmässig sein. Das Bundesgericht verlangt von beiden Seiten eine neue Herangehensweise:

Ungeachtet der Diagnose ist eine einzelfallgerechte und ergebnisoffene Herangehensweise gefordert. Dieses neue Begutachtungsparadigma verlangt ein schrittweises Herleiten und nachvollziehbares Gewichten der für den Individualfall relevanten Indikatoren.

Das geforderte strukturierte Beweisverfahren gliedert sich in eine logische Abfolge definierter Informationseinheiten. Die einzelnen Informationseinheiten bilden gemeinsam eine Argumentationslinie, die schliesslich die gutachterliche Arbeitsunfähigkeitseinschätzung begründen soll. Ausdrücklich verabschiedete sich das Bundesgericht von einer Kriterien-Checkliste und fordert bei psychosomatischen Krankheitsbildern eine individualisierte Gesamtgewichtung von Indikatoren (BGE 141 V 281 E. 3.6 und 4.1). Die im vorliegenden Leitlinienkatalog angebotenen Indikatoren dienen als Orientierungshilfe für den Fachexperten; Es liegt in der Kompetenz und Verantwortung des Untersuchers, diagnose- und fallbezogen die relevanten Indikatoren begründbar auszuwählen und zu gewichten.

## Übersicht Gutachtensablauf



## Überblick mit Hilfe von «Zwischenbilanzen»

Als Orientierungshilfe für den Gutachter wird jeweils nach Abschluss einer Informationseinheit in Form eines grau hinterlegten Balkendiagramms zu einer «Zwischenbilanz» angeregt. Zweck der Zwischenbilanzen ist ein kursorisches quantitatives und qualitatives Gewichten der überprüften Indikatoren aus der Gutachterperspektive. Die Zwischenbilanzen dienen sowohl als Selbstkontrollhilfe als auch der Nachvollziehbarkeit des Gutachtens.

Die Zwischenbilanzen von Abschnitt 1.1 bis 2.2 stellen auch das Argumentationsfundament für die finalen Bilanzierungen unter Abschnitt 2.3 dar.

# 1 Funktioneller Schweregrad und Krankheits-Charakteristika

## 1.1 Komplex Gesundheitsschädigung

*Somatoform-funktionelle Schmerzerkrankungen sind keine Ausschlussdiagnosen, sondern zeichnen sich durch eigene charakteristische Eigenschaftsmuster aus. Nicht selten liegen auch Kombinationsformen von nozizeptiv-läsionalen Schmerzen und somatoform-funktionellen Schmerzen vor. Gezielt muss hierbei hinsichtlich klinischer Hinweise für somatoform-funktionelle Schmerzanteile exploriert werden. Die häufigsten klinischen Charakteristika dieser Art von Schmerzstörungen sind zentrale Hypersensitivität, vegetative Dysregulation, dysfunktionale Symptomverarbeitung und maladaptives Krankheitsverhalten sowie affektive Belastungen (Angst/Depression).*

→ Nachfolgende anamnestische und klinische Eigenschaftserhebung (1.1.1.1–1.1.1.5) dient

- der Befunddokumentation
- der Diagnosesicherung
- der Dokumentation der individuellen Störungs-Ausprägung (Schweregrad)

### 1.1.1 Ausprägung und Art der hauptdiagnoserelevanten Symptome und Befunde

#### 1.1.1.1 Störungstypische Anamnese

- Auslösesituation: bei lokalen oder regionalen somatoform-funktionellen Schmerzerkrankungen berichtet die Mehrheit der Patienten von einem initialen physischen Auslöseereignis; bei generalisierten fibromyalgiformen Schmerzerkrankungen ist der Beginn oftmals schleichend.
- Zeitrahmen: oft bereits länger als 5 Jahre bestehend, bis der Patient die Diagnose einer somatoform-funktionellen Schmerzerkrankung erhält
- Anatomisches Ausbreitungsmuster: durch Schmerzzeichnung dokumentieren lassen; häufig überregional sich ausweitend mit myofaszialen Ausbreitungsmustern; oder generalisiert mit achsensymmetrischem Verteilungsmuster; oder halbseitig akzentuiert mit unilateraler Ausweitung
- Schmerzstärke auf numerischer Schmerzskala 0–10 (0 = kein Schmerz, 10 = maximal vorstellbarer Schmerz): Schmerzangaben regelhaft im oberen Bereich der Skala, in der Regel >6
- Schmerzausmass im Zeitverlauf: permanent, intermittierend, fluktuierend, Attacken mit/ohne Grundsmerz
- Schmerzqualität: häufig ziehend, drückend, brennend, oft verbunden mit Schweregefühl der betroffenen Gliedmassen
- Begleitsymptome: nicht-dermatomale somatosensorische Defizite (NDS), häufig veränderte oberflächliche Berührungssensibilität, intermittierendes «Taubheitsgefühl» in den Akren; Kribbeldysästhesien
- Schmerzverstärkende Umstände: regelhafte Angaben sind physische Beanspruchung, Schmerzverstärkung bei längerem Beibehalten einer Körperposition; auf Nachfrage: Erwartungsdruck, Stress, Zeitdruck, sich konzentrieren müssen, «Adrenalin-Situationen»
- Schmerzlindernde Umstände: regelhafte Angaben sind erhöhter Pausenbedarf, Entspannung, oftmals Wärmeapplikation, Ablenkung
- Medikamentenwirksamkeit: regelhaft nur partielle Analgetika-Wirksamkeit, keine durchschlagenden Effekte, oft Polypharmazie, häufiges Absetzen wegen Nebenwirkungen, nicht selten Gefahr des Anlagetika-Abusus (iatrogene Opioid-Abhängigkeit)
- Symptombedingte Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens: Tagesablauf, Mobilität, Selbstversorgung, Haushaltsaktivitäten wie Kochen, Putzen, Waschen, Bügeln, Einkaufen, Gartenarbeit, Fähigkeit zum Auto- und Radfahren, Freizeitaktivitäten

#### 1.1.1.2 Störungstypische Begleitsymptome des somatoform-funktionellen Syndroms

- Tagesformvariabilität des Beschwerdeausmasses
- Unvorhersehbarkeit des Beschwerdepegels (Pat. getraut sich z.B. nicht mehr, im Voraus Termine zu vereinbaren)
- «Büssen müssen» nach Verausgabung/ Belastung (oft am Folgetag einer Überbelastung)
- Schlafstörung (ca. 80% klagen über oberflächlichen, nicht erholsamen Schlaf und frühmorgendliches Erwachen)
- Konzentrationsstörungen, Auffassungsschwierigkeiten, Kurzzeitgedächtnisstörungen, Merkschwierigkeiten,
- Vorschnelles Erschöpfungsgefühl, ständiges mentales und körperliches Müdigkeitsgefühl

- Mundtrockenheit (Stress-assoziiert und/oder medikamentös bedingt)
- Libidostörungen
- Benommenheit, «Schwindel» (ca. 60%)
- Allg. somatosensorische Reizüberempfindlichkeit (Lärm, Licht, Menschenmengen)
- Gesteigerte emotionale Reizbarkeit, Aggressivität, verminderte Impulskontrolle

1.1.1.3 Häufige komorbide Funktionelle Syndrome (aus dem Formenkreis der «central sensitivity syndromes») [2]

- Tinnitus
- Globussyndrom
- Fibromyalgiesyndrom
- Kraniomandibuläre Dysfunktion
- Chronische funktionelle Verdauungsbeschwerden (funktionelle Dyspepsie, Reizdarmsyndrom)
- Reizblasen-Syndrom, «interstitielle Zystitis», «chronische Prostatitis» («chronic pelvic pain syndrome»)
- Chronische Spannungskopfschmerzen, Migräne
- Restless-Legs-Syndrom
- Subjektive (sensorische) Überempfindlichkeit auf gewisse chemische oder olfaktorische Reize (multiple «chemical sensitivity syndromes»)
- Nicht-allergische Unverträglichkeiten
- Chronische Müdigkeit (chronic fatigue syndrome)

Zwischenbilanz: Symptomanamnese (zutreffende Felder markieren)				
quantitativ	wenige Merkmale	viele Merkmale	sehr viele Merkmale	
qualitativ				teils stärkster Ausprägung

1.1.1.4 Klinische Befunde der körperlichen Untersuchung (Körperstatus)

- Myogelosen (sehr häufig nuchale Verspannungen)
- Fehlhaltungen, Schonhaltungen
- Veränderte Sensorik
  - o Positive Triggerpunkte (= myofasziale Druckpunkte)
  - o Hyperalgesie an Tenderpoints (= druckdolente Sehnenansätze gemäss früherer ACR-Fibromyalgie-Kriterien 1990)
  - o Algometrie: häufig generalisierte Hyperalgesie (in ca. 45–70%, je nach Methode der Schmerzempfindlichkeitstestung)
  - o Allodynie: Druckreiz erzeugt an gewissen Stellen bereits Schmerzreaktionen
  - o Nicht Dermatombegundene oberflächliche Sensibilitätsdefizite (NDSD) auf Berührungs- oder Wärmereize (meist auf der stärker schmerz betroffenen Körperhälfte) [9]
  - o Zonen mit Hypoalgesie/Anästhesie/Hypästhesie (DD neurogen, dissoziativ)
- Veränderte Motorik
  - o Schmerzbedingte Bewegungslimitationen, Nackenbewegungslimitationen, Schonhaltung
  - o Vorsichtiges Gangbild, vorsichtige Bewegungsabläufe beim Aus- und Ankleiden
  - o Schmerz-assoziiertes Kraftdefizit in den betroffenen Extremitäten
  - o Wenig Spontanmotorik
  - o Zeit-getriggert Drang nach Positionsänderung (sofern nicht abgelenkt)
  - o Zeichen von Symptomzunahme unter emotionalem Druck, dann motorische Unruhe, Positionswechsel
- Zeichen vegetativer Dysregulation
  - o Kalte Akren
  - o Erythrodermie auf Berührung und Druck (häufig im Hals-, Brust- oder Rückenbereich), roter Dermographismus
  - o Tachykardie
  - o Schwitzen



- o Biofeedback-Stresstest: z.B. verzögerte Rückbildung, v.a. beim Hautleitwiderstand

Zwischenbilanz: klinische Befunde (zutreffende Felder markieren)				
quantitativ	wenige Merkmale	viele Merkmale	sehr viele Merkmale	
qualitativ				teils stärkster Ausprägung

### 1.1.1.5 Befunde Psychometrie

Beispiele geeigneter psychodiagnostischer Fragebögen bei Schmerzpatienten:

BSI/BSCL o. PHQ-D	Körperliche und psychische Symptome allgemein
BDI-SF	Schwere einer Depression (nicht-somatische Kriterien)
HADS-D	Angst und Depression bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen

Zwischenbilanz: psychometrische Befunde (zutreffende Felder markieren, je nach Test weitere Differenzierungen nötig)				
quantitativ	tiefe Score-Werte	moderate Score-Werte	hohe Score-Werte	
qualitativ				teils stärkster Ausprägung

## 1.1.2 Behandlungserfolg, -resistenz

*Bis eine somatoform-funktionelle Schmerzerkrankung als solche erkannt wird, dauert es oftmals Jahre.*

*Fehlendes Spezialwissen und Angst vor Stigmatisierung sind Gründe für die verzögerte Diagnosestellung. Nicht-zielführende somatische Behandlungsversuche im Vorfeld sind daher die Regel.*

*Die anhaltende somatoform-funktionelle Schmerzstörung ist definitionsgemäss ein chronisches Leiden. Der Begriff der Chronizität impliziert bereits die limitierte Behandelbarkeit.*

*Diagnostische Unklarheit und Behandlungresistenz über Jahre induzieren oftmals einen hohen Präokkupationsgrad seitens des Patienten. Der Aspekt der Präokkupation kann als Leiden Eigenständigkeitswert einnehmen, was zu einer eigenständigen psychiatrischen Diagnose geführt hat (= somatische Belastungsstörung bzw. «somatic symptom disorder» im DSM-5, respektive «bodily distress disorder» im ICD-11 draft, siehe Abschnitt 1.1.4.2).*

*Multimodale Schmerztherapieverfahren sind die Therapie der Wahl bei somatoform-funktionellen Schmerzerkrankungen. Entsprechende Behandlungsplätze sind z.Z. in der Schweiz nur begrenzt verfügbar. Auch ist die multimodale Schmerztherapie in schwer chronifizierten Fällen oft nur begrenzt wirksam. Solange in diesem Bereich in der Schweiz eine limitierte Versorgungslage besteht, kann eine unzureichende Behandlung nicht als «Versäumnis» oder «Bringschuld» auf den Patienten abgewälzt werden.*

*Die störungsinhärente Behandlungresistenz muss abgegrenzt werden von patientenbedingter Maladhärenz und fehlender Krankheitseinsicht.*

*→ Die Behandlungresistenz ist ein Hinweis für den Schweregrad des Leidens. Nachfolgende Indikatoren sind charakteristisch für den Einzelfallverlauf einer schweren Schmerzerkrankung.*

1.1.2.1 Häufige Indikatoren der Krankengeschichte für verzögerten, erschwerten Behandlungsverlauf oder Behandlungsresistenz (Anamnese, Akten)

- Wiederholte operative Eingriffe ohne nachhaltige Beschwerdereduktion, meist im Rahmen einer Überschätzung von läsionalen Befunden und Unterschätzung des Schmerzerkrankungsanteils (Hyperalgesie)
- Multiple (unergiebig) medizinische Abklärungen (im Rahmen der Suche nach läsionalen Ursachen)
- Beizug von mehreren orthopädischen, rheumatologischen und neurologischen Spezialisten ohne Hinweis auf Strukturstörungen, die das Gesamtbild erklären können
- Wiederholter Ärztewechsel in der Grundversorgung, Gefühl des Unverstandenseins von Seiten des Patienten
- Polypharmazie, konsekutiv iatrogene Opioid-Abhängigkeit
- Fehlendes Zustandekommen der Integration von psychosozialen Aspekten im Behandlungskonzept
- Beizug eines Psychiaters im Rahmen zunehmender depressiver Dekompensation
- Hilfesuche der Betroffenen in der Komplementärmedizin oder im Internet (Foren)
- Einsatz eigener finanzieller Mittel für Behandlungsmassnahmen

Zwischenbilanz: Erschwernisse hinsichtlich Behandlungserfolg /-resistenz (zutreffende Felder markieren)				
quantitativ	wenige Merkmale	viele Merkmale	sehr viele Merkmale	
qualitativ				teils stärkster Ausprägung

1.1.3 Eingliederungserfolg, -resistenz

Die Analyse des angestammten beruflichen Kontextes ist Basis für jede Beurteilung. Der limitierten arbeitsmässigen Belastbarkeit geht oftmals eine jahrelange berufliche Verausgabung voran. Stressgekoppelte Symptomzunahme (z.B. stressinduzierte Hyperalgesie) ist die wichtigste Limitation bei Eingliederungsversuchen.

→ Die Indikatoren (1.1.3.2 – 1.1.3.3) umschreiben die häufigsten Eingliederungserschwernisse. Die störungsbedingte Eingliederungsresistenz muss abgrenzt werden von patientenbedingter Maladhärenz.

1.1.3.1 Analyse des prämorbidem beruflichen Kontexts (Anamnese)

- Berufsausbildung mit/ohne Abschluss, Arbeitsbiographie
- Pensum in Prozenten und Arbeitsstunden pro Tag
- konkrete Tätigkeitsanforderungen und deren zeitliche Anteile
- körperliche Anforderungen (z.B. Hantieren mit Lasten, häufiges Einnehmen von unergonomischen Haltungen oder andauerndes Stehen, Gehen oder Sitzen)
- Arbeitsabläufe und Pausen, Arbeitstempo
- Saisonale Schwankungen
- Expositionen gegenüber Umgebungsfaktoren (Feuchtigkeit, Kälte, Hitze)
- Verantwortungsfeld und -druck
- Sicherheitsansprüche des Betriebes, Unfallgefährdung
- Betriebsklima
- Dauer und Begründung für Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit

1.1.3.2 Personenbezogene Indikatoren hinsichtlich erschwertem Eingliederungserfolg/-resistenz (Anamnese/Akten)

- Prämorbid Bereitschaft zu übermässigem beruflichem Einsatz im Rahmen von Überanpassung und Perfektionismus (Überstunden, Wochenendeinsätze, Ferienverzicht)
- Prämorbid übermässig leistungsorientierte Freizeitaktivitäten, z.B. Ausdauersport
- Gesundheitliche Dekompensation gleichzeitig mit arbeitsplatzbezogenem Stress (z.B. Konflikt)
- Unerwartet protrahierter Genesungsverlauf nach Krankheitseinbruch / Unfall
- Reduzierte mentale Leistungsfähigkeit wegen Konzentrations-, Merk-, und Abrufschwierigkeiten

- Zunahme soziophober Tendenzen seit Krankheitsbeginn, Nichtertragen von Exponiertheit, Reizdichte und Menschenmengen

#### 1.1.3.3 Arbeitsplatzbezogene Stressoren für erschwerte Eingliederung

- Leistungsmässige Überbeanspruchung (lange Arbeitszeiten, Schicht-, Nachtarbeit, Überstunden, mangelnde Ruhezeiten, Dauerüberbelastung)
- Physisch-mechanische Arbeitsüberbelastung (Schwerarbeit)
- Psychische Dauerüberbeanspruchung (z.B. in Betreuerberufen mit ungenügendem Personalschlüssel)
- Schlecht organisierte Arbeitsabläufe
- Bewegungsmonotonie, unergonomischer Arbeitsplatz
- Eingeschränkter Handlungsspielraum und Kontrolle bei der Arbeit
- Einkommensunzufriedenheit («working poor»), mangelnde Wertschätzung
- Konflikte mit dem Arbeitgeber wegen Leistungseinbusse, Arbeitsausfällen, Krankheitsverständnis
- Wenig soziale Unterstützung und repetitive Kränkungen am Arbeitsplatz («Mobbing»)
- Drohender oder realer Arbeitsplatzverlust / Arbeitslosigkeit

#### 1.1.3.4 Professionell begleitete Eingliederungsversuche

- Eingliederungsversuche haben stattgefunden, waren aber trotz Patientenmotivation, Adhärenz und genügend langer Pausen nicht zielführend.
- Eingliederungsversuche dokumentieren reduziertes Belastbarkeitsmuster im Sinne qualitativ-tätigkeitsbezogener und quantitativer Einschränkungen (vgl. Abschnitt 2.2.1.2).

Zwischenbilanz: Erschwernisse hinsichtlich Eingliederungserfolg /-resistenz (zutreffende Felder markieren)				
quantitativ	wenige Merkmale	viele Merkmale	sehr viele Merkmale	
qualitativ				teils stärkster Ausprägung

#### 1.1.4 Komorbiditäten

Das Augenmerk bei somatoform-funktionellen Schmerzerkrankungen ist einerseits auf die Erfassung somatischer Krankheitsfaktoren und andererseits auf die Diagnostik komorbider psychischer Störungen gerichtet.

Die Unterdiagnose F45.41 (ICD-10), die sich als «chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren» definiert, hat definitiosgemäss einen somatischem Schmerzanteil (→ somatische Komorbidität). Darüber hinaus besteht ein somatoform-funktioneller Schmerzanteil oder auch eine psychische Störung (→ psychische Komorbidität).

Bei der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung F45.40 (ICD-10) leidet ein Grossteil der Probanden ebenfalls an psychischen Symptomen, respektive an psychischen Komorbiditäten mit Eigenständigkeitswert. So sind Depression und Angststörungen regelhaft Bestandteil des Gesamtleidens und ggf. als eigenständige psychische Komorbidität zu diagnostizieren. Zahlreiche Studien belegen, dass Angst- und depressive Störungen sowohl die somatosensorische Perzeption als auch die aversive affektive Konnotation im Rahmen der Schmerzverarbeitung verstärken [10–12].

Diese häufige Komorbiditätskonstellation mit psychischen Erkrankungen macht plausibel, dass die AWMF-Leitlinien Schmerzerkrankungen u.a. direkt auch als Ausdruck einer primär psychischen Erkrankung kontextualisieren, sofern diese psychiatrische Erkrankung das Gesamtbild dominiert (z.B. Schmerz als Symptom im Rahmen einer depressiven Störung, Angststörung, Anpassungsstörung, posttraumatischen Belastungsstörung und anderweitigen somatoform-funktionellen Störungen).

**Fazit ist, dass somatische und psychische Komorbiditäten einen erheblichen Zusatzeinfluss auf die individuelle Belastbarkeit bei chronischen Schmerzerkrankungen und anderen funktionellen Körpersymptomstörungen haben**

**können.**

Zur Erfassung des psychischen Profils empfiehlt es sich, ergänzend zum patientenzentrierten Interview, standardisierte psychometrische Instrumente anzuwenden (siehe Abschnitt 1.1.1.6).

→ Folgende Abschnitte (1.1.4.1 – 1.1.4.2) sollen das somatische und psychische Komorbiditätsmuster erfassen.

**1.1.4.1 Somatische Komorbiditäten (Akten, Anamnese, klinische Untersuchung)**

Dokumentation und Würdigung somatischer, auch apparativer Befunde und Komorbiditäten. Häufig vorkommende komorbide somatogene Schmerzursachen sind:

- orthopädisch-traumatisch
- neuropathisch
- serologisch-inflammatorisch
- degenerativ-arthrotisch

Zwischenbilanz: somatische Komorbiditäts-Last (zutreffende Felder markieren)				
quantitativ	wenig Merkmale	viele Merkmale	sehr viele Merkmale	
qualitativ				teils stärkster Ausprägung

**1.1.4.2 Psychische Komorbiditäten (Akten, Anamnese, Psychostatus, Psychometrie)**

Dokumentation und Würdigung psychischer Befunde und Komorbiditäten. Häufig vorkommende komorbide psychische Komorbiditäten:

- An erster Stelle steht die somatische Belastungsstörung (= «somatic symptom disorder» nach DSM-5), respektive «bodily distress disorder» (ICD-11 draft): Beide Diagnosen sind gekennzeichnet durch übermäßige Krankheitsängste, Katastrophisieren und vermehrte Hilfesuche im Gesundheitswesen
- Depressive Störungen: als Mitursache, Begleitsymptom, Folge oder im Wechsel mit chronischen Schmerzen
- Angststörungen: oft bereits vor Schmerzbeginn, sehr häufig bei Ganzkörperschmerz-Syndromen
- Traumafolgestörungen: oftmals verbunden mit mnestischen Schmerzkonservierungsvorgängen, u.a. sind somatosensorische (Schmerz-)Flashbacks möglich
- Dissoziative Störungen: oftmals Koexistenz von Hyperalgesie und Hypoalgesie
- Suchterkrankungen: Nikotin, Alkohol, illegale Drogen, Benzodiazepine, Opoide (Cave: opiatinduzierte Hyperalgesie)
- Persönlichkeitsstörungen: am häufigsten anankastisch und/oder narzisstisch
- Zönästhesie: halluzinative Körpermissempfindungen

Zwischenbilanz: psychische Komorbiditäts-Last (zutreffende Felder markieren)				
quantitativ	wenig Merkmale	viele Merkmale	sehr viele Merkmale	
qualitativ				teils stärkster Ausprägung

## 1.2 Komplex Persönlichkeit

*Epigenetische Vorgänge erklären, wie sich Umwelterfahrungen auf die Persönlichkeitsentwicklung und die Körperwahrnehmung auswirken. Die Exploration der psychosozialen Entwicklung liefert Hinweise auf entsprechende lebensgeschichtliche Prägungsvorgänge [13].*

*Gesteigerte Symptonwahrnehmung (z.B. Hyperalgesie) wird u.a. durch Umwelteinflüsse, z.B. chronische Stressüberbelastung, moduliert. Viele Mechanismen der reaktiven, stressinduzierten Hyperalgesie lassen sich heute am Tiermodell aufzeigen und physiologisch erklären [14–17].*

*Der Fachspezialist erkennt hinsichtlich biographischer Angaben und der Persönlichkeitsentwicklung regelhaft Zusammenhangsmuster (z.B. frühkindliche Deprivation → geringe Selbstwertentwicklung → Kompensationsversuch durch berufliche Selbstausbeutung → stressinduzierte Hyperalgesie).*

*Wichtig ist, dass im Spezialfall der somatoform-funktionellen Syndrome die hier aufgeführten Aspekte nicht als «IV-fremde» Faktoren abgetan werden können, sondern als massgebliche neuro-epigenetische Entstehungsbedingungen für diese Art von Erkrankung gelten.*

*→ Die psychosoziale Anamnese (1.2.1) dient im Falle der somatoform-funktionellen Syndrome indirekt auch der Plausibilisierung der Erkrankung (Krankheitsentstehung). Die psychosoziale Erfahrungsprägung ist neben der genetischen Veranlagung die massgebliche Einflussgrösse hinsichtlich Entwicklung der Persönlichkeitsstruktur und des somatoform-funktionellen Syndroms, z.B. der chronischen Schmerzstörung (1.2.2).*

### 1.2.1 Allgemeine Indikatoren zur Persönlichkeitsentwicklung

- Aversive Kindheitserfahrungen [18]:
  - physischer Missbrauch
  - emotionaler Missbrauch
  - sexueller Missbrauch
  - psychische und physische Vernachlässigung
  - frühkindliche Trennungserfahrungen
  - Verlust eines Elternteils, alleinerziehender Elternteil
  - anhaltender Konflikt im Elternhaus, Gewalt gegenüber der Mutter
  - Kranke, behinderte, süchtige oder delinquente Familienangehörige
  - soziale Benachteiligung und Armut
  - frühe Mitarbeit in Familienbetrieb, mangelnder Bildungszugang
  - Parentifizierung
- Migrations-assoziiertes Stress [19]:
  - Kriegserfahrung, Konflikt im Herkunftsland
  - Flucht und Vertreibung
  - Familientrennung
  - Erfahrung systematischer sozialer Ausgrenzung
  - Armut
  - Folter
- Partnerschafts-assoziierte Belastungen:
  - Dauerkonflikt
  - Gewalterfahrung in Partnerschaft
  - Tod des Partners
  - Caregiver-Funktion bei erkranktem Familienmitglied
  - viele Beziehungsabbrüche
- Erlebte existentielle Bedrohungserfahrung anderer Art:
  - mit Traumafolgestörung
- Aktuelle Stressoren hinsichtlich
  - Wohnsituation
  - Alltagstätigkeit / berufliche Situation
  - Familie

- Beziehungssituation
- Finanzen (u.a. im Rahmen von arbeitsausfallsbedingten Einbussen)
- Konflikte mit Sozialversicherern, juristische Händel

Zwischenbilanz: Persönlichkeitsentwicklung (zutreffende Felder markieren)				
quantitativ	wenig Belastungsmerkmale	viele Belastungsmerkmale	sehr viele Belastungsmerkmale	
qualitativ				teils stärkster Ausprägung

### 1.2.2 Persönlichkeitsstruktur und grundlegende psychische Funktionen (vgl. 1.1.4.2 und 1.1.4.3)

- *Kognition/ Auffassungsgabe*: Hinweise für dysfunktionale Kognitionen (z.B. Katastrophisieren, Durchbeissen müssen um jeden Preis), Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme, Einschränkungen der intellektuellen Auffassungsfähigkeit, Umstellungsfähigkeit und Flexibilität
- *Gedächtnis*: Einschränkung der Merkfähigkeit, Vergesslichkeit, Amnesie, Hypermnesie (z.B. in Form von Flashbacks)
- *Affekt*: Dominierende krankheitsbezogene Emotionen wie Angst, Leeregefühl, Dysphorie, Gefühl des «Gefangenseins» (Entrapment), Aggression (aktiv, passiv), Ärger und Wut bei erlebter Ungerechtigkeit. Mangelnde emotionale Kompetenz im Sinne von Alexithymie, Affektabflachung, geringer Affektdifferenzierungsfähigkeit, mangelnder Impulskontrolle, Affekttoleranz, Affektlabilität, vermindertem Empathievermögen
- *Körperwahrnehmung*: «body checking behaviour», unsichere Körperwahrnehmung, Dismorphie, Hinweise für Reizüberempfindlichkeit, Wahrnehmungsausfälle (Dissoziation), Ignorieren von Leistungsgrenzen, zönästhetische Körperwahrnehmungsstörungen
- *Antrieb*: Hinweise für Antriebsmangel, Anhedonie, Energielosigkeit, Erschöpfbarkeit, protrahierte Regenerationsphasen
- *Maladaptive Stressbewältigung*: Ignoranz, Externalisieren von Spannungen, Vermeidung, Ablenkung, Zerstreuung, Sucht, Somatisierung, Regression
- *Selbstwert*: Hinweise für defizitäres Selbstbild und ggf. Kompensationsversuche (Narzissmus, Perfektionismus, überzogener Altruismus, ambivalentes Selbstbild), erschwerte Selbstwertregulation
- *Zwischenmenschliche Interaktion*: Hinweise für unsicheres Bindungsverhalten, unreife Konfliktbewältigungsstrategien, Zynismus, gestörte Selbst- und Fremdwahrnehmung, auffälliges Kommunikations- oder Kontaktverhalten, sozialer Rückzug, übermässige oder verminderte Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit
- *Hinweise für anderweitige komplexe Ich-Funktionsstörungen*: Identitätsprobleme, geringe Introspektionsfähigkeit, mangelnde Selbstreflexionsfähigkeit

Zwischenbilanz: Persönlichkeitsstruktur (zutreffende Felder markieren)				
quantitativ	wenig Belastungsmerkmale	viele Belastungsmerkmale	sehr viele Belastungsmerkmale	
qualitativ				teils stärkster Ausprägung

### 1.3 Komplex sozialer Kontext

*Vorangegangene und aktuelle psychosoziale Stressoren haben einen direkten Einfluss auf die zerebrale Verarbeitung von Schmerzen und anderen Symptomen (vgl. 1.2.1). Auch psychosoziale Folgebelastrungen lassen sich bei somatoform-funktionellen Syndromen aus medizinischer Hinsicht nicht als irrelevant ausklammern. So begünstigt z.B. krankheitsbedingter Arbeitsplatzverlust einen Selbstwerteinbruch und u.U. eine suizidale Entwicklung. Anhaltender negativer Affekt perpetuiert und verstärkt wiederum eine Störung der Symptomverarbeitung [20]. Das bedeutet, dass aus medizinischer Sicht psychosoziale Einflüsse bei dieser Art von Störungen nicht unbesehen als invaliditätsfremd ausgeklammert werden können. Das zugrundeliegende*

biopsychosoziale Krankheitsmodell ist bei chronischen Schmerzkrankheiten wissenschaftlich gut etabliert [21].

Fehlender oder destruktiver sozialer Kontext ist prognostisch kritisch. Der Umkehrschluss ist aber nicht zulässig: Ist der soziale Anschluss aktuell erhalten, kann dies zwar als Ressource im Sinne sozialer Unterstützung gewertet werden, hat aber keine direkte Aussagekraft hinsichtlich der tatsächlichen aktuellen Belastbarkeit. Auch wenn der aktuelle soziale Kontext stabilisiert sein mag, können frühere Stresserfahrungen und Traumata weiterhin nachhaltigen Einfluss auf die Symptomperzeption haben.

Die Verfügbarkeit sozialer Ressourcen bricht regelhaft im Laufe der Erkrankung ein. Dieses Phänomen kann als ein indirekter Hinweis für den Schweregrad des Krankheitsverlaufes herangezogen werden (Vorher/Nachher-Vergleich). Notwendig ist daher die Erfassung der sozialen Partizipation im zeitlichen Verlauf.

→ Den sozialen Kontext gilt es bei somatoform-funktionellen Syndromen zu prüfen

- im Hinblick auf die Leidensverursachung oder Aufrechterhaltung der Symptome (vgl.1.2.1)
- Im Sinne eines Vorher/Nachher-Vergleiches

### 1.3.1 Analyse des sozialen Kontexts (Partnerschaft, Familie, Nachbarn, Arbeitsumfeld, Vereine, Kontakte mit Personen des Gesundheitswesens, Hilfswerke)

- Stellung des kranken Individuums im aktuellen sozialen Kontext
  - o krankheitsbedingtes Rückzugsverhalten («sickness behaviour», vermehrtes Ruhebedürfnis bei Dünnhäutigkeit, Meiden von Menschenansammlungen)
  - o sozial begründeter Rückzug aus Scham (Meiden von Arbeitskollegen, Verwandten)
  - o innerfamiliärer Stress durch Rollenverlust als Ernährer (soziales Versagen in der Familie)
  - o Rollenverteilung innerhalb der Partnerschaft (umgekehrte Abhängigkeit)
- Stellung des sozialen Umfeldes zum Individuum
  - o Ausgrenzung, Unterversorgung, Ignoranz, Kränkung
  - o zunehmende Medizinalisierung der sozialen Kontakte
  - o Förderung regressiver Tendenzen durch Fehl- oder Überversorgung (sekundärer Krankheitsgewinn)
- Vorher/ Nachher-Vergleich nutzbarer sozialer Ressourcen in
  - o Familie (Herkunftsfamilie, Partnerschaft, Kinder)
  - o Freundeskreis, Kollegen
  - o Arbeitsumfeld
  - o Gemeinwesen, Vereinswesen, Fürsorgeinstitution, Versicherungsleistung

Zwischenbilanz: sozialer Kontext (zutreffende Felder markieren)				
quantitativ	wenig Belastungsmerkmale	viele Belastungsmerkmale	sehr viele Belastungsmerkmale	
qualitativ				teils stärkster Ausprägung

## 2 Konsistenzprüfung und Einschätzung der Leistungsfähigkeit

Die Konsistenzprüfung geschieht auf folgenden Ebenen:

- a) Zentral und primär massgeblich ist die inhaltliche Stimmigkeit der unter Abschnitt 1 erhobenen Symptome, Befunde und stressbiographischen Angaben (siehe Abschnitt 2.3.1).
  - b) Verglichen wird ferner auch die Kongruenz zwischen Werten in Fragebögen und klinischem Eindruck bei Untersuchung (verdächtig sind Extremwerte in Fragebögen in Divergenz zum klinischen Eindruck)
  - c) Kongruenz zwischen Angaben zur Medikamenten-Einnahme und deren Nachweisbarkeit in Urin / Serum (Achtung: ca. 15% der Patienten sind «rapid metabolizer», siehe AMWF-Leitlinien) [22]
  - d) Spezifiziert wird zudem die Konsistenzprüfung in Bezug zu leistungseinschränkenden Angaben in unterschiedlichen Lebensbereichen (Arbeit, Haushalt, Freizeit; Abschnitt 2.2.1).
  - e) Überprüft werden muss ebenfalls, ob das Leiden, wie es sich bei der gutachtensinternen Konsistenzprüfung darstellt, mit den fremdanamnestic-externen Angaben der hausärztlichen Langzeitbehandlung, einer allfälligen Psychotherapie oder der Eingliederung deckt (= externe Konsistenzprüfung Abschnitt 2.2.1 und 2.2.2)
- Zeigen sich bei der Konsistenzprüfung Diskrepanzen, erfordert dies eine Ergündung der Unterschiedlichkeit.
  - Cave: Verdeutlichungstendenz und Aggravation sind störende Aspekte im Rahmen der Krankheitskommunikation. Sie sind für den Begutachtungsprozess hinderlich, sagen aber per se nichts über den Schweregrad der Störung aus. Aggravation und Verdeutlichungstendenz dürfen vom Begutachter keinesfalls verwechselt werden mit Hyperalgesie, Allodynie oder kulturell bedingt andersartiger Symptompräsentation.

### 2.1 Analoge Einschränkungen der Aktivitäten in allen Lebensbereichen (interne Konsistenzprüfung)

Hinsichtlich der Aktivitätseinschränkungen ist beim somatoform-funktionellen Schmerz folgender Sachverhalt zu beachten: Im Gegensatz zum lässional bedingten Schmerz ist beim perzeptiv bedingten Schmerz weniger die Art der mechanischen Tätigkeit limitierend als deren Dauer (Bsp.: 20 Minuten Abwaschen ist möglich, 8 Stunden Gemüserüsten pro Tag ist unmöglich). D.h., Aussagen zu Aktivitätseinschränkungen machen bei somatoform-funktionellen Schmerzen nur Sinn in Bezug zu einer Zeitangabe. Neben der zeitlichen Belastbarkeit ist auch der psychische Belastungskontext (Stressintoleranz) mitentscheidend (Bsp. der Verantwortungsdruck als Sanitätsfahrer ist nicht derselbe wie beim Autofahren privat).

→ Um ein möglichst breites Bild vergleichbarer Belastbarkeit zu bekommen, wird nach Einschränkungen im Bereich der Arbeitstätigkeit, des Haushaltes und der Freizeit gefragt. Evaluiert werden Tätigkeiten, die «eher gut gehen», «eher schwierig sind» oder «die gut gehen, sofern man die Dosis der Belastungsdauer und Reizstärke richtig wählt». Neben der anamnestic Befragung hinsichtlich Aktivitätseinschränkungen können hier zusätzlich gezielt wiederum psychometrische Instrumente beigezogen werden (2.1.2, 2.1.3).

#### 2.1.1 Symptombedingte tätigkeitsbezogene Einschränkungen unter Berücksichtigung der Zeitdauer

- Frage nach Aktivitätsbeispielen und deren Belastungsdauer, die regelhaft mit Zunahme des Beschwerdeempfindens verbunden sind:
  - Arbeit / bezahlte Tätigkeit
  - Haushalt, Durchführung der täglichen Routine
  - soziale Beziehungen, Freizeit
- Beispiele für Aktivitäten, die regelhaft mit geringem Symptomempfinden verbunden sind:
  - Arbeit / bezahlte Tätigkeit
  - Haushalt, Durchführung der täglichen Routine
  - soziale Beziehungen, Freizeit
- Beispiele für Aktivitäten, die gut gehen, sofern die zeitliche Belastungsdosierung und der Pausenbedarf eingehalten wird:
  - Arbeit/ bezahlte Tätigkeit
  - Haushalt, Durchführung der täglichen Routine
  - soziale Beziehungen, Freizeit



### 2.1.2 Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung und Beeinträchtigung (z.B. FESV und MPI)

Der FESV (Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung) dient der Erfassung des Bewältigungsrepertoires sowie der psychischen Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit Schmerzen bei Patienten mit einer länger andauernden oder häufig wiederkehrenden Schmerzproblematik.

Der MPI (Multidimensional Pain Inventory, deutsch) dient zur Einschätzung der Beeinträchtigung in unterschiedlichen Lebensbereichen. Neben dem subjektiven Schmerzerleben soll dieser Fragebogen auch die Schmerzbewältigung, vom Patienten wahrgenommene Umwelreaktionen sowie die allgemeine Aktivierung des Patienten erfassen.

### 2.1.3 Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigung bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP)

- Das Mini-ICF-APP (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation) eignet sich als additives Erfassungsinstrument der Beeinträchtigungen insbesondere bei psychischen Komorbiditäten.
- Da hier vorab die soziale Partizipationsfähigkeit evaluiert wird, zeigen Probanden mit isolierten somatoform-funktionellen Syndromen durchschnittlich geringere Einschränkungswerte als beispielsweise Probanden mit Persönlichkeitsstörungen.

Zwischenbilanz: Konsistenz der Einschränkungsangaben im Quervergleich Arbeit, Haushalt, Freizeit, Psychometrie (zutreffendes Feld markieren)		
geringe Kongruenz im internen Konsistenzabgleich	moderate Kongruenz im internen Konsistenzabgleich	hohe Kongruenz im internen Konsistenzabgleich

## 2.2 Konsistenzeindruck des Leidens im Rahmen der medizinischen Versorgung und der Eingliederung (externe Konsistenzprüfung)

*Im Gegensatz zum Gutachter verfügt der hausärztliche Grundversorger oder ggf. ein federführender Fachspezialist über einen Langzeiteinblick in den zu beurteilenden Fall. Der Hausarzt hat oftmals deutlich mehr Empirie, um die Leistungseinschränkungen im Längsschnitt realitätsgerecht zu erfassen. Darüber hinaus ergibt sich in der längerfristigen hausärztlichen Beobachtung auch ein gewichtiger Einblick hinsichtlich der Konsistenzfrage. Ist es so, dass zusätzlich federführende Fachspezialisten in die Behandlung der Grunderkrankung involviert sind, sollte auch deren Einschätzung abgerufen werden (z.B. Orthopäde, Rheumatologe, Psychiater, Psychologe usw.).*

→ Nachfolgende Aspekte können zielführend sein, um Konsistenzangaben im Rahmen der medizinischen Behandlung und der Eingliederung fremdanamnestisch zu gewichten.

### 2.2.1 Differenzielle Aspekte des Konsistenzeindruckes im Rahmen der medizinischen Behandlung

- Das Leiden wird faktisch von Seiten des Patienten zu unterschiedlichen Zeitpunkten sinngemäss ähnlich, resp. analog dargestellt. Konsistenzeindruck von Seiten der Behandler (Grundversorger, behandelnde Spezialisten) hinsichtlich der Leistungseinschränkung bei
  - o Arbeit / bezahlter Tätigkeit
  - o Haushalt, Durchführung der täglichen Routine
  - o sozialen Beziehungen, Freizeit

### 2.2.2 Differenzielle Aspekte des Konsistenzeindruckes im Rahmen von Eingliederungsmassnahmen

- Das Leiden wird faktisch von Seiten des Patienten zu unterschiedlichen Zeitpunkten sinngemäss ähnlich, resp. analog dargestellt:
- Konsistenzeindruck von Seiten des betreuenden Spezialisten der Eingliederungsmassnahme unter der expliziten Berücksichtigung tätigkeitsbezogener Einschränkungen pro Zeiteinheit und des Aspektes der Stress-toleranz (vgl. Abschnitt 1.1.3.3).

Zwischenbilanz: Konsistenz der Einschränkungsangaben im Rahmen der medizinischen Behandlung / Eingliederung (zutreffendes Feld markieren)		
geringe Kongruenz im externen Konsistenzabgleich	moderate Kongruenz im externen Konsistenzabgleich	hohe Kongruenz im externen Konsistenzabgleich

## 2.3 Gesamtvalidierung

Bei der Gesamtvalidierung werden die Diagnoseerfüllung, die Schweregradbestimmung und das Einschränkungsausmass herausgearbeitet und gewichtet.

Es geht bei der Einschränkungseinschätzung nicht um eine abstrakt-theoretische Sicht der Dinge, sondern um die konkrete fachmedizinische Bemessung der entsprechenden Grösse in Bezug zur individuellen Patientenrealität (d.h. im Bezug zu den Komplexen «Persönlichkeit» und «sozialer Kontext»).

Die abschliessende medizinische Zumutbarkeitsprüfung (2.3.4) dient als eine Art Realitäts-Check hinsichtlich der Arbeitsrealität des Versicherten. Aus dem Einschränkungsausmass sollten sich nach medizinischer Zumutbarkeitsprüfung logisch die gutachterlichen Empfehlungen hinsichtlich des Grades der Arbeitsfähigkeit herleiten lassen.

Je nach Profil des einzelnen Patienten können de facto ganz unterschiedliche Faktoren für die abschliessende Bilanzierung ausschlaggebend sein. Die semiquantitativen Einschätzungen der Indikatorendichte in Kapitel 1 (Zwischenbilanzen) können dabei Orientierung geben; ebenso wichtig ist u.U. aber auch die qualitative Bedeutungsgewichtung einzelner spezifischer Indikatoren. Im Einzelfall kann eine einzelne Symptomkomponente für die Gesamtbeurteilung ausschlaggebend sein. Ausdrücklich fordert das Bundesgericht eine den Umständen des Einzelfalls angepasste Handhabung des Indikatoren-Katalogs (BGE 141 V 281 E. 3.6 und 4.1).

### 2.3.1 Diagnosevalidierung

- Die Diagnosevalidierung ergibt sich aus den folgenden Abschnitten:
  - 1.1.1 Ausprägung und Art der diagnoserelevanten Symptome und Befunde
  - 1.2.1 Allgemeine Indikatoren zur Persönlichkeitsentwicklung
  - 2.1./2.2 Interne und externe Konsistenzprüfung

Anforderung: Die anamnestischen Symptomangaben (1.1.1.1–1.1.1.3), die klinischen Befunde (1.1.1.4) und die biographische Entwicklungsgeschichte (1.2.1) sollen für den Fachspezialisten logisch-inhaltlich kongruent erscheinen und zueinander in einem plausiblen Bezug stehen.

Zwischenbilanz: Diagnosevalidität (zutreffendes Feld markieren)		
ungenügende Diagnosevalidität	moderate Diagnosevalidität	hochgradige Diagnosevalidität

### 2.3.2 Schweregradbestimmung

- Der Schweregrad des Leidens bestimmt sich aus den Inhalten der folgenden Abschnitte:
  - 1.1.1 Ausprägung und Art der diagnoserelevanten Symptome und Befunde
  - 1.1.2 Behandlungserfolg, -resistenz und 1.1.3 Eingliederungserfolg, -resistenz
  - 1.1.4 Komorbiditäten
  - 1.2.1 Allgemeine Indikatoren zur Persönlichkeitsentwicklung

### 2.1.1 Schmerzbedingte tätigkeitsbezogene Einschränkungen pro Zeiteinheit

### 2.1.2 FESV und MPI sowie 2.1.3 Mini-ICF-APP

- Anforderung: Der Schweregrad begründet sich vorab mit der Ausprägung des Gesamtleidens (1.1.1) und bestätigt sich regelhaft in der Behandlungs- und Eingliederungsresistenz (1.1.2 und 1.1.3). Oft korreliert der Schweregrad des somatoform-funktionellen Syndroms mit der psychisch/psychiatrischen Komorbiditäts-Last (1.1.4). Der Schweregrad des somatoform-funktionellen Syndroms steht oft in Relation zum Schweregrad und der Menge der biographisch bedingten Belastungen (1.2.1).
- Die Stimmigkeit dieser Indikatoren-Bilanzierung liegt in der Verantwortung des Begutachters unter Berücksichtigung der Beurteilungen der behandelnden Ärzte.
- Der Schweregrad teilt sich für den medizinischen Fachspezialisten wie folgt auf:
  - a) *Niederer bis moderater Schweregrad*: Anzahlmässig vorab wenige (<1/3) und nur mässig ausgeprägte Indikatoren liegen vor.
  - b) *Moderater bis hoher Schweregrad*: *Viele und/oder markant ausgeprägte Indikatoren liegen vor.*
  - c) *Hoher bis sehr hoher Schweregrad*: *Sehr viele und sehr stark ausgeprägte Indikatoren liegen vor.*

Zwischenbilanz: Schweregradbestimmung (zutreffendes Feld ankreuzen)		
niederer bis moderater Schweregrad	moderater bis hoher Schweregrad	hoher bis sehr hoher Schweregrad

### 2.3.3 Definition der medizinisch relevanten Einschränkungen

Die medizinischen Einschränkungen leiten sich aus folgenden Abschnitten ab:

- 2.3.2 Schweregradbestimmung des somatoform-funktionellen Syndroms
- 1.2.2 Persönlichkeitsstruktur und grundlegende psychische Funktionen (Komplex Persönlichkeit)
- 1.3 Komplex sozialer Kontext
- 2.2.1 Beurteilung der Einschränkungen durch die Behandelnden der Grundversorgung

Anforderung: Die medizinische Einschränkung ergibt sich aus dem Schweregrad der Störung (2.3.2), der Persönlichkeitsstruktur des Probanden (1.2.2) und den psychischen und sozialen Kontextfaktoren (1.3). Die medizinische Einschränkung äussert sich in einer quantitativ und qualitativ verminderten Leistungsfähigkeit. Die Stimmigkeit dieser Bilanzierung liegt in der Verantwortung des Begutachters unter Einbezug der hausärztlichen Langzeiterfahrung (2.1.1).

Das Fachgutachten unterscheidet folgende Beeinträchtigungsstufen:

- a) *Leichte bis mässige Beeinträchtigung*: Die Beeinträchtigung kann im Rahmen konkreter Arbeitsplatz-optimierender Massnahmen verbessert werden. Soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten sind beeinträchtigt, aber mit Anstrengung möglich.
- b) *Mässige bis erhebliche Beeinträchtigung*: Die Beeinträchtigung hat eine eindeutig verminderte Einsatzfähigkeit zur Folge. Zahlreiche soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten sind deutlich beeinträchtigt.
- c) *Erhebliche bis voll ausgeprägte medizinische Beeinträchtigung*: Die Beeinträchtigung hat zur Folge, dass die berufliche Tätigkeit sehr stark gefährdet ist oder ausgeschlossen werden muss. Häusliche und soziale Aktivitäten sind nur noch vereinzelt möglich.

Zwischenbilanz: Einschränkungsggrad		
niederer bis moderater Einschränkungsggrad	moderater bis hoher Einschränkungsggrad	hoher bis sehr hoher Einschränkungsggrad

### 2.3.4 Medizinische Zumutbarkeitsprüfung

- Die medizinische Begriffsverwendung der Zumutbarkeitsprüfung unterscheidet sich von der allgemein normativen Begriffsverwendung der Zumutbarkeitsprüfung.
- Die medizinische Zumutbarkeitsprüfung dient der Qualitätssicherung des Gutachtens im Sinne einer logischen Prüfung der medizinischen Einschränkung im Hinblick auf das konkrete Arbeitsfeld des Versicherten. Daraus erfolgt dann die definitive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Es wird überprüft, inwiefern der unter 2.3.3 festgelegte medizinische Einschränkungsgrad realistisch ist unter dem Gesichtspunkt *der medizinischen Verantwortbarkeit gegenüber dem Versicherten und auch gegenüber dem Arbeitgeber*. Missachtung der Einschränkungslimitationen führt erwartungsgemäss zur Symptomzunahme beim Patienten und zu Arbeitsausfällen zu Lasten des Arbeitgebers.
- Die medizinische Zumutbarkeitsprüfung steht primär in Bezug auf den angestammten Arbeitsplatz des Versicherten. Wenn ein Einsatz in der angestammten Tätigkeit nicht mehr in Frage kommt, so soll der Gutachter ein medizinisch zumutbares Belastungsprofil für eine Verweistätigkeit beschreiben. Grundsätzlich kann eine Arbeitsunfähigkeit in Form einer Reduktion der Leistungsfähigkeit und der Arbeitszeit erfolgen [7].
- Folgende Limitationen müssen bei einer Teilarbeitsunfähigkeit, einem Umschulungsvorschlag oder bei beruflichen Reintegrationsmassnahmen bei somatoform-funktionellen Syndromen beachtet werden:

#### Kriterien der medizinischen Zumutbarkeitsprüfung bei somatoform-funktionellen Syndromen:

- A) *Stresskonnotierte Symptomverstärkung* in Bezug zu Arbeitstempo, Verantwortungsdruck und Betriebskultur.
- B) *Reduzierter mentaler Belastungsgrad* in Bezug zu den konkreten Tätigkeitsanforderungen und den Sicherheitsansprüchen des Betriebes.
- C) *Verkürzte zeitliche Belastbarkeit* in Bezug zur Möglichkeit des Pacings der Arbeitseinheiten und der Organisierbarkeit von Pausen innerhalb der Arbeitsabläufe.
- D) *Reduziertes Gesamtbelastbarkeitsvolumen* in Relation zur Möglichkeit der Reduzierbarkeit des Tagespensums und/oder der Reduktion der Grösse des Verantwortungsbereiches.
- E) *Bei massgeblicher psychischer Komorbidität* erforderliche Anpassungsfähigkeit und soziale Integrationsfähigkeit des Versicherten am Arbeitsplatz, Verfügbarkeit eines Nischenarbeitsplatzes oder Bedarf einer professionellen Arbeitsplatzbegleitung.

### 2.3.5 Gutachterliche Empfehlungen

Nach der medizinischen Zumutbarkeitsprüfung erfolgen die gutachterlichen Empfehlungen hinsichtlich Arbeitsunfähigkeitsgrad respektive empfohlenen Massnahmen.

Für die Anerkennung einer Invalidität im Rechtssinne müssen drei Voraussetzungen erfüllt sein:

- 1) eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit von langer Dauer
- 2) die volle oder teilweise Unfähigkeit, zumutbare Arbeit zu leisten
- 3) die Kausalität zwischen Gesundheitsbeeinträchtigung und Unfähigkeit, zumutbare Arbeit zu leisten [7]

*Medizinische Massnahmen:* Es steht zur Diskussion, ob eine weitere Behandlung geeignet ist, das Leiden noch weiterhin namhaft zu verbessern oder lediglich stationär zu halten. Ob sich die Arbeitsfähigkeit durch eine noch offenstehende Behandlung relevant verbessern wird, kann in der Regel nicht zuverlässig vorausgesagt werden [7].

*Berufliche Eingliederungsmassnahmen:* Bei der Empfehlung beruflicher Eingliederungsmassnahmen soll der Gutachter aufgrund der festgestellten Behinderungen (Defizite) und vorhandenen Restfunktionen (Ressourcen) ein Anforderungsprofil an eine Verweistätigkeit beschreiben. Er muss weder die konkrete durchzuführende Massnahme noch konkrete Berufe vorschlagen.

*Prognose:* Da Langzeitprognosen oft unmöglich sind, hat es sich bewährt, sich auf einen Zeitraum von etwa zwei oder drei Jahren zu beschränken. Bei der Einschätzung der Prognose soll sich der Gutachter auf die eigene Berufserfahrung und/oder publizierte Forschungsergebnisse abstützen.

<b>Schlussbilanz: Gutachterliche Empfehlungen</b>	
(zutreffende Felder ankreuzen, Mehrfachwahl möglich)	
<input type="checkbox"/>	Keine Massnahmen erforderlich bei zu geringer Krankheitsausprägung
<input type="checkbox"/>	Keine Massnahmen erforderlich bei zu geringer Diagnosevalidität oder Konsistenzlage
<input type="checkbox"/>	Medizinische Zusatzbeurteilung notwendig
<input type="checkbox"/>	Anderweitiges Vorgehen notwendig

<input type="checkbox"/>	Versicherungs-gestützte medizinische Massnahme empfohlen
<input type="checkbox"/>	Versicherungs-gestützte Eingliederungsmassnahme empfohlen
<input type="checkbox"/>	Versicherungs-gestützte Umschulung empfohlen

<input type="checkbox"/>	Teilleistungsunfähigkeit gegeben zu .... %
<input type="checkbox"/>	Vollständige Leistungsunfähigkeit

<input type="checkbox"/>	Re-Evaluation empfohlen in 2 Jahren
<input type="checkbox"/>	Re-Evaluation empfohlen in 3 Jahren
<input type="checkbox"/>	Re-Evaluation empfohlen in 5 Jahren

# Anhang

## Literaturverzeichnis

- 1 Treede RD, Rief W, Barke A, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015;156(6):1003–7.
- 2 Yunus MB. Editorial review: an update on central sensitivity syndromes and the issues of nosology and psychobiology. *Curr Rheumatol Rev*. 2015;11(2):70–85.
- 3 Egloff N, Cámara RJ, von Känel R, Klingler N, Marti E, Ferrari ML. Hypersensitivity and hyperalgesia in somatoform pain disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36(3):284–90.
- 4 Ursin H. Brain sensitization to external and internal stimuli. *Psychoneuroendocrinology*. 2014;42:134–45.
- 5 Perez DL, Barsky AJ, Vago DR, Baslet G, Silberzweig DA. A neural circuit framework for somatosensory amplification in somatoform disorders. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2015;27:40–50.
- 6 Raffaelli W, Arnaudo E. Pain as a disease: an overview. *J Pain Res*. 2017;10:2003–8.
- 7 Versicherungsmmedizinische Sprachregelung in Analogie zu den Schweizerischen Leitlinien für die rheumatologische Begutachtung (07/2016), respektive den Schweizerischen Leitlinien für die orthopädische Begutachtung (02/2017).
- 8 Interpellation Graber, Sept 2017 <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/amtliches-bulletin/amtliches-bulletin-die-verhandlungen?SubjectId=40923>.
- 9 Mailis-Gagnon A, Nicholson K. Nondermatomal somatosensory deficits: overview of unexplainable negative sensory phenomena in chronic pain patients. *Curr Op Anaest*. 2010:593–7.
- 10 Berna C, Leknes S, Holmes EA, et al.: Induction of depressed mood disrupts emotion regulation neurocircuitry and enhances pain unpleasantness. *Biol Psychiatry*. 2010;67:1083–90.
- 11 Wagner G, Koschke M, Leuf T, et al.: Reduced heat pain thresholds after sad-mood induction are associated with changes in thalamic activity. *Neuropsychologia*. 2009; 47:980–7.
- 12 Roy M, Piché M, Chen JI, et al.: Cerebral and spinal modulation of pain by emotions. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2009;106:20900–20905.
- 13 Landa A, Peterson BS, Fallon BA. Somatoform pain: a developmental theory and translational research review. *Psychosom Med*. 2012;74(7):717–27.
- 14 Jennings EM, Okine BN, Roche M, Finn DP. Stress-induced hyperalgesia. *Progress Neurobiol*. 2014;121:1–18.
- 15 Green PG, Chen X, Alvarez P, Ferrari LF, Levine JD. Early-life stress produces muscle hyperalgesia and nociceptor sensitization in the adult rat. *Pain*. 2011;152(11):2549–56.
- 16 Alvarez P, Paul G, Green PG, Levine JD. Stress in the Adult Rat Exacerbates Muscle Pain Induced by Early-Life Stress. *Biol Psychiatry*. 2013;74(9):688–95.
- 17 Khasar SG, Burkham J, Dina OA, Brown AS, Bogen O, Alessandri-Haber N, Green PG, Reichling DB, Levine JD. Stress induces a switch of intracellular signaling in sensory neurons in a model of generalized pain. *J Neurosci*. 2008;28: 5721–30.
- 18 Egle UT, Franz M, Joraschky P, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M. Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosoziale Belastungen in der Kindheit – ein Update. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2016, 59(10):1247–1254.
- 19 Studer M, Stewart J, Egloff N, Zürcher E, von Känel R, Brodbeck J, grosse Holtforth M. Psychosoziale Stressoren und Schmerzempfindlichkeit bei chronischer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) *Der Schmerz*. 2017; 31(1):40–6.
- 20 Eisenberger NI. Social pain and the brain: controversies, questions, and where to go from here. *Annu Rev Psychol*. 2015;66:601–29.
- 21 Egle UT, Keller F, Kappis B, Schairer U, Bär KJ. Stressinduzierte Hyperalgesie (SIH). *Neurobiologische Mechanismen und ihre Konsequenzen für die sozialmedizinische Begutachtung chronisch Schmerzkranker. der Medizinisch Sachverständige* 2016;112(2):73–80.
- 22 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. *J Clin Psychopharmacol*. 2007;27:241–5.

## Auswahl verwendeter Referenzliteratur zu Begutachtungsfragen

(in alphabetischer Reihenfolge)

- AWMF-Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen (Leitlinie Schmerzbegutachtung), 4. Aktualisierung, 2017, AWMF-Registernummer 094-003 (<http://www.awmf.org>)
- Ebner G, Colomb E, Mager R, Marelli R, Rota F. Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP). 3.vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage, 2016.
- Egle UT, Kappis B, Schairer U, Stadtland C, Begutachtung chronischer Schmerzen. Urban und Fischer; 2014:
- Henningsen P. Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerden. Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge SZS. 2014(6):499–547.
- Leitlinien für die orthopädische Begutachtung von swiss orthopaedics (02/2017)
- Leitlinien für die rheumatologische Begutachtung der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie (07/2016)
- Mazzotti I, Schiltewolf M. Begutachtung von Schmerzen und Beschwerden. Grundkurs orthopädisch-unfallchirurgischer Begutachtung, Kapitel 13. Berlin/Heidelberg: Springer; 2014.
- Mosimann HJ. Der Beitrag der Leitlinien für die Rechtsprechung. Erwartungen an die Gutachterinnen und Gutachter. Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge SZS. 2016(5):507–15.
- Schneider W, Henningsen P, Dohrenbusch R, Freyberger H J, Irle H, Köllner V, Widder B. Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. 2.überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe; 2016.

## Begriffsverzeichnis

*Die Fachterminologie sollte innerhalb der Versicherungsmedizin möglichst einheitlich angewendet werden. Vorliegendes Glossar steht in weitgehender Übereinstimmung zum Fachwörterverzeichnis der Leitlinien für die rheumatologische Begutachtung der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie; für die hervorragende Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie sei an dieser Stelle gedankt.*

*Das medizinische Begriffsverständnis ist einer stetigen wissenschaftlichen Adaptation verpflichtet.*

*Aus psychosomatisch-fachärztlicher Sicht wäre ein medizinisch-juristischer Diskurs notwendig bezüglich Revision der Grundbegriffe «Krankheit», «Unfall», «Symptomausweitung» und «medizinische Zumutbarkeit» (siehe unten).*

*Juristisches und die medizinisches Begriffsverständnis dürfen bei diesen medizinischen Fachtermini nicht zu weit auseinander liegen, denn dies erzeugt in der öffentlichen Wahrnehmung Irritation.*

**Aggravation:** Bewusst intendierte, verschlimmernde oder überhöhende Darstellung einer vorhandenen Störung zum Zweck der Erlangung von (materiellen) Vorteilen.

**Allodynie:** Unter Allodynie versteht man das bei Schmerzkrankungen nicht seltene Phänomen, dass bereits Druckreize schmerzhaft sein können. Aus dem Alltag kennt man Allodynie z.B. vom Sonnenbrand.

**Arbeitsunfähigkeit:** Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist letztlich ein Rechtsbegriff und wird abschliessend vom Rechtsanwender festgelegt (BGE 140 V 193). Der Gutachter beurteilt die medizinisch zumutbare Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht in Form einer Einschätzung der Leistungsfähigkeit und des zeitlichen Umfangs im Vergleich zu den Arbeitsanforderungen zuhanden des Rechtsanwenders. Diese soll transparent unter Anwendung möglichst objektiver medizinischer Befunde begründet werden.

**ATSG :** Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (SR 830.1).

**Ausschlussgründe aus juristischer Sicht:** In BGE 131 V 49 und erneut in BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht folgende juristischen Ausschlussgründe im Sinne eines Nichteintretens auf einen IV-Antrag genannt: «Aggravation, sekundärer Krankheitsgewinn, vage Schilderung der Beschwerden, erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen (Beschwerden) und dem gezeigten Verhalten, Diskrepanz zwischen geschilderten Beschwerden und Inanspruchnahme von Therapien, demonstrativ vorgetragene Klagen, Behauptung von schweren Einschränkungen im Alltag bei weitgehend intaktem Umfeld.»

Die Nennung eines Ausschlussgrundes von medizinischer Seite setzt im Kontext somatoform-funktioneller Syndrome höchste Fachkompetenz voraus. «Aggravation» darf nicht mit Hyperalgesie oder Allodynie verwechselt werden, «vage Schilderung» nicht mit sprachlichem Unvermögen, «demonstrativ vorgetragene Klagen» nicht mit histrionischen Persönlichkeitszügen verwechselt werden, usw. Liegen wesentliche juristische Ausschlussgründe vor, wird in der Regel eine geltend gemachte Behinderung nicht als Invalidität im Rechtssinn anerkannt.

**Behinderung:** Art. 2 des Behindertengleichstellungsgesetzes (BehiG) hält fest: «In diesem Gesetz bedeutet Mensch mit Behinderungen (Behinderte, Behinderter) eine Person, der es eine voraussichtlich dauernde körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigung erschwert oder verunmöglicht, alltägliche Verrichtungen vorzunehmen, soziale Kontakte zu pflegen, sich fortzubewegen, sich aus- und fortzubilden oder eine Erwerbstätigkeit auszuüben.»

**Beweisgrad:** Für die Anerkennung durch die Sozialversicherung muss ein Sachverhalt (z.B. Unfallkausalität) mindestens mit *überwiegender Wahrscheinlichkeit* nachgewiesen sein. Eine *Vermutung* oder die *bloße Möglichkeit* reichen nicht aus.

*möglich:* Wahrscheinlichkeit unter 50%;

*mit überwiegender Wahrscheinlichkeit:* (deutlich) über 50%;

*mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit:* nahezu 100%.



**Bundesgericht:** Höchstes Schweizer Gericht. Die zwei sozialrechtlichen Abteilungen befinden sich in Luzern, die restlichen Abteilungen und der Hauptsitz in Lausanne.

**Dissimulation:** Bei psychosomatischer Begutachtung von Schmerzen neigen einzelne zu Begutachtende zur Dissimulation psychischer und sozialer Einflussfaktoren, um nicht stigmatisiert zu werden bzw. um der Gefahr zu entgehen, hinsichtlich der Schmerzen «als Simulant» eingeordnet zu werden. Auch wenn grundsätzlich die Nachweispflicht bei dem zu Begutachtenden liegt, ist dies im Gutachten ggf. zu benennen und in der Gesamtbeurteilung zu berücksichtigen.

**EBM:** Evidenzbasierte Medizin

**Ergänzungsleistungen:** Die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV helfen dort, wo die Renten und das übrige Einkommen die minimalen Lebenskosten nicht decken. Darauf besteht ein rechtlicher Anspruch, wenn die entsprechenden Bedingungen erfüllt sind.

**Erwerbsunfähigkeit:** Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

**Funktionelle Körpersymptome:** Der Begriff «funktionell» wird für Körpersymptome verwendet, die nicht primär mit einer Gewebeschädigung (Läsion) auf Organniveau erklärt werden können. Der Begriff wird synonymisch mit «somatoform» (ICD-10) verwendet. Der Begriff «funktionell» widerspiegelt sich auch im internationalen Sprachgebrauch. Als neutral formulierter Begriff erlaubt er Behandlern und Patienten, ein hilfreiches Krankheitsverständnis aufzubauen, nämlich, dass bei funktionellen Körperbeschwerden nicht die Struktur, sondern die Funktion von Organen beeinträchtigt ist. Die Funktion der Organe unterliegt hormonellen, vegetativen, neuroinflammatorischen und perzeptiven Einflüssen, die wiederum den (durch das Grosshirn vermittelten) Erlebensfunktionen unterworfen sind. So wirkt sich beispielsweise Stresserleben auf hormonellem, vegetativem, neuroinflammatorischem Weg direkt auf die Funktion und Symptomatik von diversen Organen aus.

**Hilflosigkeit:** Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art 9. ATSG). Es werden versicherungsmedizinisch drei Schweregrade von Hilflosigkeit unterschieden.

**Hilfsmittel:** Der Versicherte hat im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, deren er für die Ausübung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich, zur Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, für die Schulung, die Aus- und Weiterbildung oder zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung bedarf.

**Hyperalgesie:** Unter Hyperalgesie versteht man die gesteigerte Schmerzempfindlichkeit. Hyperalgesie entsteht in der Regel durch herabgesetzte Schmerzempfindlichkeitsschwellen.

**ICD:** Die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, englisch International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist das wichtigste weltweit anerkannte Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen.

**International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF):** Die ICF wurde von der Weltgesundheitsorganisation WHO als Ergänzung zur Klassifikation der Krankheiten (International Classification of Diseases ICD) geschaffen. Leitend war die Erkenntnis, dass sich aus der Diagnose keine direkten Hinweise auf den funktionalen Gesundheitszustand der Menschen ableiten lassen. Die ICF basiert auf einem biopsychosozialen Krankheitsmodell.

**Invalidität:** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeitdauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG).

**Invaliditätsgrad:** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden

wäre (Art. 16 ATSG). Bei der Berechnung des Invaliditätsgrades wird das zuletzt erwirtschaftete Einkommen (sog. Valideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum potenziell mit Behinderung erzielbaren Einkommen (sog. Invalideneinkommen).

**IVG:** Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (SR 831.20)

**IVV:** Verordnung über die Invalidenversicherung (SR 831.201)

**Krankheit:** Krankheit (im Rechtssinn) ist jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (Art. 3 ATSG). Im Bereich der Invaliden-, Unfall- und Militärversicherung sind der medizinische und der juristische Krankheitsbegriff seit längerem nicht mehr identisch. Der medizinische Krankheitsbegriff integriert die biopsychosoziale Realität als Grundtatsache. Der juristische Krankheitsbegriff klammerte bislang psychosoziale Faktoren als invaliditätsbegründende Ursachen aus, was aus medizinischer Sicht nicht der Realität entspricht. Um der Phänomenologie psychiatrischer und psychosomatischer Krankheiten gerecht zu werden, braucht der juristische Krankheitsbegriff aus medizinischer Sicht eine zeitgemässe Anpassung (vgl. u.a. Abschnitt 1.2.1 dieser Leitlinien).

**Leistung (engl. Performance):** Das Beurteilungsmerkmal für Leistung beschreibt, was ein Mensch in seiner gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt tut.

**Leistungsfähigkeit (engl. Capacity):** Das Beurteilungsmerkmal für Leistungsfähigkeit beschreibt die Fähigkeit eines Menschen, eine Aufgabe oder eine Handlung durchzuführen. Dabei wird das höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit beschrieben, das ein Mensch in einer bestimmten Domäne zu einem bestimmten Zeitpunkt erreichen kann.

**Medizinische Massnahmen:** Als medizinische Massnahmen im Sinne von Art. 12 IVG gelten namentlich chirurgische, physiotherapeutische und psychotherapeutische Vorkehrungen, die eine als Folgezustand eines Geburtsgebrechens, einer Krankheit oder eines Unfalls eingetretene Beeinträchtigung der Körperbewegung, der Sinneswahrnehmung oder der Kontaktfähigkeit zu beheben oder zu mildern trachten, um die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Die Massnahmen müssen nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sein und den Eingliederungserfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 IVV).

**Psychosomatische Medizin:** Die psychosomatische Medizin ist eine relativ junge klinische Disziplin, die sich im 20. Jahrhundert als Korrektiv einer zunehmend in Organfächer fragmentierten Humanmedizin entwickelt hat. Ihre fachliche Spezialität sind Körpersymptomstörungen, die sich auf Organebene nicht erklären lassen. Es handelt sich mehrheitlich um Körpersymptome, die sich im Kontext einer Störung der übergeordneten Steuerung durch Stresshormone, des vegetativen Nervensystems und des Zentralnervensystems verstehen lassen. Diese übergeordneten Strukturen wiederum sind dem psychischen Erleben unterworfen, und es kommt zu Funktionsänderungen des Organismus je nach Stressbelastungen und Lernerfahrungen des Individuums. Das Spektrum psychosomatischer Symptome ist sehr breit. Die anhaltende Schmerzstörung gehört zu den schwerwiegendsten psychosomatischen Erkrankungen.

**Ressourcen:** Mit Ressourcen sind die gesunden Anteile des Menschen gemeint: Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse, Geschicke, Erfahrungen, Talente, Neigungen und Stärken. Dazu gehören auch die Fähigkeiten, sich im Leben zurechtzufinden und sich an Neues anzupassen. Gute Beziehungen zu Mitmenschen und ein tragfähiges soziales Netz sind ebenso bedeutende Bestandteile der persönlichen Ressourcen. Das Ausmass der persönlichen Ressourcen hat wesentlich mit der zugrundeliegenden Persönlichkeit zu tun.

**Schadenminderungspflicht:** Die Schadenminderungspflicht besagt, dass dem Geschädigten Massnahmen zuzumuten sind, die ein vernünftiger Mensch in der gleichen Lage ergreifen würde, wenn er keinerlei Leistungen zu erwarten hätte. Beispiele schadenmindernder Vorkehren sind die Arbeitssuche und die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, deren Kosten die Krankenversicherung vergütet. Einer versicherten Person können nur Massnahmen zugemutet werden, die auch verhältnismässig sind. Der medizinische Experte liefert die Grundlagen für diesen Entscheid.

**Simulation:** Bewusstes willentliches Vortäuschen einer krankhaften Störung zu bestimmten, klar erkennbaren Zwecken. Die Beschwerden werden präsentiert, aber nicht erlebt.

**Somatoform:** «Somatoform» ist ein Begriff aus dem ICD-10. Somatoform bedeutet wörtlich «wie vom Körper» und umschreibt Körpersymptome, die nicht direkt von einer körperlichen Schädigung herrühren, sondern durch eine gesteigerte Körperwahrnehmung und/oder eine vegetative Reaktion des Organismus entstehen. «Somatoform» wird häufig synonym mit dem Begriff «funktionell» verwendet (siehe oben).

**SR:** Systematische Sammlung des Bundesrechts. Gesetze und Verordnungen sind unter der entsprechenden SR Nummer im Internet zu finden [www.admin.ch]

**Status quo ante:** Ist ein unfallfremdes (krankhaftes) Grundleiden vorhanden, kann dieses durch den Unfall eine Verschlimmerung erfahren. Ist dieses nur vorübergehend, wird zu einem bestimmten Zeitpunkt (Terminierung) der Status quo ante erreicht, in dem sich lediglich noch der Vorzustand auswirkt, die Unfallfolgen aber abgeheilt sind.

**Status quo sine:** Hat das vorbestandene Grundleiden ohnehin einen progredienten Verlauf, ist der Status quo sine in jenem Zeitpunkt erreicht, in dem sich die vorübergehende unfallbedingte Verschlimmerung nicht mehr auf den schicksalsmässigen Verlauf der Krankheit auswirkt.

**Symptomausweitung :** Der Begriff «Symptomausweitung» ist keine Diagnose und kein nosologisches Konstrukt. Er beschreibt ein Phänomen, das im Wesentlichen folgende Beobachtungen umfasst: Der Patient beklagt starke, topographisch ausgeweitete Schmerzsymptome (engl. «chronic widespread pain»). Das Phänomen der Ausweitung tritt bei chronischen Schmerzkrankungen regelhaft auf und ist u.a. mit neurophysiologischen Veränderungen auf Höhe des Rückenmarks, des Stammhirns und der Grosshirnrinde verbunden. Mindestens jeder dritte Patient mit komplexem regionalem Schmerzsyndrom (CRPS) erfährt eine grossflächige Schmerzausweitung. Schmerzausweitung als physiologisches Phänomen und darf nicht mit Aggravation verwechselt werden. Der Begriff «Symptomausweitung» ist in der Versicherungsmedizin negativ konnotiert und sollte bei somatoform-funktionellen Störungen nicht mehr verwendet werden.

**Umschulung:** Der Versicherte hat Anspruch auf Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder verbessert werden kann (Art. 17 IVG).

**Unfall:** Unfall (im Rechtssinn) ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG). Unfälle können eine Schmerzkrankung auslösen, die persistiert, auch wenn der eventuelle makrostrukturelle Unfallschaden (Läsion) bereits abgeheilt ist. Neuronale Veränderungen der schmerzleitenden und schmerzverarbeitenden Strukturen sind dafür verantwortlich. Beim komplexen regionalen Schmerzsyndrom (CRPS) und bei vielen somatoform-funktionellen Schmerzkrankungen steht ein Unfallereignis am Beginn der Schmerzkrankheit. Der Unfall hat in diesen Fällen eine Schmerzkrankung getriggert. Die Schwere des Auslöseeignisses sagt nicht unbedingt etwas über den Schweregrad der nachfolgenden Schmerzkrankung aus.

Der gesundheitliche Vorzustand des Betroffenen muss keinen spezifischen Krankheitswert gehabt haben. Übermässige Stressbelastung (z.B. Extremsport im Vorfeld) ist ein klassischer Vulnerabilitätsfaktor für das Entstehen einer Unfall-getriggerten Schmerzkrankung. Diese Konstellation führt in aller Regel zu Zuständigkeitsunklarheiten der involvierten Versicherungsträger (SUVA, IV).

#### **Verschlimmerung:**

*Dauernd:* Das vorbestandene Grundleiden kann durch ein Unfallereignis eine dauernde Verschlimmerung erfahren, in dem der Status quo ante nie mehr erreicht wird und ein Defektzustand zurückbleibt.

*Richtunggebend:* Eine richtunggebende Verschlimmerung hat das Unfall-unabhängige Leiden erfahren, wenn es durch den Unfall früher zur Entwicklung gebracht bzw. in seinem zeitlichen Ablauf beschleunigt oder erst in ein bleibend schmerzhaftes Stadium gebracht worden ist.

*Vorübergehend:* Ein Vorzustand wird durch den Unfall temporär verschlimmert, danach wird wieder der Status quo ante (Terminierung) erreicht.

**Verdeutlichungstendenz:** Die Diskrepanz aus anhaltendem körperlichem Leiden mit entsprechenden Einschränkungen im Alltag, aber sich widersprechenden Ergebnissen und Zurückweisung oder Ratlosigkeit der Behandler führt zu wachsender Verunsicherung seitens der Patienten und manchmal auch zur Verdeutlichung der Beschwerden («Verdeutlichungstendenz»). Diese Tendenz darf 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 einhergehenden Funktions- und Leistungseinschränkungen zu überzeugen. Zunehmende Verdeutlichung kann auch mit einem desinteressierten, oberflächlichen Untersuchungsstil des Gutachters zusammenhängen.

**Zumutbarkeit:** Zumutbarkeit war bislang ein juristischer Begriff, der bisher in keinem Gesetz definiert worden ist. Zumutbarkeit als Rechtsbegriff dient der Begrenzung von Versicherungsansprüchen. Der Begriff steht in enger Beziehung zum Begriff der Verhältnismässigkeit: Zumutbare Massnahmen müssen verhältnismässig sein. Nach allgemeinem Sprachgebrauch versteht man unter dem Begriff Zumutbarkeit, dass man von einer bestimmten Person ein bestimmtes Verhalten erwarten oder verlangen darf, auch wenn dieses Verhalten mit Unannehmlichkeiten und Opfern verbunden ist. Der Begriff löst im Gutachtenskontext Irritation aus, wenn die juristische Zumutbarkeitseinschätzung sich nicht mit der medizinischen Einschätzung deckt.

Aus medizinischer Sicht orientiert sich die Zumutbarkeit grundsätzlich an den vorhandenen Fähigkeiten und Defiziten der betreffenden Person in Bezug auf arbeitsbezogene Anforderungen. Die Begriffe Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit sind eng miteinander verknüpft. Für den Mediziner ist die Zumutbarkeit in der Regel dann nicht mehr gegeben, wenn eine Krankheit von erheblichem Schweregrad mit schlechter Prognose vorliegt, welche die Fähigkeit, angepasste Arbeit zu leisten, ganz oder teilweise aufhebt oder ein erhebliches Risiko einer Verschlechterung der Gesundheitssituation durch die Arbeitsbelastung besteht.

Da der Zumutbarkeitsbegriff stets ein medizinisches Krankheitsverständnis voraussetzt, um krankheitsbezogen die Zumutbarkeit richtig einzuschätzen, sollte sich die juristische Begriffsanwendung am medizinischen Begriffsinhalt orientieren. Nach dem Leiturteil zu somatoformen Schmerz (BGE 141 V 281) sollte es nicht mehr vorkommen, dass aus juristischer Sicht pauschal aufgrund einer bestimmten Diagnose von einer «zumutbaren Willensanstrengung» ausgegangen wird, um das Leiden «zu überwinden». Um dem Juristen eine Einschätzungshilfe an die Hand zu geben, erfordert ein moderner Leitfaden vom medizinischen Gutachter daher einen Abschnitt der «medizinischen Zumutbarkeitsprüfung» (siehe Abschnitt 2.3.4 dieses Leitfadens).