

Die psychiatrische Begutachtung von Schmerzstörungen

Eine interdisziplinäre Aufgabe mit (oft entscheidender) psychiatrischer Beteiligung

Hans Georg Kopp

Am Ende von vergeblichen schmerztherapeutischen Bemühungen steht oft das Gutachten. Deshalb hier ein kurzer Abriss über die Rolle des Psychiaters als Gutachter bei Schmerzpatienten mit Hinweisen zum rechtlichen und medizinischen Rahmen solcher Abklärungen, zu Schwerpunkten im Abklärungsvorgang, zur diagnostischen Konzeptualisierung der verschiedenartigen Zusammenhänge zwischen Schmerz und psychischen Einflussfaktoren und schliesslich ein Hinweis auf Kriterien aus dem Fachbereich der Psychiatrie, die zur Festlegung der Zumutbarkeit dienen.

Rechtlicher Rahmen

Bei Arbeitsunfähigkeit (bezogen auf die bisherige berufliche Tätigkeit) oder bei Erwerbsunfähigkeit (ob in einer generellen Betrachtungsweise andere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aus medizinischer Sicht noch zumutbar sind) spielt der Begriff der *Zumutbarkeit* eine zentrale Rolle, wozu der Gutachter die medizinischen Grundlagen und Argumente zu liefern hat. Dabei sind Erwerbsfähigkeit und Invalidität Begriffe beziehungsweise Grössen, die von den Rechtsanwendern (den Versicherungen und im Streitfall vom Gericht) bestimmt werden. Ebenso ist die Zumutbarkeit

ein normativer Begriff, über den letztlich die Juristen entscheiden. Zumutbarkeit ist aus juristischer Sicht auf ein bestimmtes Verhalten gerichtet, das man erwarten oder verlangen darf, selbst wenn dieses Verhalten allenfalls mit Unannehmlichkeiten oder sogar Opfern verbunden sein kann. In diesem Zusammenhang verweist der Gesetzgeber auch auf die sogenannte Schadenminderungspflicht des Versicherten (Näheres zum Begriff der Zumutbarkeit und deren Beurteilung findet sich im Artikel von Oliveri et al. in der Forumsbeilage der Schweizer Ärztezeitung [1], siehe auch Marelli [2]).

Gutachterliche Fragen beziehen sich auch auf noch mögliche therapeutische Optionen sowie auf Fragen der Kausalität.

Medizinischer Rahmen der psychiatrischen Abklärung einer Schmerzsituation

Idealerweise kann eine solche Abklärung in einem interdisziplinären Team erfolgen, das auch im Alltag miteinander klinisch tätig und gut eingearbeitet ist. Die somatisch tätigen Gutachter erwarten in aller Regel vom psychiatrischen Teilgutachter, dass er mit seinen fachlichen Ansätzen die Erklärungslücke «füllen» hilft, wieso so viel Schmerz beklagt wird beziehungsweise was die Gründe für den erheblichen Funktionsausfall beziehungsweise andere Verhaltensauffälligkeiten sind. Insbesondere im Falle von Widersprüchen, inkonsistentem oder auffälligem Verhalten kann eine stationäre Durchführung einer interdisziplinären Begutachtung mehr Information bringen und den zusätzlichen Kostenaufwand rechtfertigen. In diesem Rahmen spielen dann auch Verhaltensbeobachtungen im Rahmen eines Therapieprogramms und allenfalls eine eigentliche Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) eine wichtige Rolle (1). Solche Verhaltensbeobachtungen, erhoben und ausgewertet von geschulten Beobachtern, werden dann auch in die psychiatrische Beurteilung miteinbezogen.

Hinweise zur psychiatrischen Untersuchung eines Schmerzpatienten

Vorgängig sei auf die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen verwiesen (3). Auch der psychiatrische Gutachter folgt den bewährten Regeln im Vorgehen eines jeden psychiatrischen Konsiliararztes, der eine Schmerzsituation abzuklären hat. Er wird sich

für die praktischen Auswirkungen der Symptomatik auf Funktion und Bewältigungsmuster im Alltag interessieren; sinnvoll ist in aller Regel eine systematische Erhebung des ganzen Tagesablaufes rund um die Uhr. Hier führt *konkretisierendes Nachfragen* und die *Bitte um Beispiele* oft zur Klärung von wichtigen Umständen oder von systemischen Einflussfaktoren, also auf Umstände der Lebenssituation, die der Betroffene selber spontan nie erwähnt hätte. Wenn die Rolle von Einflussfaktoren trotz präzisierendem Nachfragen unklar bleibt, gar verneint wird oder wenn keine konsistente Schilderung des Tagesablaufs gegeben werden kann, ist dies mindestens ein Hinweis darauf, dass der Betroffene nicht versucht hat, einen konkreten Umgang mit seiner Schmerzsituation zu finden (maladaptiver Umgang im Sinne einer sogenannten Symptomausweitung) oder gegebenenfalls Symptome oder eine Situation schildert, die er in der geschilderten Art beziehungsweise in diesem Ausmass gar nicht erlebt. Bei der Anamnese des Schmerzleidens spielen auch das Verständnis und subjektive Erleben der bisherigen Abklärungen und Therapie eine Rolle. Die Erhebung der Biografie gibt schliesslich Aufschluss über eventuelle Traumatisierungen und emotionale Deprivation, die als prädisponierende Faktoren für eine somatoforme Schmerzstörung infrage kommen könnten, ferner über Aspekte der Persönlichkeitsentwicklung und des individuellen Umgangs (Coping) mit Belastungssituationen und diesbezügliche Ressourcen.

Zusammenhänge zwischen Schmerz und psychischen Einflussfaktoren

Vorweg einige Bemerkungen zu den Grenzen der ICD-10-Diagnostik in der Beurteilung einer chronischen Schmerzsituation:

Der syndromale Betrachtungsansatz im Sinne einer zeitlichen Momentaufnahme der Psychopathologie bildet schlecht eine chronische Schmerzsituation ab, die in aller Regel als Resultat eines längeren Prozesses aufgefasst werden muss (mit Einflussgrössen wie erhöhter Vulnera-

bilität, auslösendem Faktor und verlaufsbeeinflussenden Faktoren). Ebenfalls werden damit die üblichen Mischbilder mit Anteilen einer Angstsymptomatik, depressiven Symptomen und somatoformer Symptomatik schlecht erfasst. Die kategoriale Diagnostik bildet auch mangelhaft psychische Auffälligkeiten im sogenannten «Schwellenbereich» ab. Gleichsam im Schatten von gut etablierten Störungen finden sich bei Schmerzpatienten oft schwierig zu klassifizierende Auffälligkeiten wie mislaunische Gespanntheit, Ärger und Aggressivität (letztere Faktoren werden wahrscheinlich hinsichtlich ihrer verlaufsbeeinflussenden Rolle bisher zu wenig gewichtet), ferner Klagen über Müdigkeit und Erschöpfbarkeit, Schwindel und Zeichen von unterschwelligen psychischen Traumatisierungen, die nicht das Ausmass einer posttraumatischen Belastungsstörung erreichen.

Zusammenwirken von Psyche und Schmerz

(vgl. *Tabelle 1*)

Depressive Symptome in unterschiedlichem Ausprägungsgrad (bis hin zu schweren depressiven Episoden, kaum aber mit psychotischer Symptomatik) finden sich häufig bei Schmerzpatienten, unter anderem auch mit atypischer Erscheinungsform im Sinne einer sogenannt atypischen Depression. Chronischer Schmerz macht aber nicht automatisch depressiv: Publierte, sehr unterschiedlich hohe Häufigkeiten von Depression bei chronischen Schmerzen hängen wohl von der Patiententstichprobe ab. Chronischer Schmerz, verstanden als ein Schmerzproblem mit somatischem Kern wird in der Regel zwar von einer gewissen psychischen Verstimmung im Sinne von Missmut, Lustlosigkeit und Depriemiertheit begleitet, was im fachpsychiatrischen Sinne noch nicht einer Depression entspricht (man spricht dann allenfalls von einer «algogenen» Verstimmung, die ggf. als psychische Anpassungsstörung klassifiziert werden kann). Eine depressive Stimmungslage verstärkt in aller Regel die subjektiv empfundene Schmerzstärke, erhöht den Leidensdruck und untergräbt die Bewältigungsstrategien des Betroffenen. Deshalb ist die Feststellung einer Depression und ihres Schweregrades sowohl hinsichtlich der Bedeutung der Depression für sich allein wie auch in ihrem Zusammenwirken mit dem Schmerz versicherungspsychiatrisch relevant.

Zusammenwirken von Schmerz mit einer der verschiedenartigen *Angststörungen*, die oft untereinander kombiniert sind, oft in Komorbidität mit einer depressiven Komponente: Angst tritt dabei insbesondere unter dem Bild von Angst vor Bewegung auf (4) und als ein Schrittmacher in die Chronifizierung mit katastrophisierenden Kognitionen hinsichtlich Schmerz

Tabelle 1:

Schmerz und Psyche

- Chronischer Schmerz ≠ depressiv
- Schmerz ↔ Spektrum von Schweregraden depressiver Symptomatik/Störungen
- Schmerz ↔ Angststörungen (plus evtl. Depression)
- Schmerz ↔ Ärger
- Schmerz dysfunktionale Bewältigung (Symptomausweitung)
- Schmerz als Ausdruck einer psychischen Störung (somatoforme Schmerzstörung)

und vermeintlicher Gefahr bei Bewegung. Das Resultat ist Inaktivität und Selbstlimitierung. Ferner finden sich bei Schmerzpatienten oft Ärger und Anspannung (mit schmerzverstärkender Wirkung, ein Teufelskreis).

Chronischer Schmerz in Kombination mit einem ausgesprochen **dysfunktionalen Bewältigungsverhalten** (entweder zwanghafte, unflexible Durchhaltestrategien oder viel häufiger Passivität, unrealistische Heilungserwartungen und Vermeidung von Aktivität im Sinne einer Selbstlimitierung, sog. «Symptomausweitung») (1): Solche passiven, dysfunktionalen Strategien sind oft – bei im Kern somatischer Schmerzproblematik – letztlich das Hauptproblem und erklären den weit über das somatisch Erklärbare hinaus ausgeweiteten Funktionsausfall. Die genaue Erhebung der individuellen Bewältigungsmuster und der Situationen, die sich der Patient auf der Aktivitätsebene nicht mehr zumutet (wo er sich selber limitiert) ist deshalb eine wichtige Aufgabe der Untersuchung. Ebenso sollte herausgearbeitet werden, inwiefern diese Bewältigungsstrategie das Resultat eines dysfunktionalen Lernprozesses ist (in Interaktion mit dem Umfeld) oder allenfalls auch durch ein bestehendes depressives Syndrom oder eine Angststörung erklärt werden muss (die dann diagnostisch im Vordergrund steht).

Somatoforme Schmerzstörung: Eine dysfunktionale Bewältigungsstrategie als Hauptproblem mit ausgeweitetem Funktionsverlust («Symptomausweitung» mit äusserst stark und oft plakativ geschilderter Schmerzsymptomatik, in diesem Ausmass bei weitem nicht somatisch erklärbar) muss sorgfältig von einer *anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)* unterschieden werden (1). Die beiden Konzepte überlappen sich ober-

Tabelle 2:

Somatoforme Schmerzstörung

Mehrdimensionales beschreibendes Modell (Henningsen P. Orthopäde 2004: 33, 558–567)

- Schmerz als Leitsymptom (Ausmass Erklärungslücke, psychogene Präsentation)
- Andere somatoforme Körperbeschwerden (Tendenz zu generalisierter Somatisierung)
- Depressivität und Angst (u.a. Leidensdruck, Hypochondrie)
- Ursachenüberzeugung, interaktionelle und soziale Faktoren (dysfunktionales Inanspruchnahmeverhalten → Prognose)
- Persönlichkeit und Biografie (Traumatisierung usw.)

flächlich hinsichtlich der Kriterien einer Erklärungslücke für den als stark beschriebenen, allfällig topografisch ausgeweiteten Schmerz (gegenüber dem, was im Kern noch somatisch erklärbar wäre). Ferner besteht eine Überlappung im Merkmal des Funktionsdefizits und auch hinsichtlich dessen, dass psychische und soziale Probleme bestehen (chronische Schmerzpatienten haben in aller Regel psychosoziale Probleme!). In der Praxis führt die Situation wahrscheinlich dazu, dass eine eigentliche anhaltende somatoforme Schmerzstörung deutlich zu häufig diagnostiziert wird.

Statt des theoriegeleiteten Ansatzes der ICD-10 für somatoforme Störungen bewährt sich in der klinischen Praxis viel mehr ein Vorgehen, das Vorhandensein von klinisch feststellbaren Merkmalen zu prüfen, die bei somatoformen Störungen mehr oder weniger typisch gefunden werden und bei einer Häufung das Vorliegen einer somatoformen Störung wahrscheinlich machen. Es sind dies Kriterien nach Henningsen im Sinne einer Indizienliste, die keineswegs alle kumulativ erfüllt sein müssen (Tabelle 2).

Exkurs zu den somatoformen Störungen

Ganz allgemein ist die Komorbidität von somatoformer Symptomatik mit einer Angststörung und Depression ausgeprägt, mit negativen Konsequenzen für das Funktionsniveau. Oft sind mehrere somatoforme Symptome gleichzeitig vorhanden. Man tut gut daran, systematisch nach dem Vorhandensein aller drei Dimensionen im konkreten Fall zu suchen.

Eine neue Konzeptualisierung des somatoformen Störungsspektrums wird diskutiert, einerseits radikale Änderungsvorschläge aus dem angelsächsischen Raum, das Konzept von somatoformen Störungen ganz abzuschaffen, andererseits wahrscheinlich sinnvollere Ansätze, allgemein Patienten aus dem weiten Spektrum von Depression, Angst und Somatisierung in einem dimensional (also nicht kategorialen) Modell mit den drei Achsen somatoforme Symptomatik, Depression und Angst zu fassen, ergänzt durch eine übergeordnete Ebene der Art der Krankheitsverarbeitung (5).

Die Therapieprognose von mittlerweile chronifizierten somatoformen Störungen (somatoforme Schmerzstörungen oder Schmerzen im Rahmen einer eigentlichen Somatisierungsstörung) ist gemäss allgemeiner klinischer Erfahrung zurückhaltend zu stellen. Relativ gute Therapieerfolge wurden für ein Vorgehen mit psychodynamischer Gruppentherapie publiziert, was aber nur für Betroffene zutreffen dürfte, die spezielle Motivation und Ressourcen mitbringen.

Entsprechend wird es mehr oder weniger wahrscheinlich, dass eine vorliegende Schmerzproblematik mittlerweile einen somatoformen Anteil bekommen hat oder auch in typischer Weise einer somatoformen Schmerzstörung entspricht. Ob eine somatoforme Störung, also eine eigentliche psychische Störung mit vorwiegend körperlichen Klagen vorliegt, ist wichtig zu definieren, da die Diagnose einer somatoformen Störung doch Konsequenzen für die weitere Therapie, die längerfristige Prognose und vor allem für die versicherungsmedizinische Beurteilung hat.

Beurteilung der Zumutbarkeit aus psychiatrischer Sicht

Die Rechtsprechung geht von einer normgemäss erwartbaren beziehungsweise zumutbaren Willensanstrengung aus, um innere Erschwernisse wie Unpässlichkeiten, Schmerzen und psychische Symptome zu überwinden, die einer geforderten Leistung im Wege stehen. Psychische Störungen von erheblichem Schweregrad beeinträchtigen oder verunmöglichen häufig diese Fähigkeit zu einer Willensanstrengung. Daraus definiert sich auch deren Krankheitswertigkeit. Wo keine krankheitswertige psychische Störung (also nur eine leichte psychische Störung) oder gar keine psychische Störung vorhanden ist, entfällt somit aus dieser Betrachtungsweise heraus die zureichende Begründung, eine Einschränkung der Fähigkeit zu einer solchen Willensanstrengung zu attestieren. Daraus ist auch abzuleiten, dass beim Vorliegen einer «blossen» dysfunktionalen Bewältigungsstrategie ohne gleichzeitige psychische Störung *keine* Minderung der Fähigkeit zu einer Willensanstrengung aus psychiatrischer Sicht vorliegt. Normgemäss ist somit zu erwarten, dass ein solcher dysfunktionaler Patient oder Versicherter den Willen beziehungsweise die Fähigkeit aufbringen könnte, sich anders einzustellen und zu verhalten. Insbesondere sei dabei auf Situationen verwiesen, wo sich multiple Inkonsistenzen im Verhalten (allenfalls auch in Kombination mit inkonsistenten Angaben und inkonsistenten emotionalen Reaktionen) finden. In solchen Situationen ist es wahrscheinlich, dass die Grenzen des effektiven Könnens beziehungsweise der Zumutbarkeit nicht dort liegen, wo sie von der betroffenen Person angegeben beziehungsweise vor-demonstriert werden (1). Aus einzelnen Inkonsistenzen sollten hingegen keine übergeneralisierenden Schlüsse gezogen werden. Eine interdisziplinäre Gesamt-

betrachtung ist hier sehr hilfreich. Dabei hat der Psychiater auch zu beurteilen, inwiefern eine psychische Störung (depressives Syndrom, Angststörung) die Inkonsistenzen zu erklären vermag.

Beim Vorliegen einer ausgeprägten Depression wird diese begleitend in der psychiatrischen Einschätzung

Bei einer «blossen» dysfunktionalen Bewältigungsstrategie ohne gleichzeitige psychische Störung liegt aus psychiatrischer Sicht **keine** Minderung der Fähigkeit zu einer Willensanstrengung vor.

der Zumutbarkeit sein, die schmerzverstärkende Wirkung der Depression ist zusätzlich in Rechnung zu stellen. Ein Ähnliches gilt für Angststörungen. In jedem Fall ist auch zu berücksichtigen, inwiefern die Situation aus psychiatrischer Sicht suffizient «austherapiert» ist und in welchem Ausmass eine chronifizierende, sozial desintegrierende Entwicklung stattgefunden hat. Es sei dabei auf die Kriterien von Foerster verwiesen (zitiert in [2]).

Die Einschätzung der Zumutbarkeit beim Bestehen einer sogenannten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung hat in den letzten Jahren Anlass zu lebhaften Diskussionen zwischen Versicherungen, der Rechtsprechung und den psychiatrischen Experten in der Schweiz geführt.

Tabelle 3:

Somatoforme Schmerzstörung

Mitwirkende psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer

oder aber

1. chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission
2. ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens
3. ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn)
4. unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person.

Die Schweizer Rechtsprechung auf Stufe des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes (EVG) hat den Grossteil der sogenannten Foersterschen Kriterien (für eine Beeinträchtigung der Zumutbarkeit einer Willensanstrengung) im Sinne eines Leiturteils übernommen (Tabelle 3). In dieser Form sind sie auf Fälle somatoformer Schmerzstörung und neuerdings auf Fälle von Fibromyalgie anwendbar. Diese Rechtsprechung des EVG bedeutet gegenüber dem früheren Zustand einen deutlichen Fortschritt, sie muss wahrscheinlich weiterentwickelt werden. Im Übrigen existieren auch ähnliche Kriterienlisten (siehe Referat Jeger J., Vortrag vom 15.05.2006 unter www.asim.unibas.ch) Die vom EVG genannten Kriterien sind nicht als Checkliste aufzufassen, die abgearbeitet werden muss, das psychiatrische Gutachten soll jedoch die notwendige Information dazu liefern. Ob die Kriterien erfüllt sind, entscheidet letztlich das Gericht.

Fazit

Beim Gutachten über eine Schmerzsituation geht es um die Herausarbeitung eines plastischen Bildes, damit sich auch der Richter ein eigenes Urteil über das Erleben und Funktionieren der betroffenen Person in ihrem konkreten Lebensumfeld verschaffen kann. Dies gibt dem Richter die Möglichkeit, die Wertung des psychiatrischen Experten nachzuvollziehen oder eventuell auf dieser Grundlage im Sinne einer normativen Wertung zu anderen Schlüssen, also einer anderen Zumutbarkeit zu gelangen. Damit ist auch klar, dass die blosser Nennung einer psychiatrischen Diagnose diesen Erfordernissen bei weitem nicht genügen kann. ■



*Dr. med. Hans Georg Kopp
Leitender Arzt Psychosomatik
Rehaklinik Bellikon
5454 Bellikon*

Interessenkonflikte: keine

Literatur:

1. Oliveri M. et al. (2006) Grundsätze der ärztlichen Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit. *Schweiz. Med. Forum* 6: 420-431 (Teil 1) und 448-454 (Teil 2).
2. Marelli R (2004) Schmerz und Arbeitsunfähigkeit. *Schweiz. Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie* 4: 26-29.
3. *Schweizerische Ärztezeitung* (2004) 85: 1048-1051.
4. Vlaeyen JWS et al. (2000) Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 85: 317-332.
5. Henningsen P. et al. (2003) Medically unexplained physical symptoms, anxiety and depression: a meta-analytic review. *Psychosom. Med.* 65: 528-533.