

Workshop

Schmerz in der Begutachtung

Reto Stocker, Facharzt für Anästhesiologie und
Intensivmedizin, Zürich

Fragestellung an mich

- Welche Interventionen (medikamentös, chirurgisch, und so weiter) sind nützlich in den Begutachtungen von Schmerzpatienten ?
- Welche Interventionen sind erforderlich ?
- Gibt es Risiken die man vermeiden muss ?
- Welche Überprüfungen von solchen Interventionen soll man machen?

Leider ist das Ganze nicht so einfach und braucht viel Zeit

Schmerzdefinition

***„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühls-
erlebnis, das mit aktueller oder potenzieller
Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer
solchen Schädigung beschrieben wird“***

International Association for the Study of Pain
(Internationale Schmerzgesellschaft) 1979

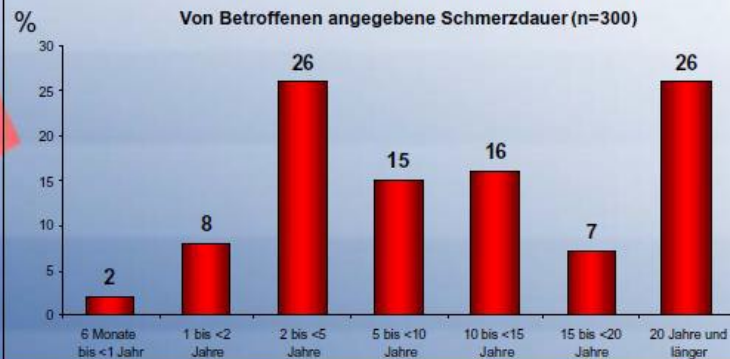
Schmerz – Bedeutung

32 % der Schweizer Haushalte sind von Schmerzen (akut und chronisch) betroffen

Gut jeder sechste (16 %) Schweizer leidet an chronischen Schmerzen

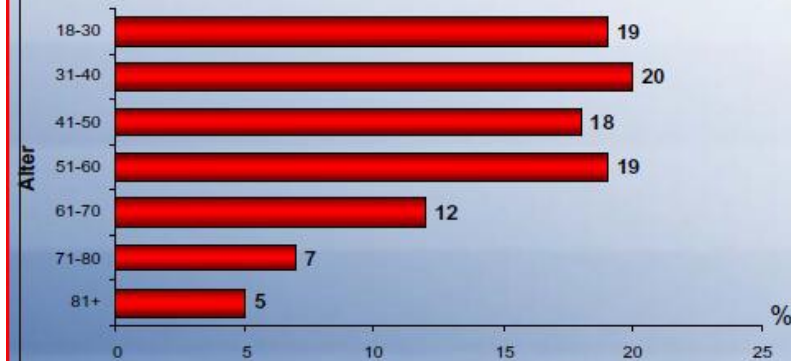
Im Durchschnitt leben Betroffene seit 7,7 Jahren mit ihren chronischen Schmerzen

Jeder Vierte (26 %) bereits seit über 20 Jahren



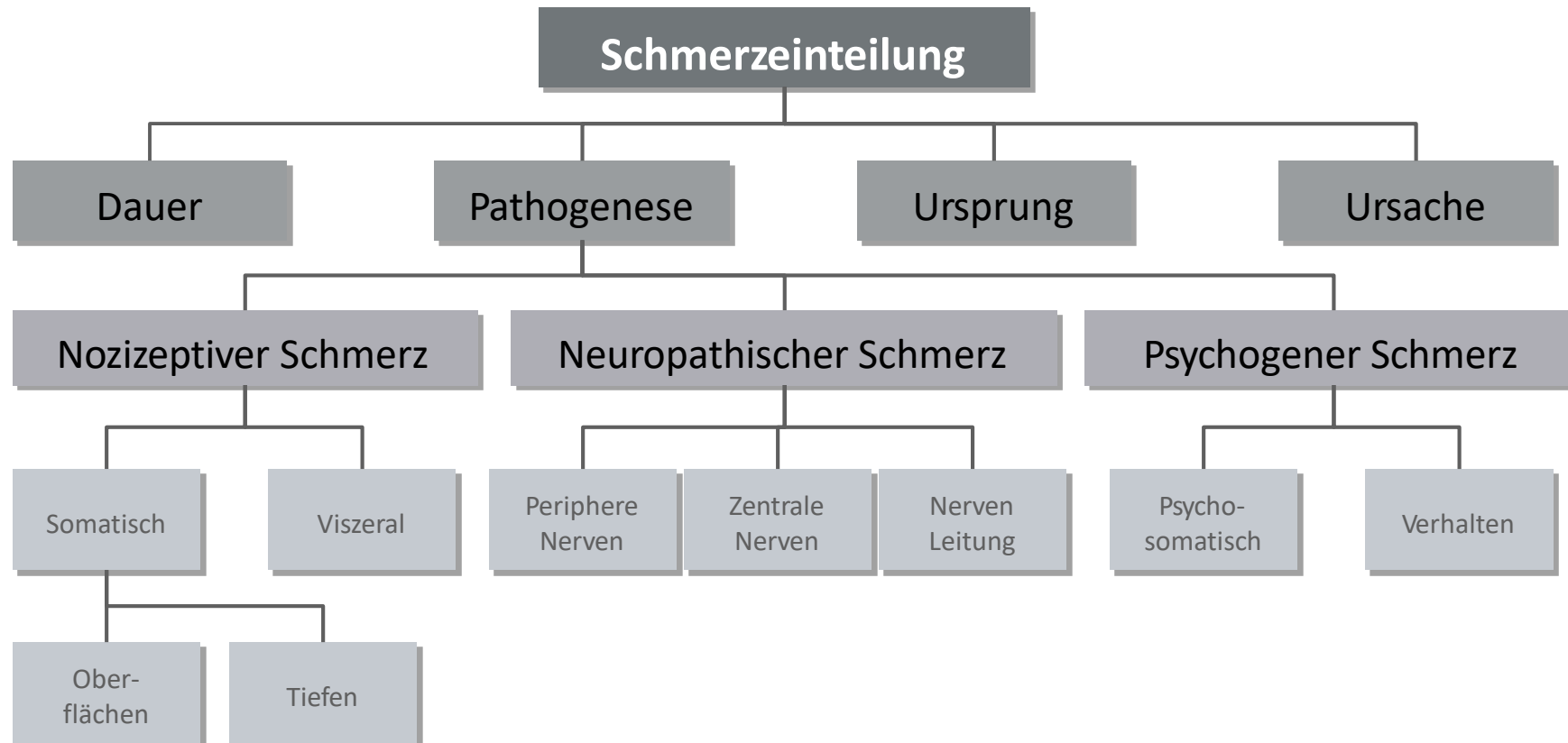
Frauen sind etwas häufiger von chronischen Schmerzen betroffen (55 %) als Männer (45 %)

Das Durchschnittsalter der Betroffenen: 48 Jahre



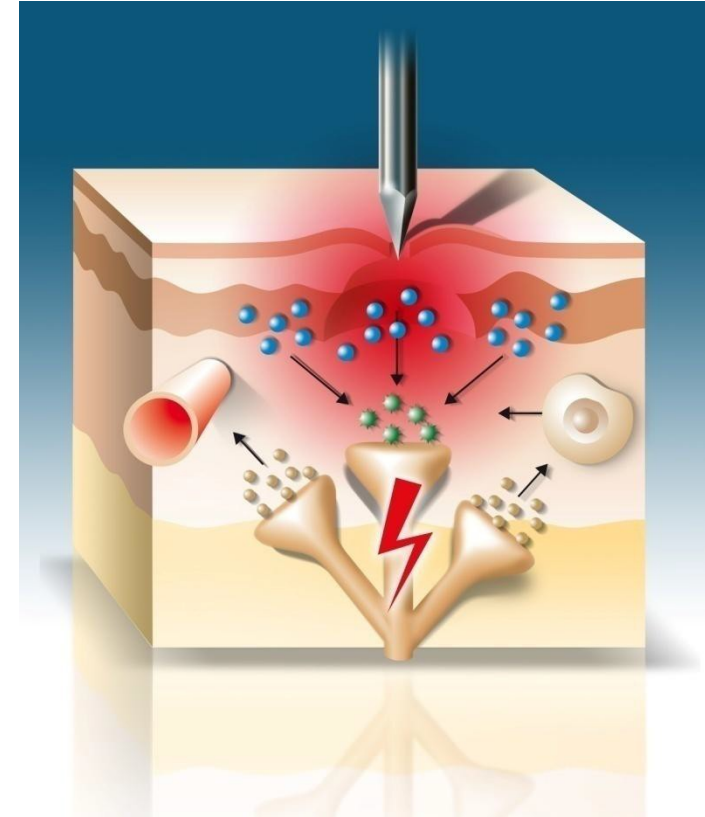
Quelle: Pain in Europe - Schweiz –NFO
World Group: Uwe Freisens

Schmerzeinteilung



Nozizeptiver Schmerz

- Traumata (Druck, Hitze, Säure, etc.) lösen eine periphere Schmerzreaktion aus
- Mediatoren, die dabei freigesetzt werden aktivieren Schmerzrezeptoren auf den peripheren Nervenendigungen
- Nozizeptorschmerz spricht normalerweise gut auf Analgetika an



Neuropathischer Schmerz

- Definition neuropathischer Schmerz (NP) laut IASP

➤ Schmerz ausgelöst durch eine Störung / Läsion des Nervensystems

➤ Läsion oder Krankheit des somatosensorischen Systems

Die Läsion / Dysfunktion / Krankheit kann

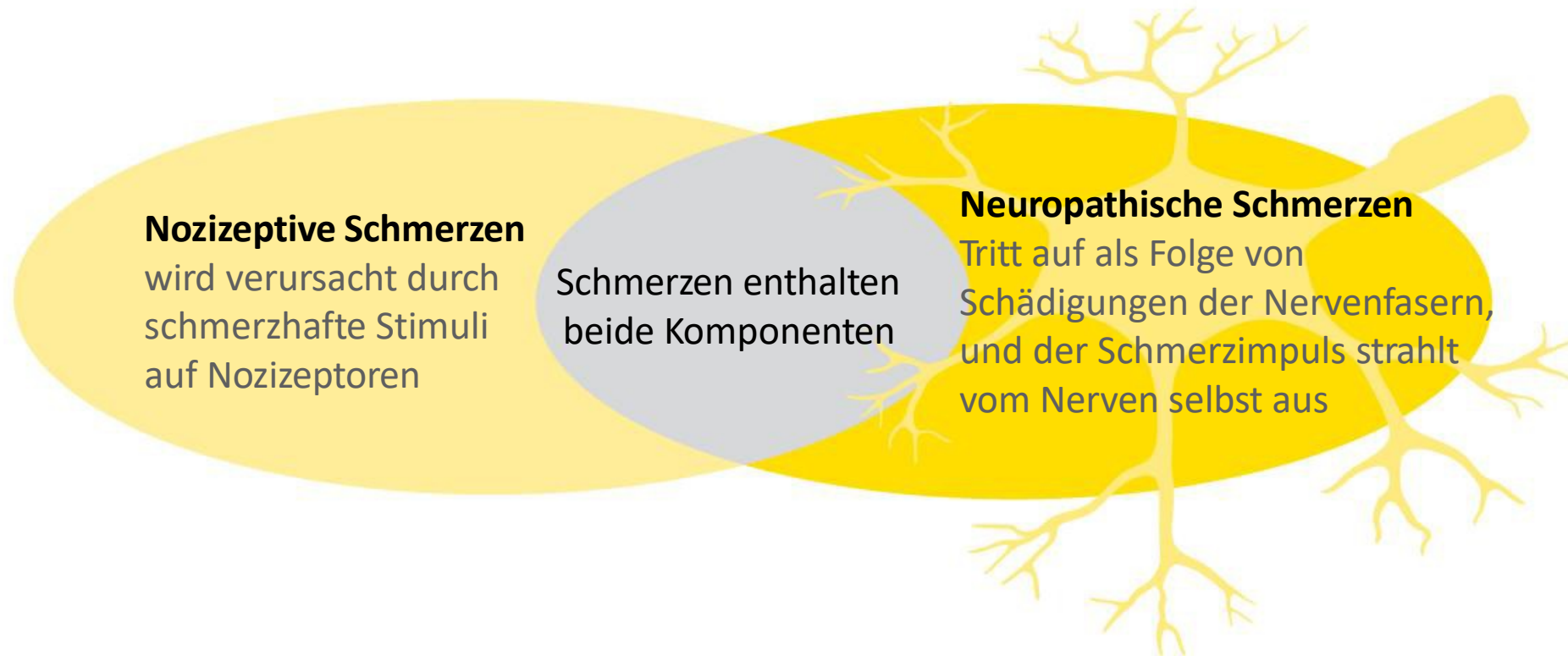
folgende Ursachen haben:

- Physikalische
- Chemische
- Entzündlich
- Infektiös

Beispiele

- Trigeminusneuralgie
- Deafferenzierungsschmerz beim Para- oder Tetraplegiker
- Phantomschmerz nach Amputation
- Bandscheibenvorfall (radikulär)

Die Schmerzkomponenten sind zu berücksichtigen



Schmerz sollte nach dem zugrunde liegenden Mechanismus behandelt werden, nicht nur auf Basis der Schmerzintensität¹

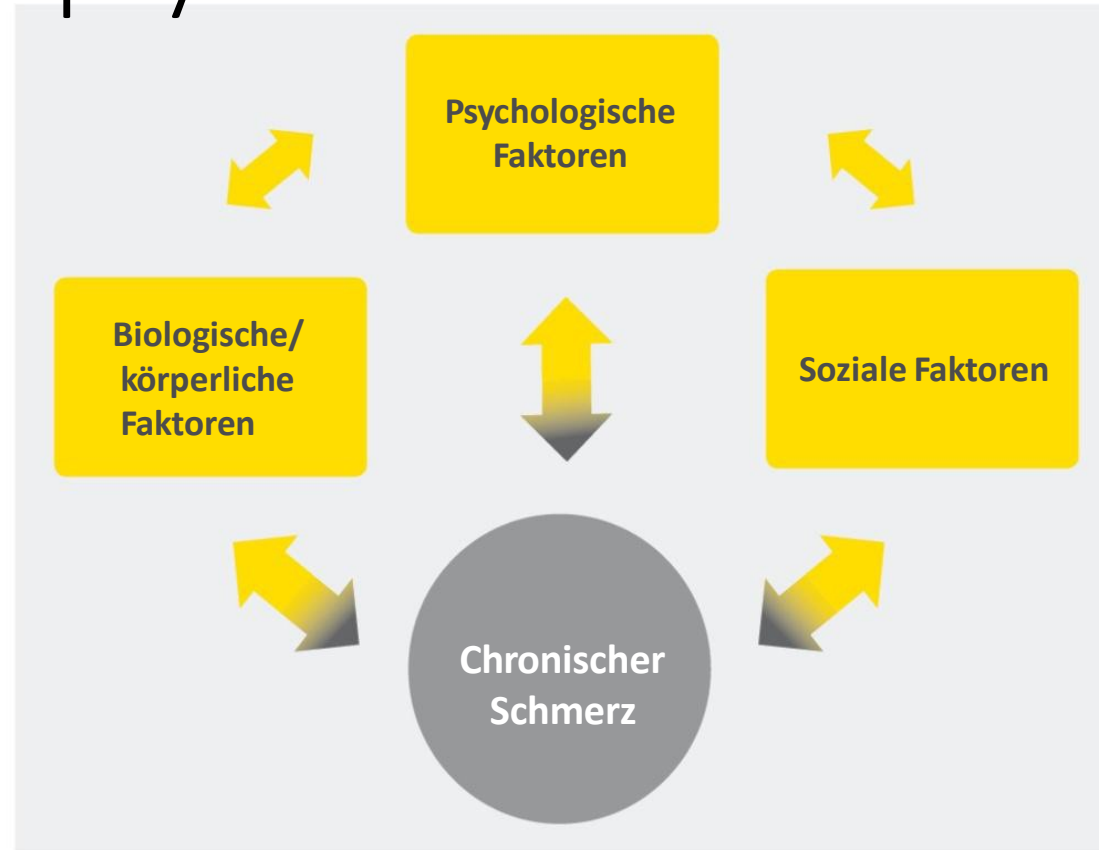
¹ Überall M., WHO-Stufenschema wird zu sklavisch befolgt

Ärztezeitung, 21.04.2005

Problem: Schmerzchronifizierung

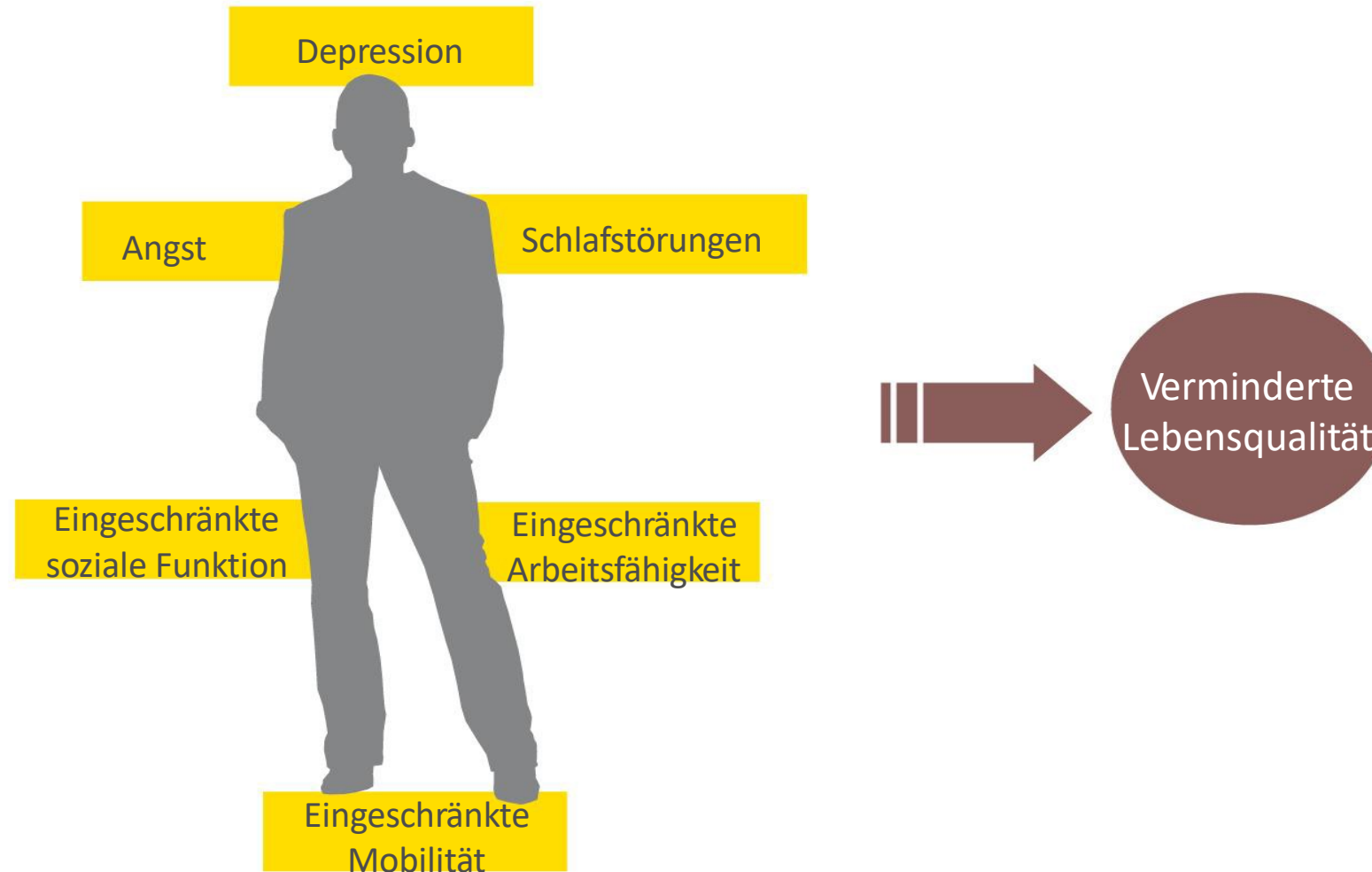
- Die Erkenntnisse der neurophysiologischen Prozesse erklären nicht, warum einige Schmerzen chronifizieren, andere nicht
- Die Definition des Schmerzes gibt die kausale Beziehung von Schädigung und Schmerz auf und erweitert unsere Sicht durch das bio-psycho-soziale Modell, liefert aber keine Hilfe für die Unterscheidung Akutschmerz / chronischer Schmerz

Chronischer Schmerz – ein Bio-psychosoziales Phänomen



Herausfordernde Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient um psychosoziale Komponenten zu durchbrechen

Schwerer chronischer Schmerz: Eine beträchtliche körperliche und psychische Belastung¹⁻⁴

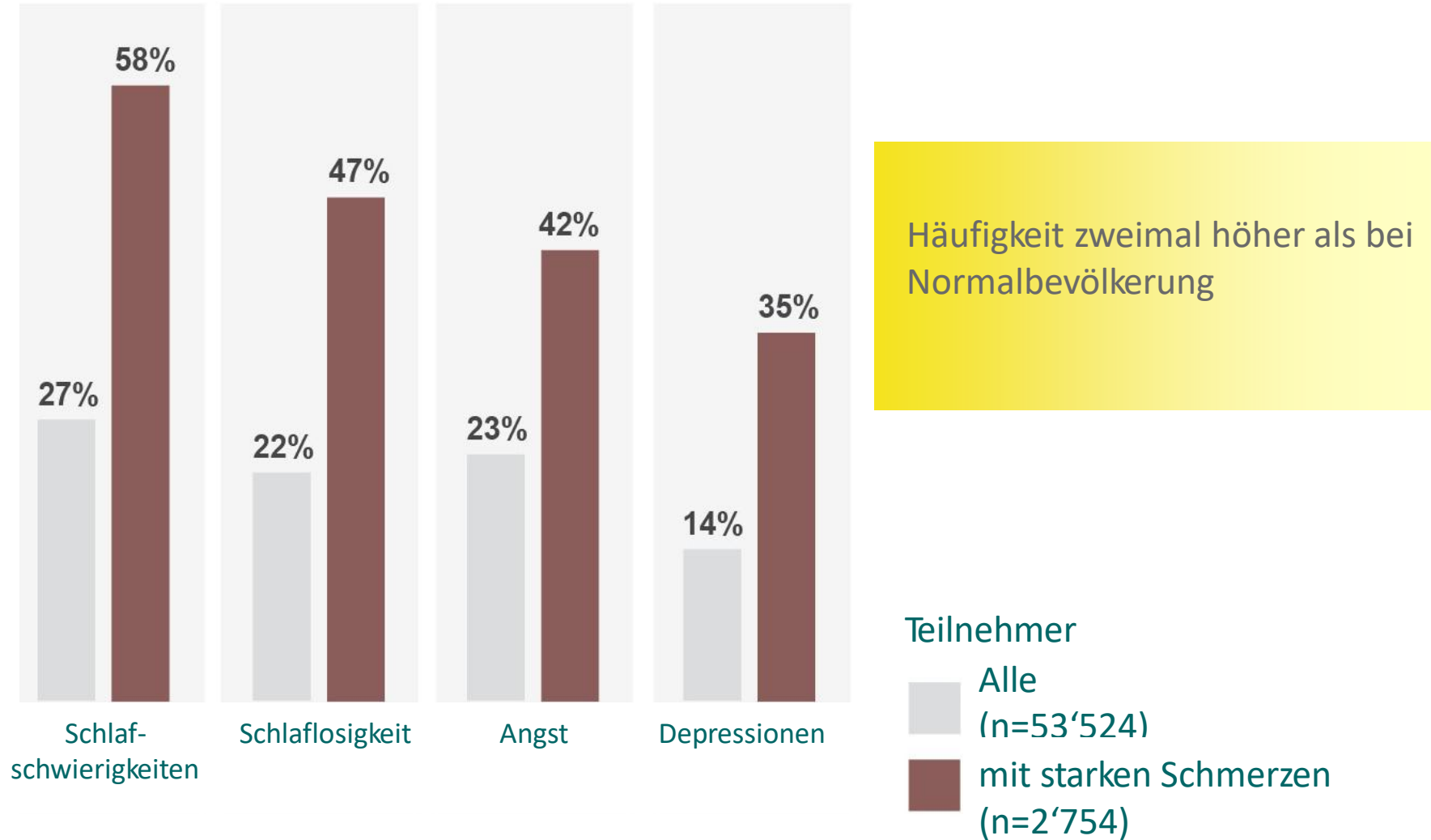


¹Breivik H *et al.* Eur J Pain 2006;10:287–333 ³Gore M *et al.* J Pain 2006;7:892–900

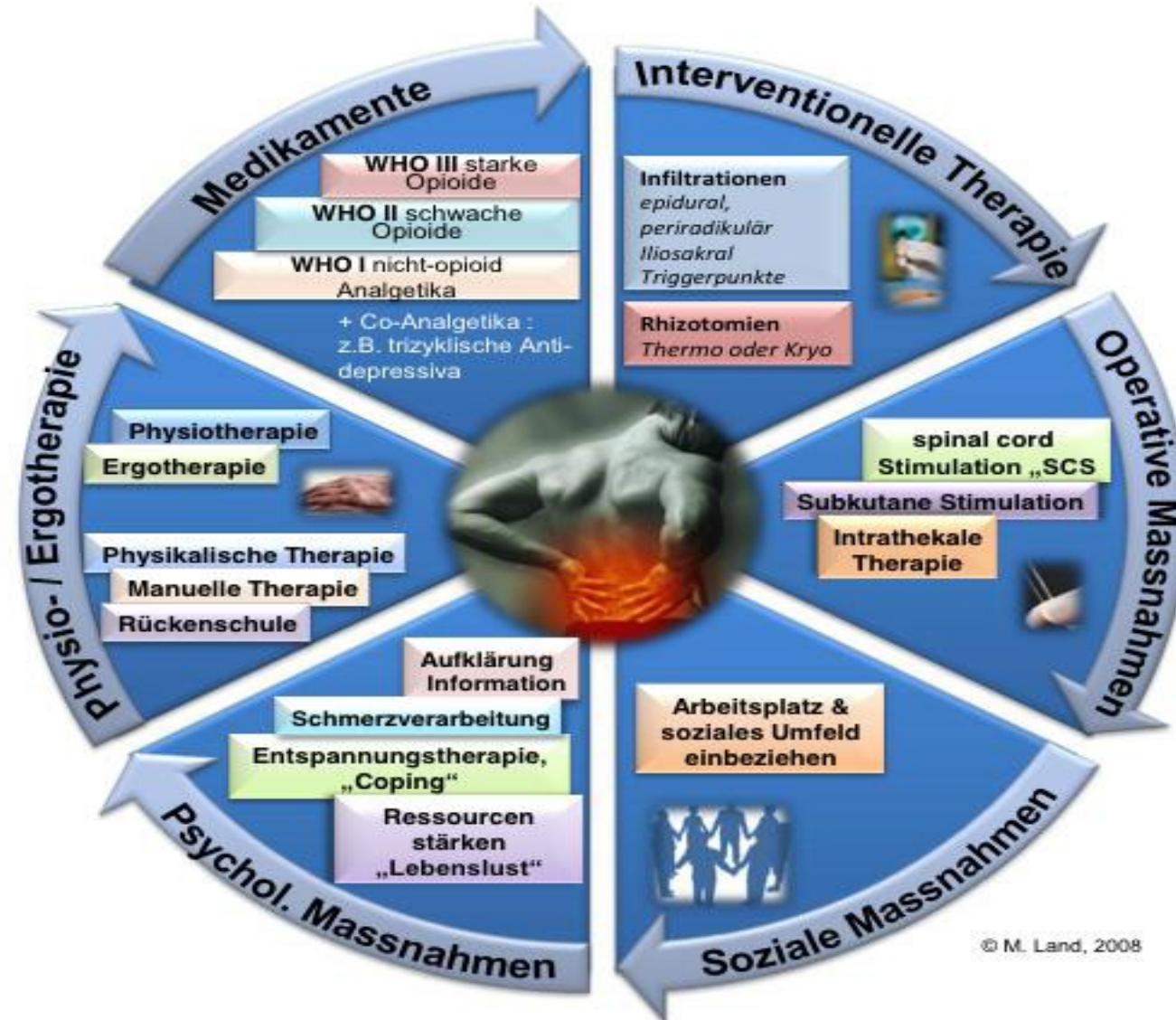
²Becker N *et al.* Pain 1997;73:393–400

⁴McDermott AM *et al.* Eur J Pain 2006;10:127-35

Begleitsymptome/Krankheiten bei starken Schmerzen



Komplexe Schmerzen erfordern eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie



Erweitertes WHO Stufenschema

			Stufe 4
	Stufe 2	Stufe 3	+ Interventionelle / Invasive Therapie
Stufe 1	+ Schwache Opioide	+ Starke Opioide	
Nichtopioid Analgetika / NSAR			
	Opioidrotation Blockadetechniken Denervierungstechniken Kontinuierliche rückenmarksnahe Analgesieverfahren Nervenstimulationstechniken		
Koanalgetika: Antidepressiva, Antikonvulsiva, Neuroleptika, Anxiolytika (Sedativa), zentrale Muskelrelaxanzien, Botulinum-A-Toxin, Kortikosteroide, Capsaicin, α 2-Adrenorezeptoragonisten, NMDA-Rezeptorantagonisten, Calcitonin, Biphosphonate Kotherapeutika: Antiemetika, Laxanzien Physikalische Therapie und Physiotherapie Psychologische Behandlungsverfahren			

Analgetika: Therapieoptionen

	Nozizeptive (NZ) Komponenten	Neuropathische (NP) Komponenten
Nicht-Opioide (NSAR)	+	-
Schwache Opioide	+	○
Starke Opioide	+	○
Co-Analgetika (Antidepressiva/Antikonvulsiva)	○	+

+ Wirksam ○ Teilweise wirksam - Nicht empfohlen bei NP
Modified from Davis et al. 2007

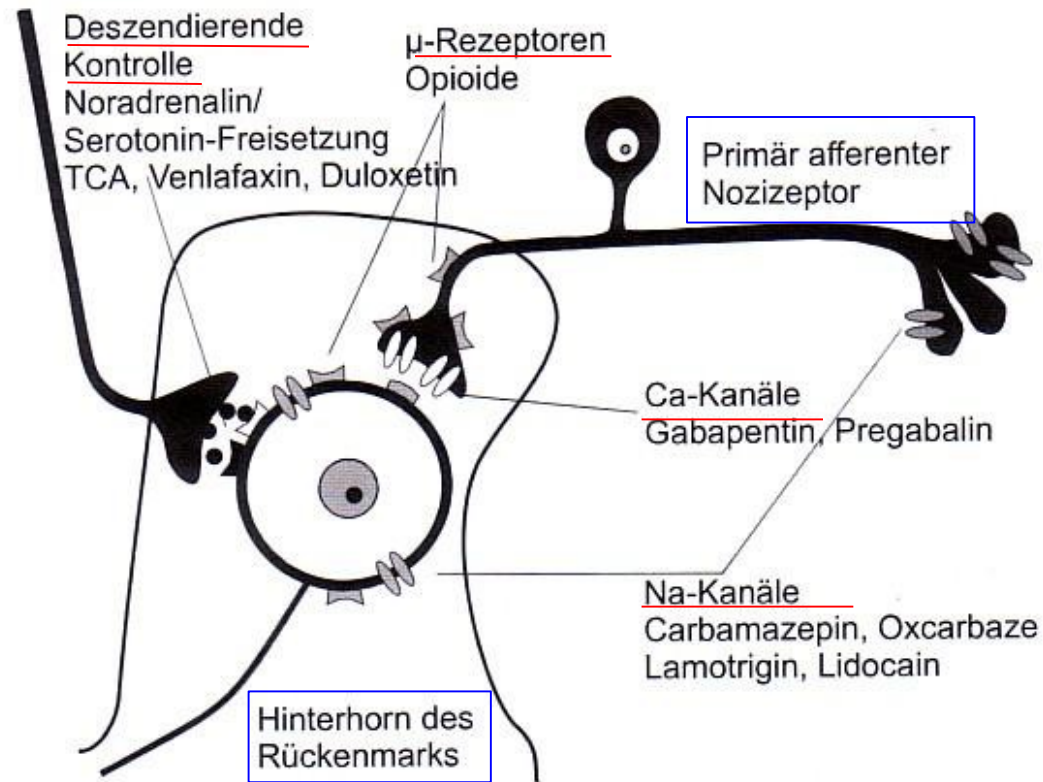
Es gibt derzeit keine Behandlung, die gleichermaßen optimal sowohl die neuropathische als auch die nozizeptive Komponente anspricht

¹ Varrassi G. & Müller-Schwefe HH. et al. Pharmacological Treatment of Chronic Pain - The Need for CHANGE, Current Medical Research & Opinion, 2010

Pharmakologische Rationale zur Substanzkombination

- Chronischer Schmerz oftmals Folge von mehr als einem Schmerzmechanismus
- Selten kann der Schmerz nur mittels eines Medikamentes kontrolliert werden
- Kombination von Substanzen mit verschiedenen Wirkmechanismen:
 - Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, die Schmerzleitung zu unterbrechen (additive / synergistische / potenzierende Wirkung)

Therapieprinzipien



Therapieoptionen

Medikamentöse Therapie

- NSAID, Paracetamol, Metamizol
 - Keine Evidenz, dennoch in 40% Teil der Medikation
- Antidepressiva
 - Tricycl (TCA): Amitriptylin, Desipramin EB: Level A
 - Sel. Serotonin Wiederaufnahmehemmer (SSRI): Fluoxetin, Citalopram, Paroxetin: Level C
 - Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI): Venlafloxin, Duloxetin: Level B bei diabetischer PN
(Sindrup 1999, Collins 2000, Rowbotham 2004, Goldstein 2005)
- Antikonvulsiva: Wirkung auf Na-Kanäle:
 - Carbamazepin: Level A bei Trigeminalneuralgie, sonst C; Lamotrigin: Level A als Add on bei Trigeminalneuralgie aber auch zentrale Schmerzen, diab. PN und HIV-ass. PN

Medikamentöse Therapie

- Antiepileptika: Wirkung auf Ca-Kanäle:
 - Gabapentin, Pregabalin: Level A
(Sindrup 1999, Finnerup 2002, Eisenberg 2003, Simpson 2003)
- Opioidanalgetika
 - Tramadol: PN und PHN
 - Oxycodon: PHN und diab.PN
 - Morphin: Phantomschmerz



Level A aber wegen NW und Toleranzentwicklung Level C in der Praxis
(Harati 1998, Sindrup 1999, Harke 2001, Boverau 2003, Gimbel 2003, Watson 2003)

Patienten mit chronischem Schmerz setzen Opioid-Behandlung häufiger aufgrund unerwünschter Ereignisse (UAW) ab, als aufgrund fehlender Wirksamkeit

Medikamentöse Therapie

- Cannabinoide
 - Tetrahydrocannabinol: Schmerzreduktion bei Multipler Sklerose
(Svendson et al. 2004)
- Topische Therapieoptionen
 - Lokalanästhetika: bei PHN und fokalen Neuropathien: Level A als Add on
(Galer 1999, Meier 2003)
 - Capsaicin 0.025-0.1%: bei diab. PN, PHN und Postmastektomie-Syndrom als Add on: Level B (TRP-VR1 Agonist)
(Bernstein 1989, Watson und Evans 1992)

PN: Polyneuropathie

PHN: postherpetische Neuralgie

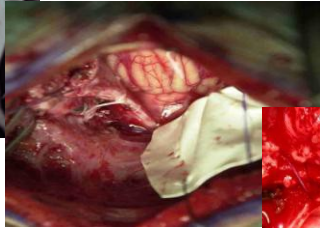
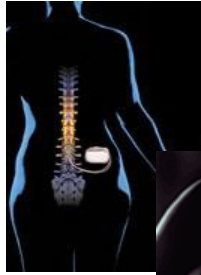
Interventionelle Optionen

Peripher	Selektive periphere Nervenblockaden (z.B. Medianusblockaden bei CTS) Plexusläsionen: Plexuskatheter CRPS I-II: IVRA, Sympathikusblockaden
Radikulär	Wurzelblockaden bei Radikulopathie oder postzosterischen Neuralgien in Akutphase
Spinal	Trauma, Syringomyelie eher <i>neurochirurgische Optionen</i>
Hirnnerv	Trigeminusneuralgie: Ganglion Gasseri Radiofrequenzbehandlung
Zerebral	<i>Eher neurochirurgische Optionen</i>

Neurochirurgische Schmerztherapie

- Spinal Cord Stimulation (SCS)
- Periphere Feldstimulation
- Schmerzpumpe
- OP nach Janetta
- Adhäsiolyse, Drainage, Duraerweiterung bei Syringomyelie

- Cordektomie
- Tiefe Hirnstammstimulation
- Dorsal Root Entry Zone Lesion (DREZ)
- Motorcortexstimulation

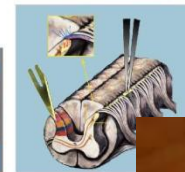


Two Methods of DREZ

Nashold method



TWMU method



Wann kann eine Schmerzmittelpumpe in Erwägung gezogen werden?

- Chirurgische Behandlung der Ursache nicht möglich
- Schmerzminderung mit Medikamenten ungenügend
- Patient psychologisch geeignet
- Erfolgreicher Pumpentest
- Keine Suchtprobleme
- Patient operabel

Nichtmedikamentöse Therapie

- TENS
 - Transmission nozizeptiver Signale kann durch Stimulation leitender A β -Fasern gehemmt werden:
Level B
- Psychologische Schmerztherapie
- Physiotherapie/Ergotherapie

MERKE

- Schwerer chronischer Schmerz ist seinem Wesen nach multifaktoriell
- Erfolgreiche Arzt-Patient-Beziehung ist der Schlüssel für erfolgreiches Schmerz-Management
- Optimale Patientenbetreuung und Sensibilisierung auf mögliche Medikamenten-Nebenwirkungen werden angestrebt
- Bewusstsein der Ärzte zur Differenzierung zwischen neuropathischem und nozizeptivem Schmerz soll weiter gestärkt werden
 - Schmerzen mit einer neuropathischen Komponente erfordern erhöhte Aufmerksamkeit, da diese Schmerzen häufig stärker und länger anhaltend sind und ihre Behandlung eine grössere Herausforderung darstellen kann, als jene der nozizeptiven Schmerzsyndrome

Stellenwert

Psychologie/Neuropsychologie/Psychiatrie

Psychische Chronifizierungsmechanismen

- Stimmung und Emotion
 - Depression
 - Erhöhte muskuläre Aktivierung mit gehäuften Verspannungen und Fehlhaltungen
 - Soziale Passivität mit Rückzugsverhalten
 - Negatives emotionales Erleben der eigenen Situation mit dysfunktionalen Kognitionen
 - Angst

Psychische Chronifizierungsmechanismen

- Schmerzbezogene Kognitionen, bzw. gedankliche Verarbeitung und Überzeugungen
 - Aggravation
 - Hilfs- und Hoffnungslosigkeit
 - Bagatellisieren
- Schmerzbewältigung und schmerzbezogene Verhaltensweisen

Psychosoziale Faktoren der Schmerzchronifizierung

- Aktuelle länger anhaltende Alltagsstressoren
- Verhalten von Ärzten und Therapeuten
 - Überdiagnostik
 - Information- und Aufklärungsmängel
 - Fehler bei der Medikation
 - Vernachlässigung psychosozialer Faktoren im Therapiekonzept

„Fear-Avoidance“-Modell

Angst, Schmerzen zu erleiden führt zur Vermeidung von körperlichen Aktivitäten und sozialen Kontakten

- körperliche Inaktivität vermindert die Belastbarkeit von Strukturen des Bewegungsapparates
- Dekonditionierung erhöht Schmerzempfindlichkeit
- Soziale Isolierung verstärkt bspw. Depression
- **Circulus vitiosus der Schmerzchronifizierung**

Psychologie in der Schmerzmedizin

Hilft Patienten bei Schmerzverarbeitung / besseren Bewältigung der Schmerzen, lindert psychische Belastung und führt zu Erhöhung der eigener Ressourcen

- Diagnostik
- Therapie
 - Gesprächspsychotherapie / Verhaltenstherapie / Entspannungsverfahren / Biofeedback / Hypnose / Autogenes Training / Musiktherapie / Kunsttherapie

Neuropsychologie in der Schmerztherapie

- Schnittstelle zwischen Neurologie und Psychologie
 - *Edukation* z.B. Biofeedback zur Demonstration des Zusammenhangs zwischen physiologischen Parametern, Stresserleben, Schmerzstärke
 - Unterstützung bei der *Kompensation*
 - *Restitution*: Hirnleistungstraining in Zusammenarbeit mit der Ergotherapie

Psychiatrischen Komorbiditäten bei Schmerzpatienten

Hinweise aus Anamnese und aktueller Medikation:

- frühere stationär-psychiatrische Behandlungen
- frühere ambulante psychiatrische Behandlungen
- frühere Psychopharmaka-Einnahmen
- Psychopharmaka in der aktuellen Medikation

Hinweise für das Vorliegen von psychiatrischen Komorbiditäten bei Schmerzpatienten

Hinweise aus Schmerzfragebogen :

- FSC (Fragebogen zur Schmerzchronifizierung)
 - HADS (Hospital Anxiety and Depression Score)
 - von Korff (Fragebogen zur schmerzbedingten Behinderung)
 - SF12 (Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (körperlich/mental))

Therapieziel

- Wiederaufnahme körperlicher Aktivitäten, Übernahme von Eigenverantwortung, Reduktion der Analgetika sowie Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit durch
 - Verstärkung der allgemeinen Aktivität
 - Verbesserung Beweglichkeit, Kraft, Ausdauer, Koordination
 - Kenntnisse über ergonomisches Verhalten am Arbeitsplatz und im Alltag
 - Verringerung der psychischen Beeinflussung und Belastung durch den Schmerz und seiner Folgen

Begutachtung



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV

Geschäftsfeld Invalidenversicherung

Verfahren und Rente

7. Juli 2015

IV-Rundschreiben Nr. 334

Neues Beweisverfahren zur Abklärung psychosomatischer Leiden (Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015)

1. Ausgangslage

Mit dem Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht seine Praxis zur Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente wegen somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer psychosomatischer Leiden geändert. **Die bisher geltende Vermutung, dass solche Leiden in der Regel mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar sind, wird aufgegeben.** Ab sofort ist in einem strukturierten Beweisverfahren das tatsächliche Leistungsvermögen betroffener Personen ergebnisoffen und einzelfallgerecht zu bewerten (E. 4 des Urteils).

Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 030/102 Entwicklungsstufe: 2k

- Begutachtung von Schmerzen ist eine interdisziplinäre ärztliche Aufgabe und erfordert Kompetenz sowohl zur Beurteilung körperlicher als auch psychischer Störungen
- Ablauf der Begutachtung in zwei Schritten:

Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 030/102 Entwicklungsstufe: 2k

- Begutachtung von Schmerzen ist eine interdisziplinäre ärztliche Aufgabe und erfordert Kompetenz sowohl zur Beurteilung körperlicher als auch psychischer Störungen
- Ablauf der Begutachtung in zwei Schritten:
 1. Beurteilung des Anteils der durch Schädigungen des Nervensystems und anderer Gewebearten erklärbarer Schmerzen (somatische Komponente)
 2. Ergänzend psychiatrische bzw. psychosomatische Begutachtung bei Hinweisen auf psychische Komorbidität

Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen

Differenzierung chronischer Schmerzsyndrome

- Kategorien von Schmerzen:

Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen

Differenzierung chronischer Schmerzsyndrome

- Kategorien von Schmerzen:

1. Schmerz als Begleitsymptom einer körperlichen Störung mit den Untergruppen (somatische Komponente)

- „Übliche Schmerzen“ als Begleitsymptom einer körperlich fassbaren Erkrankung bzw. einer Nervenschädigung.

- „Aussergewöhnliche Schmerzen“ z.B. bei Stumpf- und Phantomschmerzen oder im Rahmen eines „komplexen regionalen Schmerzsyndroms“ (CRPS)

Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen

Differenzierung chronischer Schmerzsyndrome

- Kategorien von Schmerzen:

2. Schmerz als Ausdruck einer primären psychischen Erkrankung insbesondere im Rahmen depressiver Störungen (psychische Komponente)

Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen

Differenzierung chronischer Schmerzsyndrome

- Kategorien von Schmerzen:

3. Körperlich zum Teil erklärbare Schmerzen mit psychischer Komorbidität als zahlenmässig grösste zur Begutachtung kommende Gruppe (gemischt somatische/psychische Komponenten)

Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen

Begutachungskriterien

- Detaillierte und umfassende Anamnese und Exploration
 - Nebst „üblichen“ Angaben zur Anamnese, körperlichen Befunden sollten Gutachten vor allem folgende Punkte enthalten:

Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen

Begutachungskriterien

- Detaillierte und umfassende Anamnese und Exploration
 - Nebst „üblichen“ Angaben zur Anamnese, körperlichen Befunden sollten Gutachten vor allem folgende Punkte enthalten:
 - Angaben zur Lokalisation, Dauer, Intensität, Häufigkeit, Verlauf , Abhängigkeit von Körperhaltungen, Tätigkeiten und Tageszeiten

Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen

Begutachtungskriterien

- Detaillierte und umfassende Anamnese und Exploration
 - Nebst „üblichen“ Angaben zur Anamnese, körperlichen Befunden sollten Gutachten vor allem folgende Punkte enthalten:
 - Ergebnissen bisheriger Behandlungsmassnahmen (z.B. Häufigkeit, Regelmässigkeit und Effekte von Arzt- und Therapeutenbesuchen, Häufigkeit, Dauer und Wirksamkeit eingenommener Medikamente)

Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen

Begutachtungskriterien

- Detaillierte und umfassende Anamnese und Exploration
 - Nebst „üblichen“ Angaben zur Anamnese, körperlichen Befunden sollten Gutachten vor allem folgende Punkte enthalten:
 - Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. Schlaf, Selbstversorgung, Haushaltsaktivitäten, Einkaufen, Gartenarbeit) und den verschiedenen sozialen Aktivitäten

Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen

Begutachungskriterien

- Ausführlicher psychopathologischer Befund mit Aussagen zu biographischen Faktoren der Entwicklung einer „Schmerzpersönlichkeit“ sowie Störungen der Schmerzverarbeitung

Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen

Begutachungskriterien

- Soweit aufgrund der rechtlichen Gegebenheiten möglich, Fremdanamnese - mit Einverständnis der zu Begutachtenden - begleitender Familienangehöriger oder Freunde

Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen

Begutachtungskriterien

- Ausführliche Beschreibung der gemachten Beobachtungen während der Begutachtung (z.B. Fähigkeit zum Stillsitzen, erforderliche Entlastungsbewegungen, Bewegungsmuster beim An- und Auskleiden, Körperpflege und äusseres Erscheinungsbild)

Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen

Begutachungskriterien

- Gutachtliche Beurteilung

- Die gutachtliche Beurteilung beruht im Wesentlichen auf der Beantwortung von 2 Fragen:
 - Sind angegebene Schmerzen und damit verbundene Funktionsstörungen „ohne vernünftigen Zweifel“ nachweisbar („Konsistenzprüfung“)?
 - Sind nachgewiesene Funktionsstörungen durch „zumutbare Willensanspannung“ wenigstens zum Teil überwindbar („Prüfung der willentlichen Steuerbarkeit“)?

Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen

- 1. „Konsistenzprüfung“
 - Schritt 1: „Konsistenzprüfung“ : kritische Zusammenschau von Exploration, Untersuchungsbefunden, Verhaltensbeobachtung und Aktenlage
 - Zweifel am Ausmass der Beschwerden können aufkommen, wenn Diskrepanzen erkennbar sind zwischen:
 - Subjektiv geschilderter Intensität und Vagheit der Beschwerden
 - Massiven subjektiven Beschwerden (einschliesslich Selbsteinschätzung in Fragebogen) und erkennbarer körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation
 - Eigenen und fremdanamnestischen Informationen (einschließlich der Aktenlage)
 - Schwerer subjektiver Beeinträchtigung und einem weitgehend intakten psychosoziale Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung
 - Ausmass der geschilderten Beschwerden und Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe
 - Am Untersuchungstag (und am Tag zuvor) als eingenommen angegebenen Medikamenten und dem Nachweis der Medikamente im Blutserum.
 - Soweit Klärung des tatsächlichen Ausmasses der Funktionsbeeinträchtigungen nicht möglich ist, sollte der Gutachter dies in seinem Gutachten klar ausdrücken

Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen

- 2. „Prüfung der willentlichen Steuerbarkeit“
 - Bei nachweisbaren Funktionsbeeinträchtigungen, gilt zu klären, ob und inwieweit angegebene Schmerzen willentlich zu überwinden wären, oder nicht. Hinweise auf Steuerbarkeit geben insbesondere nachfolgende Befunde:
 - Rückzug von unangenehmen Tätigkeiten (z.B. Beruf, Haushalt), jedoch nicht von den angenehmen Dingen des Lebens (z.B. Hobbys, Vereine, Haustiere, Urlaubsreisen), und/oder
 - Beibehalten von Führungs- und Kontrollfunktionen (z.B. Überwachung der Haushaltsarbeit von Angehörigen, Beibehaltung matriarchalischer/patriarchalischer Funktionen, Steuerung des Einkaufsverhaltens der Angehörigen) trotz erkennbarem Rückzug von aktiven Tätigkeiten

Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen

- Quantifizierung schmerzbedingter Funktionseinschränkungen
 - Schmerz als Begleitsymptom einer Gewebeschädigung oder -erkrankung: Stehen körperlicher Befund und Befinden in kongruentem Verhältnis, bestimmt die mit dem fachbezogenen Befund verknüpfte Funktionsbeeinträchtigung die Leistungsbeurteilung
 - Schmerz bei Gewebeschädigung/-erkrankung mit psychischer Komorbidität: Besteht keine Kongruenz zwischen Befund und Befinden, sind Funktionsbeeinträchtigungen nur relevant, wenn gleichzeitig ausgeprägte Einschränkungen im Alltagsleben trotz ausreichender und angemessener Therapie nachweisbar sind
 - Schmerz als Leitsymptom einer psychischen Erkrankung: Handelt es sich um eine Schmerzsymptomatik ohne erkennbare Gewebeschädigung oder -erkrankung, orientiert sich die Einschätzung am Schweregrad der zugrunde liegenden psychischen Erkrankung

Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen

- Klärung von Zusammenhangsfragen
 - Soweit zusätzliche Fragen zum Zusammenhang zwischen einem Schädigungsereignis und angegebenen Schmerzen zu klären sind, basiert Beweisführung auf :
 - Nachweis eines geeigneten körperlichen und/oder psychischen Primärschadens
 - Nachweis des zeitlichen Zusammenhangs (Ausnahmen: z.B. anfängliche Analgesie, sekundäre Komplikationen)
 - Nachweis des typischen Schmerzverlaufs
 - Nachweis von Vorerkrankungen (Vorschaden): vorübergehende oder - im Einzelfall auch dauerhafte - Verschlimmerung des Vorschadens aufgrund des Schädigungsereignisses ist zu diskutieren
 - Ausschluss / Nachweis konkurrierender Erkrankungen: Wenn Verlauf von Schmerzsyndromen anders ist , als zu erwarten, ist zu klären, inwieweit schädigungsunabhängige Faktoren nachweisbar sind, die (inzwischen) massgebliche Schmerzursache darstellen

Schlussfolgerung

- Für den Gutachter sind wichtig
 - Ausgedehnte Allgemein- und Schmerzanamnese (Auslöser, Dauer, Charakter, Intensität)
 - Mass der Beeinträchtigung (Befragung, Beobachtung, klinische Untersuchung)
 - Klassifizierung des Schmerzes, Suche nach Komorbiditäten
 - Somatisch
 - Nozizeptiv
 - Neuropathisch
 - Psychogen
 - Somatisch mit psychiatrischer Komorbidität
 - Konsistenzprüfung
 - Prüfung der willentlichen Steuerbarkeit
 - Würdigung der Befunde und bereits durchgeführten Massnahmen