



Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen

Dr. Holger Schmidt, Leiter Fachgruppe Neurologie
Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin Suva, Luzern
Nottwil, 08.02.2019

suva

Was ist Versicherungsmedizin?

1. **Bewertung von Gesundheitsrisiken bei Antrag auf Versicherungsschutz (Screening, Prognose)**
2. **Bewertung von gesundheitlichen Einschränkungen und Bewertung von Kausalität (Diagnose, Kausalität)**
3. **Krankschreibung (Diagnose, Prognose, Intervention)**
4. **Begutachtung von Langzeit-Behinderung (Diagnose, Prognose, Intervention)**
5. **Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung (Intervention)**
6. **Ermöglichen von gesellschaftlicher Teilhabe für behinderte Personen (Intervention)**

Was ist Versicherungsmedizin?

1. Bewertung von Gesundheitsrisiken bei Antrag auf Versicherungsschutz (Screening, Prognose)
2. Bewertung von gesundheitlichen Einschränkungen und Bewertung von Kausalität (Diagnose, Kausalität)
3. Krankschreibung (Diagnose, Prognose, Intervention)
4. **Begutachtung von Langzeit-Behinderung (Diagnose, Prognose, Intervention)**
5. Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung (Intervention)
6. Ermöglichen von gesellschaftlicher Teilhabe für behinderte Personen (Intervention)

Erwartungen der Rechtsanwender

- ✓ Aufnahme der persönlichen, gesundheitlichen und beruflichen Anamnese
- ✓ Wiedergabe der geklagten Beschwerden
- ✓ Beschreibung der objektiven Befunde
- ✓ Feststellungen darüber, welche Funktionen wie eingeschränkt sind
- ✓ Diskussion der Differentialdiagnosen

Eine rechtliche Bestandesaufnahme mit Empfehlungen für die Praxis

Arbeitsunfähigkeitszeugnisse: Ärzte zunehmend im Fokus der Justiz (Teil 1)

Ärzte müssen immer häufiger Rechenschaft über die von ihnen ausgestellten Zeugnisse ablegen. Der erste Teil des Beitrags behandelt die rechtlichen Grundlagen, der zweite in der nächsten SÄZ-Ausgabe bietet konkrete Lösungsvorschläge für die Zeugnisformulierung und das Verhalten gegenüber nachfragenden Arbeitgebern oder Vertrauensärzten.

Von der Auftragsannahme bis zum Erstellen des Gutachtens.

Begutachtungsprinzipien

1. Schmerz ist eine subjektive Beschwerde, deren zugrunde liegende Störungen zu klären sind
2. Die Auswirkungen der Störungen sind zu klären («Zumutbare Willensanstrengung»)
3. Interdisziplinäre Aufgabe:
 - Schadenklärung im Fachgebiet
 - Klärung psychischer Komorbidität

Hauptfragen der gutachterlichen Beurteilung von Schmerzen

- Sind die geklagten Schmerzen und die damit verbundenen Funktionsstörungen "ohne vernünftigen Zweifel" nachweisbar?
- Sind die nachgewiesenen Funktionsstörungen durch "zumutbare Willensanspannung" wenigstens zum Teil überwindbar?
- In welchem Ausmass liegen Schmerzen vor und welchen Einfluss haben diese auf die (kognitive) Leistungsfähigkeit?

Interdisziplinarität

- Niederschwellige Kontaktaufnahme
- Wertschätzender Umgang
- Konstruktive Diskussion
- Falsifikation über die Fachgrenzen
- Ziel: Integrale Gesamtwürdigung



Vorbereitung und Planung

- Aktenlage studieren und den Fokus identifizieren
- Diskrepante Vorbefunde erkennen
- Arbeitshypothese definieren
- Welche klinischen (Standard) Untersuchungsmethoden stehen zur Erfassung des Beschwerdebildes zur Verfügung?
- Ergänzende Diagnostik planen
- Zeitplan und Koordination



Vorbereitung und Planung

- Fragebögen sind erlaubt
pain DETECT[®]
Deutscher Schmerzfragebogen
DN4
- Schmerzkalender (ausreichend langer
Zeitraum!)



Anamnese und klinische Untersuchung

- Zeitgebundene Einzelaussage
- Erfassung des Ist-Zustands
- Klärung von Widersprüchen
- Apparative Zusatzuntersuchungen zielgerichtet planen
- Die Anamnese beeinflusst die Qualität des Gesamtergebnisses!



Befunderhebung und Dokumentation

Die Untersuchung muss umfassend sein!

Befunddokumentation:

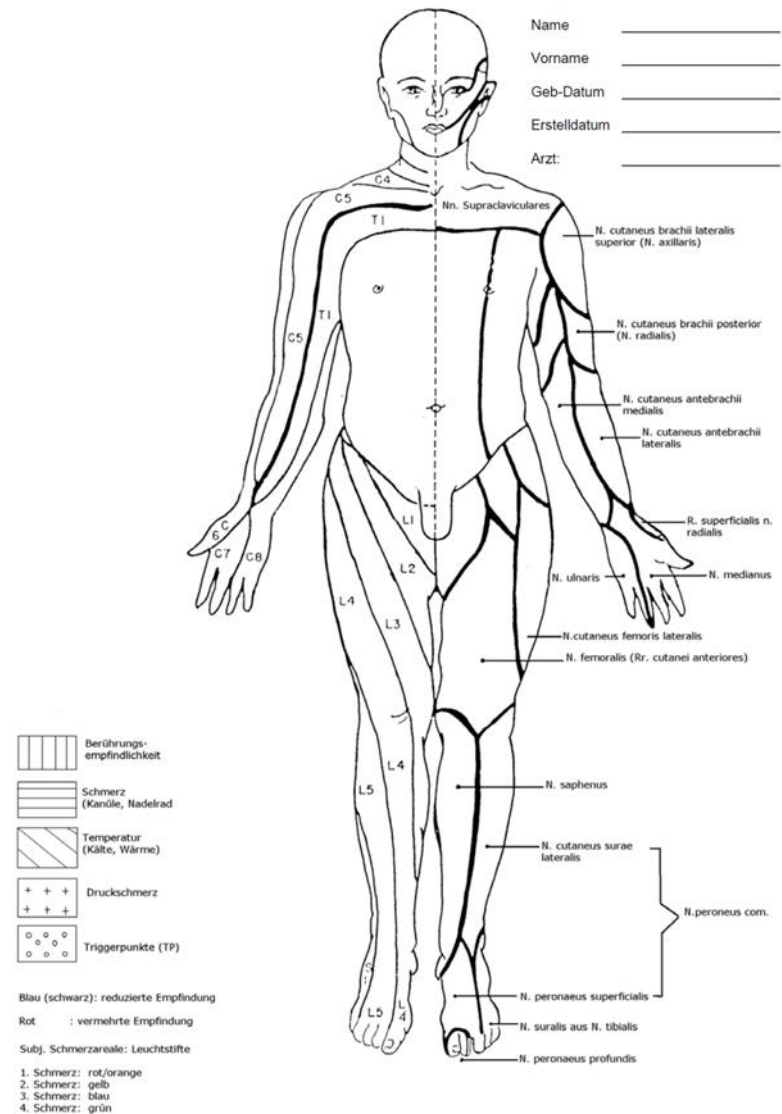
- klar
- nachvollziehbar
- vollständig
- wertneutral

Beispiel: Tabellarische Befunddokumentation

HN:		Untersucht		Spezifikation	Bemerkung
I	anamnestisch o.p.B.	ja	nein	Vanille <input type="checkbox"/> Kaffee <input type="checkbox"/> Mandel <input type="checkbox"/> Asa foetica <input type="checkbox"/> Essig/Salmiak <input type="checkbox"/>	<u>Cave:</u> Essig und Salmiakgeist reizen N. V und werden auch bei Anosmie wahrgenommen!
II	Visus o.p.B.	ja	nein		
	Sehnervenpapillen o.p.B.	ja	nein		
	Gesichtsfeld fingerperimetr o.p.B.	ja	nein		DD: Neglect
III/IV/VI	Okulomotorik o.p.B.	ja	nein	III (M. rect. sup./inf./med., M. obliq. inf.): Schräg versetzte DB IV (M. obliq. sup.): schräg versetzte DB beim Blick des betr. Auges nach unten aussen VI (M. rect. lat.): horizontale DB beim Blick zur gelähmten Seite	DD: Blickparese, INO, Eineinhalb-Syndrom u.a.
	Lidspalten (M. levator palpebrae/ III) o.p.B.				DD: Ptosis
	Pupillen	isokor ja / nein re<li re>li	Weite: re mm li mm	Lichtreaktion: direkt: gut pathologisch: indirekt: gut pathologisch: Konvergenz:	Reflexbogen N.II nach N. III DD: Argyll-Robertson
	Nystagmus	ja	nein	Blickrichtungsnystagmus Spontanystagmus Frenzelbrille: Impulstest:	DD: physiolog. erschöpf. Endstellnystagmus

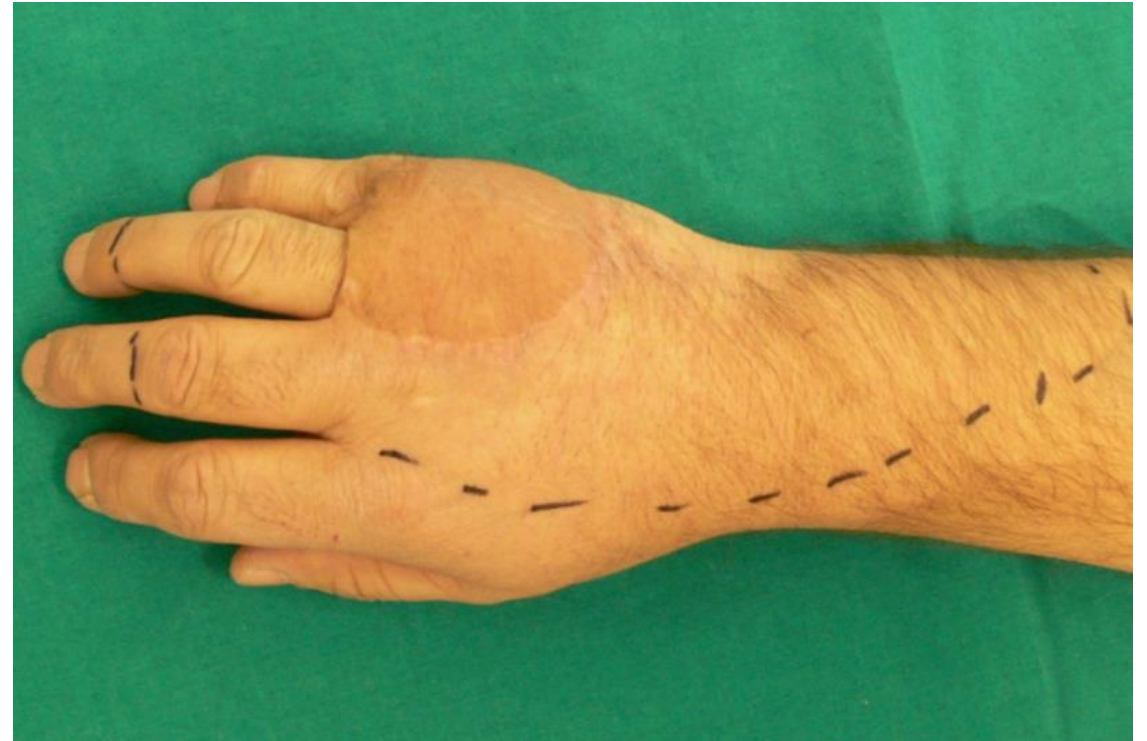
Befunderhebung und Dokumentation

Beispiel: Schmerzzeichnung



Befunderhebung und Dokumentation

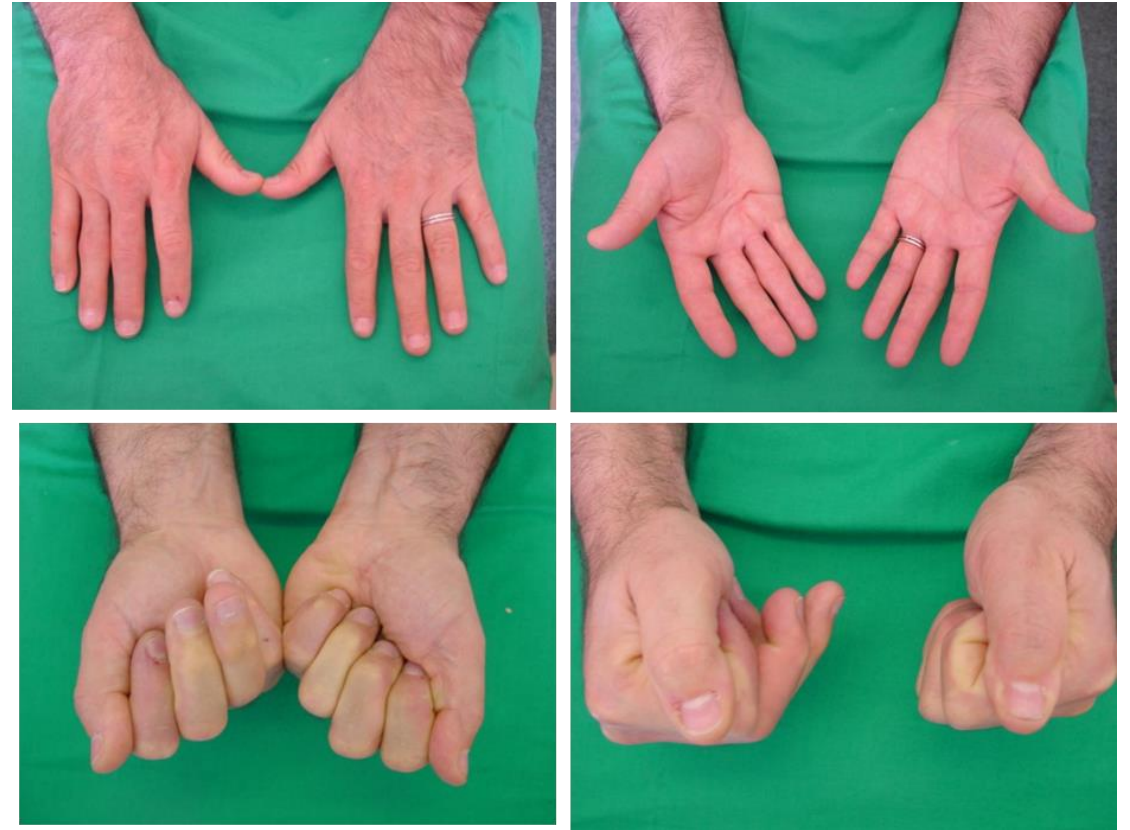
Beispiel: Fotodokumentation



Befunderhebung und Dokumentation

Beispiel: CRPS

- immer im Seitenvergleich
- dorsal/palmar, bzw. dorsal/plantar
- Extension, Flexion



Jänig W, Schaumann von Stosch R, Vogt W. CRPS - Complex regional pain syndrome. Luzern: Suva; 2013

Ergänzende Diagnostik: Medikamentenspiegel

- Individualisierung und Optimierung der medikamentösen Therapie bei ungenügendem Therapieerfolg
- Minimierung unerwünschter (toxischer) Effekte
- Compliance-Kontrolle (Adhärenz)

Ergänzenden Diagnostik: Medikamentenspiegel

Physicians' Ability to Predict Patients' Adherence to Antihypertensive Medication in Primary Care

Andreas ZELLER¹⁾, Anne TAEGTMEYER¹⁾, Benedict MARTINA²⁾,
Edouard BATTEGAY^{1),3)}, and Peter TSCHUDI²⁾

Addressing adherence to medication is essential and notoriously difficult. The purpose of this study was to determine physicians' ability to predict patients' adherence to antihypertensive therapy. Primary care physicians were asked to predict the adherence to medication of their hypertensive patients ($n=42$) by using a visual analogue scale (VAS) at the beginning of the study period. The patients were asked to report their adherence to medication using a VAS. The adherence was then monitored by using a Medical Event Monitoring System (MEMS) for 42 ± 14 d. The means \pm SD (range) of MEMS measures for timing adherence, correct dosing, and adherence to medication were $82 \pm 27\%$ (0 to 100%), $87 \pm 24\%$ (4 to 100%), and $94 \pm 18\%$ (4 to 108%), respectively. The physicians' prediction of their patients' adherence was $92 \pm 15\%$. The Spearman rank correlations between the physician's prediction and the MEMS measures of timing adherence, correct dosing, and adherence to medication was 0.42 ($p=0.006$), 0.47 ($p=0.002$), and -0.02 ($p=0.888$), respectively. The patients reported their own adherence to medication at $98 \pm 2\%$ (range 83 to 100%). The Spearman correlations between the reported and actual behaviours were 0.27 ($p=0.08$) for timing adherence, 0.25 ($p=0.12$) for correct dosing, and 0.11 ($p=0.51$) for adherence to medication. **The physicians' ability to predict patients' adherence to antihypertensive medication is limited and not accurate for identifying non-adherent patients in clinical practice. Even patients themselves are unable to give accurate reports of their own adherence to medication.** (*Hypertens Res* 2008; 31: 1765–1771)

Ergänzende Diagnostik: Medikamentenspiegel

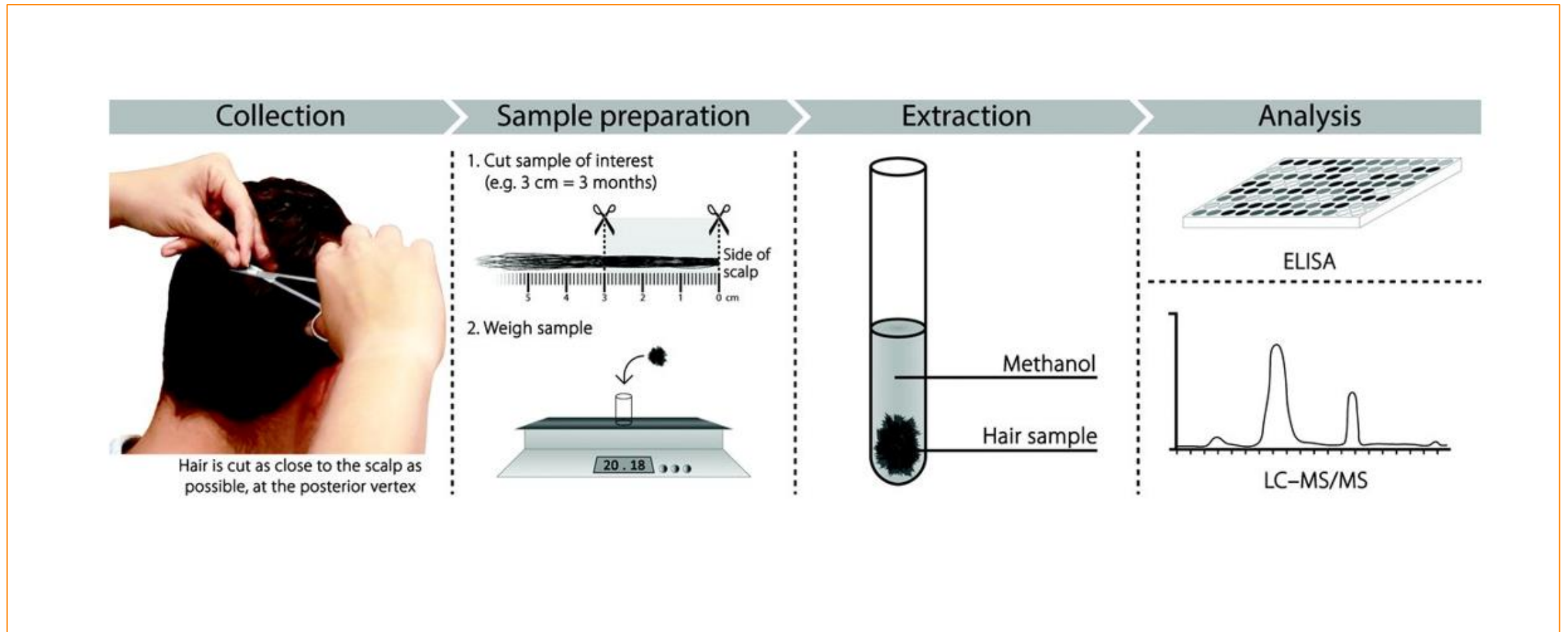
H.-H.- Walk, E. Wehking

Objektivierung von Schmerz unter besonderer Berücksichtigung der Medikamentenspiegel

Zusammenfassung In der sozialmedizinischen Begutachtung und Beurteilung von chronischen Schmerzpatienten steht der Arzt vor dem Problem, ein subjektives Empfinden zu beurteilen. Hierzu muss der gesamte Aspekt des Schmerzes erfasst werden, die dabei erhobenen Daten müssen dann auf Konstanz und Konsistenz überprüft werden. Ein wesentlicher Aspekt ist hierbei das Ausmaß des Analgetikabedarfs. Dieses wurde bei 106 Patienten mit einem chronischen Schmerzsyndrom untersucht. Den Schmerzen lagen ursächlich Arbeitsunfälle oder unverschuldete Verkehrsunfälle zugrunde. Die Geschlechtsverteilung Männer zu Frauen betrug annähernd 2 : 1. Es wurden 362 Medikamentenspiegel bestimmt. Nur bei 20 (19,4%) der Patienten waren alle angegebenen Medikamente laborchemisch nachweisbar, hingegen waren bei 39 Patienten (37,9 %) die Laboranalysen negativ. Für die gutachterliche Beurteilung von Schmerzpatienten sollte deshalb – insbesondere in unklaren Fällen – der routinemäßige Nachweis von Analgetika im Blut oder Urin nicht vernachlässigt werden, um Aggravation und Simulation ausreichend abgrenzen zu können.

Walk HH, Wehking E. Objektivierung von Schmerz unter besonderer Berücksichtigung der Medikamentenspiegel. Med Sach. 2005(5):166.

Ergänzende Diagnostik: Haaranalyse



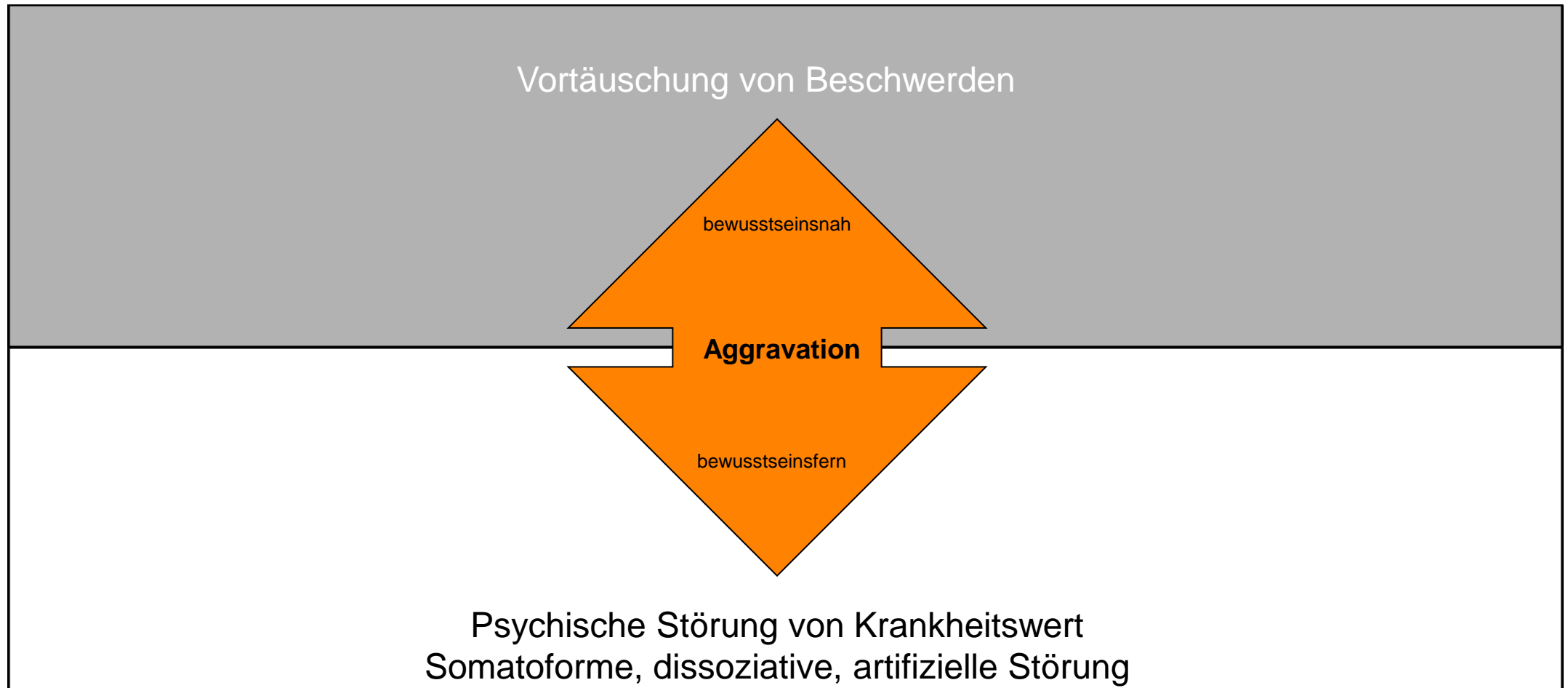
Ergänzende Diagnostik: Neuropsychologie

Symptom Validity Tests (SVTs)

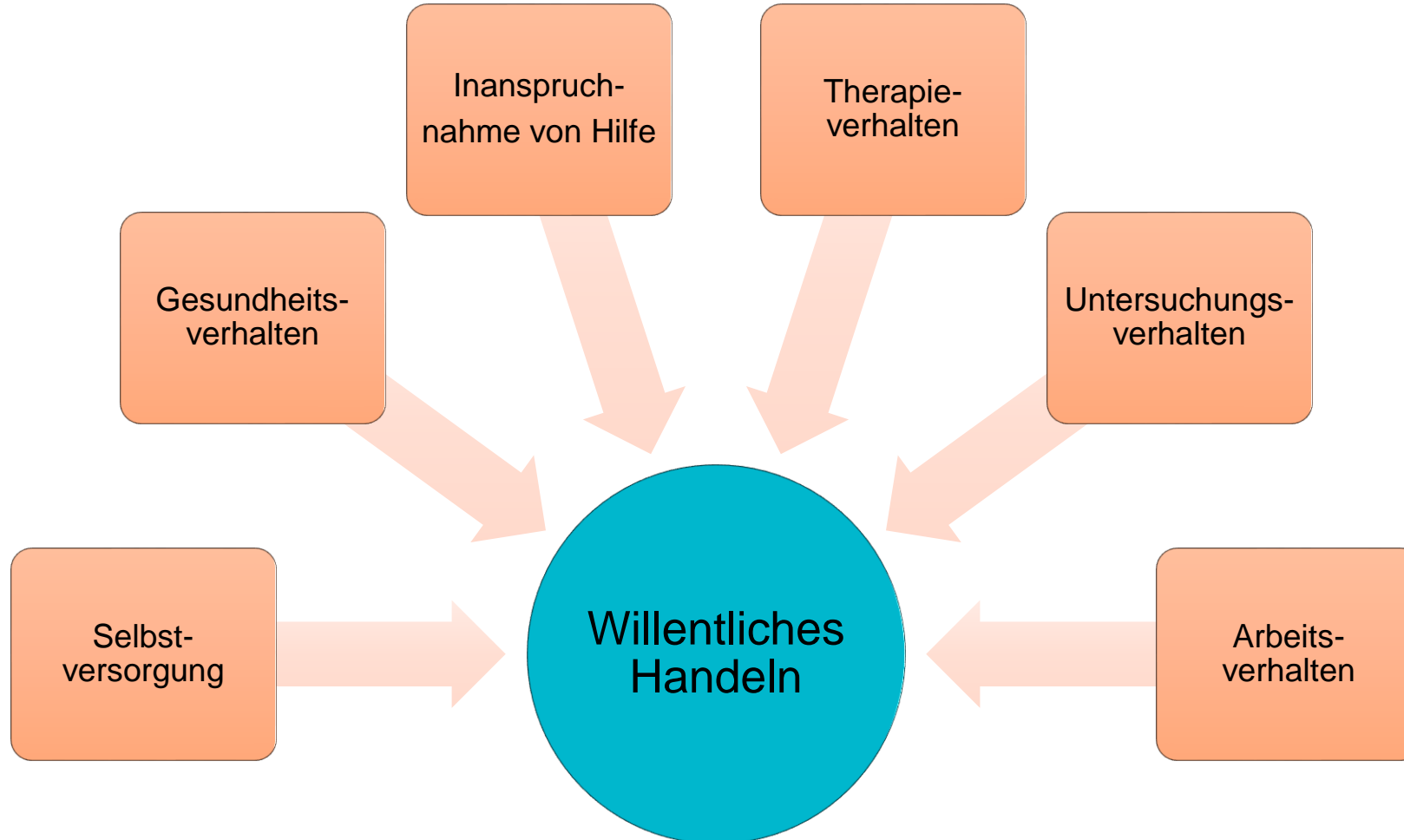
- Test of memory malingering (TOMM)
- Dot Counting Test (DCT)
- Rey Memory Test (RMT)
- Structured Inventory of malingered Symptomatology (SIMS)
- Word Memory Test (WMT)
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory -2 (MMPI)



Interpretation und Bewertung: subjektive Beschwerden



Interpretation und Bewertung: Willentlich kontrollierte Verhaltensbereiche



Konsistenzprüfung: die 7 D's

- 1 Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität und der Vagheit der Beschwerden
- 2 Diskrepanzen zwischen massiven subjektiven Beschwerden (einschliesslich Selbsteinschätzung in Fragebögen) und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation
- 3 Diskrepanzen zwischen den eigenen Angaben und fremdanamnestischen Informationen (einschliesslich der Aktenlage)
- 4 Diskrepanzen zwischen schwerer subjektiver Beeinträchtigung und einem weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung
- 5 Diskrepanzen zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe
- 6 Diskrepanzen zwischen dem erkennbaren klinischen Bild und den Ergebnissen in Selbstbeurteilungsskalen und/oder psychometrischen Tests (einschliesslich spezieller Beschwerdevalidierungstests)
- 7 Diskrepanzen zwischen den zeitnah zur Untersuchung als eingenommen angegebenen Medikamenten und deren Nachweis im Blutserum

Widder/Gaidzik: Begutachtung in der Neurologie, Georg Thieme Verlag (2011), S. 87

		K	P
1	Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität und der Vagheit der Beschwerden	x	x
2	Diskrepanzen zwischen massiven subjektiven Beschwerden (einschliesslich Selbsteinschätzung in Fragebögen) und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation	x	
3	Diskrepanzen zwischen den eigenen Angaben und fremdanamnestischen Informationen (einschliesslich der Aktenlage)	x	
4	Diskrepanzen zwischen schwerer subjektiver Beeinträchtigung und einem weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung		x
5	Diskrepanzen zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe	x	x
6	Diskrepanzen zwischen dem erkennbaren klinischen Bild und den Ergebnissen in Selbstbeurteilungsskalen und/oder psychometrischen Tests (einschliesslich spezieller Beschwerdevalidierungstests)	x	
7	Diskrepanzen zwischen den zeitnah zur Untersuchung als eingenommen angegebenen Medikamenten und deren Nachweis im Blutserum	x	

K: Konsistenz/logische Aspekte

P: Plausibilität/empirische Aspekte

Interpretation und Bewertung - Häufigkeiten von Übertreibung

Population	Survey Estimates
Mild TBI	39%
Moderate – Severe TBI	9%
Chronic Pain	31%
Toxic Exposure	27%
Criminal Forensic	19%

Mittenberg et al., Base rates of malingering and symptom exaggeration. J Clin Exp Neuropsychocol. 2002; 24 (8): 1094-102

Interpretation und Befundbewertung

Beispiel: CRPS – Budapest Kriterien [1,2]

- Konsistenz prüfen
- Plausibilität prüfen

1 Harden, R.N., et al., 2007. Proposed new diagnostic criteria for complex regional pain syndrome. Pain Med. 8, 326-31.

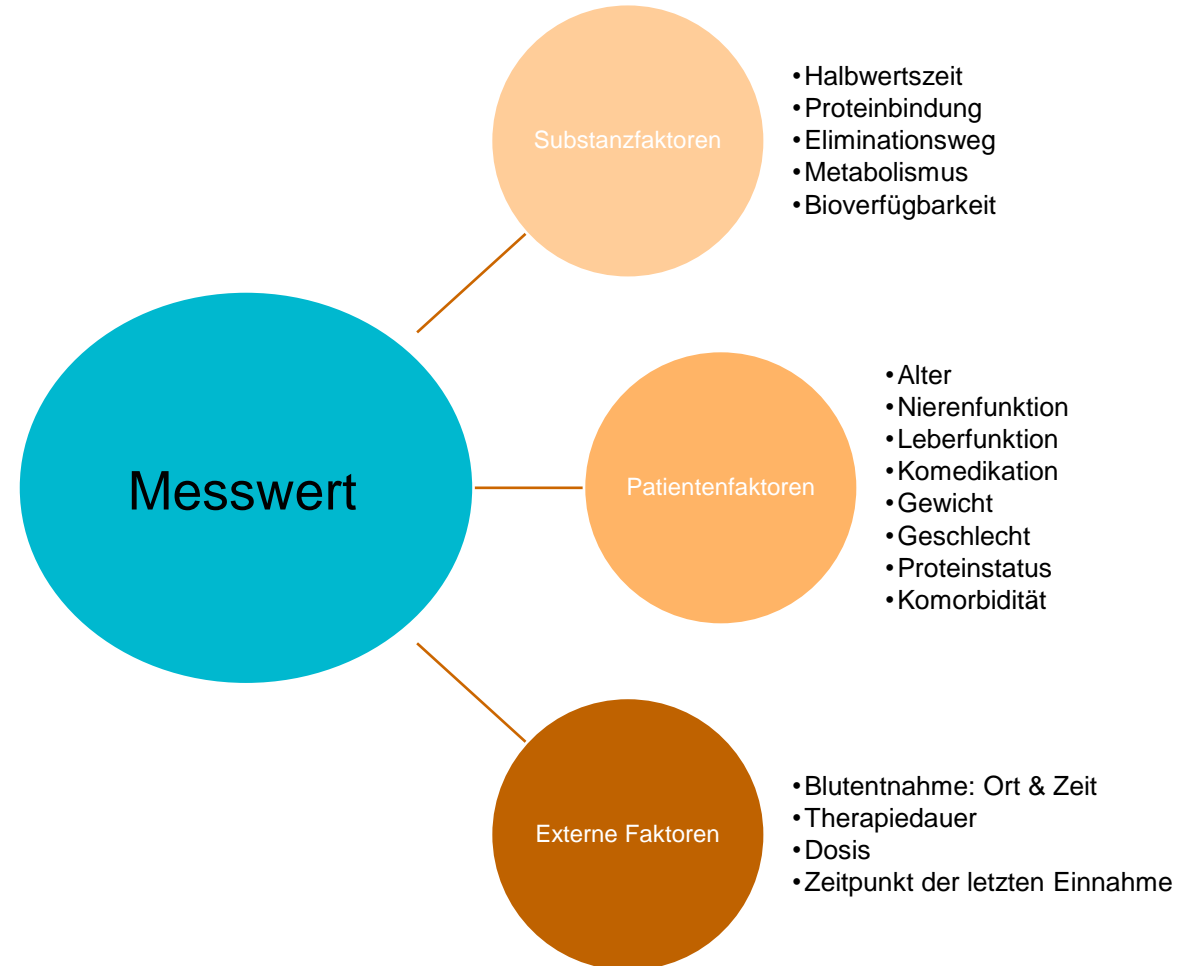
2 Harden, R.N., et al., 2010. Validation of proposed diagnostic criteria (the "Budapest Criteria") for Complex Regional Pain Syndrome. Pain. 150, 268-74.

		Yes	No
I. Continuing pain, which is disproportionate to any inciting event			
II. Must report at least one symptom in three of the four following categories:	1. Sensory: Reports of hyperesthesia and/or allodynia		
	2. Vasomotor: Reports of temperature asymmetry and/or skin color changes and/or skin color asymmetry		
	3. Sudomotor/Edema: Reports of edema and/or sweating changes and/or sweating asymmetry		
	4. Motor/Trophic: Reports of decreased range of motion and/or motor dysfunction (weakness, tremor, dystonia) and/or trophic changes (hair, nail, skin)		
III. Must display at least one sign at time of evaluation in two or more of the following categories:	1. Sensory: Evidence of hyperalgesia (to pinprick) and/or allodynia (to light touch and/or temperature sensation and/or deep somatic pressure and/or joint movement)		
	2. Vasomotor: Evidence of temperature asymmetry (>1°C) and/or skin color changes and/or asymmetry		
	3. Sudomotor/Edema: Evidence of edema and/or sweating changes and/or sweating asymmetry		
	4. Motor/Trophic: Evidence of decreased range of motion and/or motor dysfunction (weakness, tremor, dystonia) and/or trophic changes (hair, nail, skin)		
IV. There is no other diagnosis that better explains the signs and symptoms			

Interpretation und Bewertung: Fragebogendiagnostik

- Entscheidend für die Verwertbarkeit der Ergebnisse: (In-) Transparenz der Messintention
- Transparente Verfahren sind leicht verfälschbar (cave: Übertreibung)
- Transparente Verfahren gelten als nicht objektiv
- Transparente Fragebögen sollten nicht ohne Kontrolle von Antworttendenzen interpretiert werden.
- Cave: Alexithymia

Interpretation und Bewertung: Medikamentenspiegel - Therapieadhärenz



Diagnose

"Mit wenigen Ausnahmen diskutiert niemand, was eine Diagnose ist oder bedeutet"

L. S. King, What is a Diagnosis. J. Am. Med. Ass. 202, 154 (1969)

Diagnose

- Zeitgebundene Singuläraussage
- Einengung der Möglichkeiten vom Allgemeinen auf das Spezifische
- Die Qualität einer Diagnose misst sich an Ihrer Trennschärfe
- Deshalb wenig tauglich: Syndrom Diagnosen, 'Verdacht auf' Diagnosen
- Differentialdiagnosen diskutieren und abwägen
- Kein starres Festhalten an einer einmal gestellten Diagnose
- Diagnosen nicht einfach übernehmen
- Eine Fehldiagnose kann die Basis für die nächste werden

Diagnose im gutachterlichen Kontext

- Diagnose gemäss international anerkannten Klassifikationen
- Diagnose falsifizieren
- Diagnose im interdisziplinären Diskurs revidieren

Kausalitätsbeurteilung

- Nachweis des zeitlichen Zusammenhanges (cave: post-hoc ergo propter hoc)
- Nachweis des typischen Schmerzverlaufs
- Nachweis konkurrierender Erkrankungen/ Vorerkrankungen (vorübergehende/dauerhafte Verschlimmerung)

Beurteilung der Leistungsfähigkeit

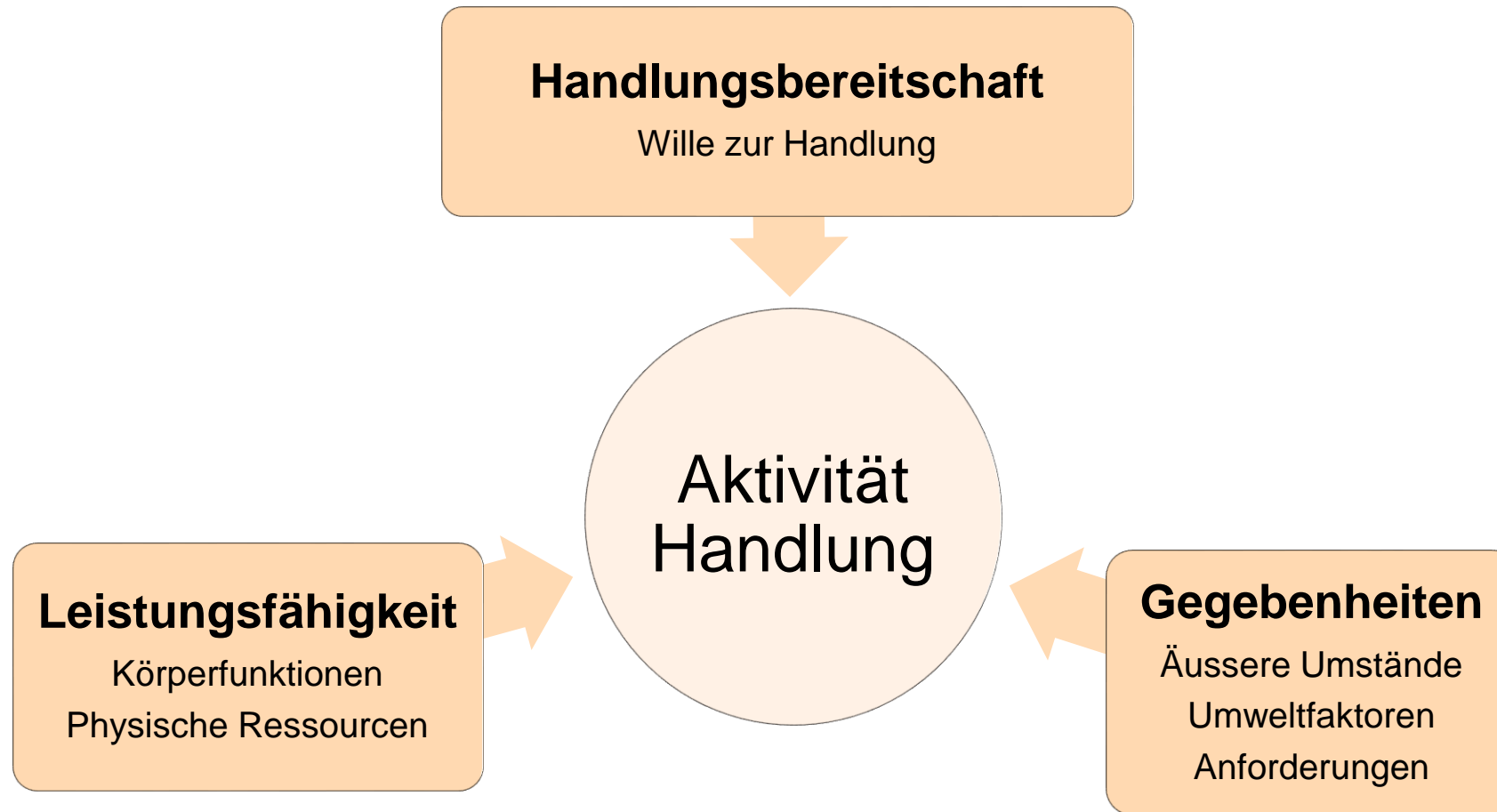
Ziel:

- Im gutacherlichen Kontext geht es um den Beweis der Behinderung, nicht allein um den Beweis der Diagnose
- Ärzte müssen lernen, nicht nur die Ebene der beklagten Beschwerden, sondern auch die Ebene der Aktivität und der Partizipation zu erfassen (ICF basiertes Denken)

Wie?

- Voraussetzung: Arbeitsplatzbeschreibung vorhanden
- Positives (ressourcenorientiertes) Fähigkeitsprofil erstellen
- Negatives (defizitorientiertes) Fähigkeitsprofil erstellen
- Aktivitäten des täglichen Lebens einfließen lassen
- Realitätsnahe Berufsbilder diskutieren

Beurteilung der Leistungsfähigkeit



Nordenfelt L. The concept of work ability. P.I.E. Peter Lang Brussels, 2008.

Beurteilung des Integritätsschadens

- Der Integritätsschaden steht in keinem direkten Zusammenhang zur beruflichen Leistungsfähigkeit.
- Bei mehreren Einzelschäden muss der Gesamtschaden nicht zwingend der Summe der Einzelschäden entsprechen.
- Die Schätzung muss immer begründet werden!



Evidence on the Web

- ◆ Background
- ◆ Cochrane Reviews
- ◆ Systematic Reviews
- ◆ Instruments
- ◆ Methodology

In this section you can find research evidence about insurance medicine issues.

- **Cochrane reviews** such as interventions to promote return to work, interventions to prevent sickness-absence, interventions to promote social participation.
- **Systematic reviews** about topics like capacity assessment, prognostic factors, interventions to promote return to work, interventions to prevent sickness-absence.
- Research **instruments** to support core tasks of insurance medicine
- **Methodology** such as sickness-absence measures, or methodology for capacity assessment.



If you have a Cochrane review or any other systematic review, or a methodological paper on an insurance medicine issue which is not in our collection of evidence please let us know! We are happy to receive your suggestions - **contact us**.

Resumé

- 'Beurteilung nicht objektivierbarer Beschwerden'
→ systematische Konsistenzprüfung
- Befunddokumentation: Fotodokumentation
- Cave: unkritisch übernommene Diagnosen
- Apodiktische Beurteilung der Leistungsfähigkeit
- Cave: Conformation Bias → Ergebnisoffene Begutachtung

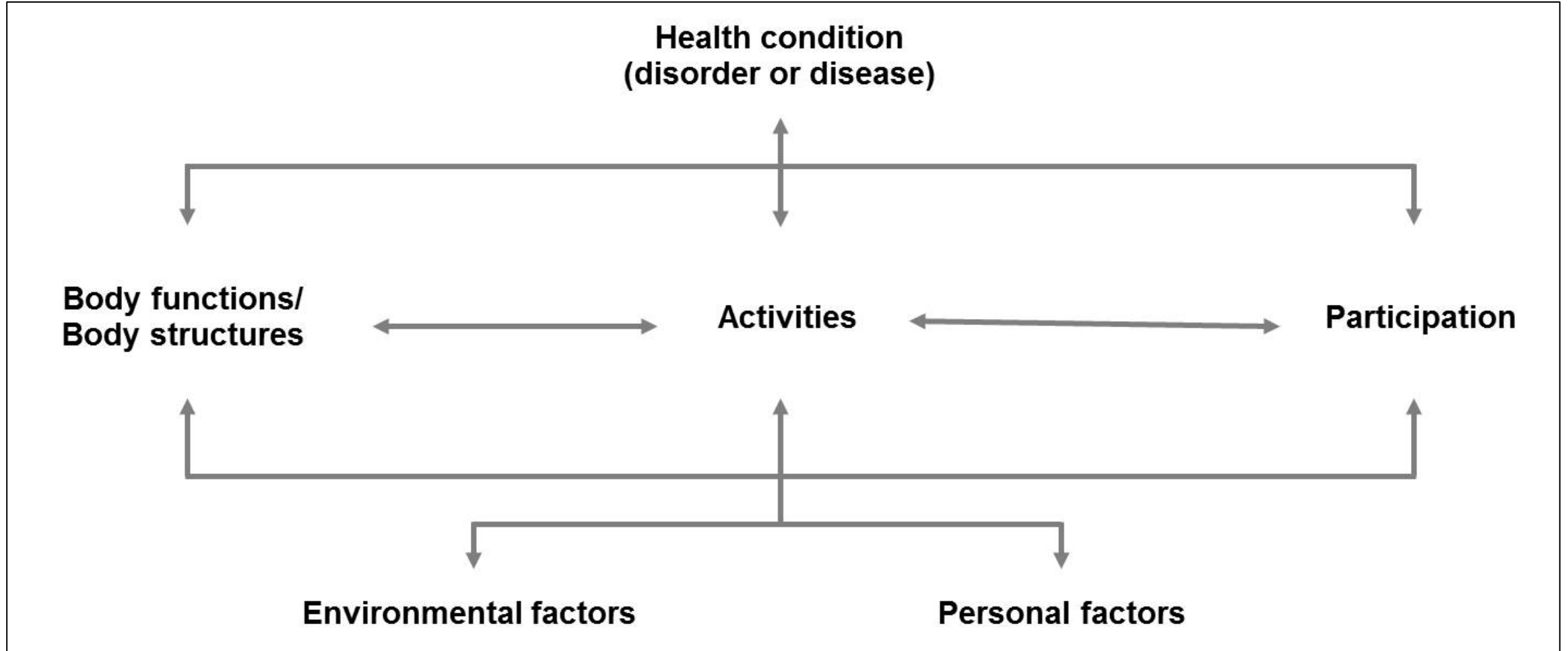
Klasse 4a

Mit dem Gehirn
denkt man,
dass man denkt.
Außerdem wird es für die
Kopfschmerzen gebraucht.
Es sitzt im Kopf direkt hinter
der Nase. Wenn man niest, berührt es.
Das Gehirn ist ein sehr
empfindliches Organ.
Die meisten Leute benutzen es
deshalb nur ganz selten!



holger.schmidt@suva.ch

Leistungsbeurteilung mit der ICF?



Leistungsbeurteilung mit der ICF?

Anner et al. *BMC Public Health* 2012, **12**:470
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/470>



DEBATE

Open Access

Evaluation of work disability and the international classification of functioning, disability and health: what to expect and what not

Jessica Anner^{1*}, Urban Schwegler², Regina Kunz¹, Bruno Trezzini² and Wout de Boer¹

- ICF kann keine Verläufe abbilden
- ICF kann keine Kausalität ermitteln
- ICF kann keine Prognose herleiten
- ICF äussert sich nicht zur zumutbaren Leistungsfähigkeit

Schmerzkalender

Name, Vorname: Mustermann, Franz Schadensnummer: 00.111.22.3 Datum: 01.01.2017 - 07.01.2017

Medikamenteneinnahme		Montag				Dienstag				Mittwoch				Donnerstag				Freitag				Samstag				Sonntag			
Präparat	Dosierung	08:00	12:00	18:00	22:00	08:00	12:00	18:00	22:00	08:00	12:00	18:00	22:00	08:00	12:00	18:00	22:00	08:00	12:00	18:00	22:00	08:00	12:00	18:00	22:00	08:00	12:00	18:00	22:00
Ibuprofen	600	1	-	1	1	1	-	-	1																				
Tramal	Tropf	20	20	20	20	20	20	-	-																				
Tenoretic	1mg																												
Schmerz-Skala																													
10 = stärkster vorstellbarer Schmerz		10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9		9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8		X	8	8	8	8	X	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
7		7	X	7	X	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
6		6	6	X	6	6	6	X	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
5		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
4		X	X	X	X	4	4	4	X	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
3		3	3	3	3	X	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
2		2	2	2	2	2	X	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
1		1	1	1	1	1	1	X	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
0 = schmerzfrei		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Stuhlgang		X	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	
Schlaf		☺	X	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	
Wohlbefinden		☺	X	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	
Beeinträchtigung der Tagesaktivität		☺	X	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	
Bemerkungen		10 ⁰⁰ Eigenübungen 30 min Oma zu Besuch				12 ⁰⁰ Physio																							