

Psychiatrische und
Psychosomatische Aspekte der
Begutachtung von
Kopfschmerzen

Claudius Kemmerich, Freiburg

GLIEDERUNG

- **I. PSYCHIATRISCH-PSYCHOSOMATISCHE DD ZU KOPFSCHMERZEN**
- **II. EPIDEMIOLOGISCHE HINWEISE**
- **III. KRANKHEITSBILDER**
 - **A. CHRONISCHER KOPFSCHMERZ VOM SPANNUNGSTYP**
 - **A 1. DEFINITION NACH IHS-KRITERIEN**
 - **A 2. SYMPTOMATIK**
 - **A 3. BIO-PSYCHO-SOZIALE PATHOGENESE**
 - **A 4. KOMORBIDITÄT**
 - **A 5. PRAXIS DER BEGUTACHTUNG**
 - **A 6. THERAPIEMÖGLICHKEITEN (1/2)**
 - **A 7. RENTENVERFAHREN / GU**
 - **A 8. MdE- / GdB-BEWERTUNGEN (1/2/3)**
 - **B. KOPFSCHMERZ BEIM FIBROMYALGIESYNDROM**
 - **B 1. ACR-DEFINITION DER FIBROMYALGIE**
 - **B 2. PATHOGENESE**
 - **B 3. PERSÖNLICHKEIT UND KOMORBIDITÄT**
 - **B 4. PRAXIS DER BEGUTACHTUNG**
 - **B 4. 1. LEITLINIEN DER ASS (AWMF)**
 - **B 4. 2. ÄTIOPATHOGENESE**
 - **B 5. RENTENVERFAHREN UND BEWERTUNG**
 - **B 6. SCHWERBEHINDERTENGESETZ (SchWbG)**
 - **B 7. BIOPSYCHOSOZIALE MODELLE DER FIBROMYALGIE-PATHOGENESE**
- **IV. ZUSAMMENFASSUNG**
- **V. LITERATURHINWEISE**

I. PSYCHIATRISCH-PSYCHOSOMATISCHE DD ZU KOPFSCHMERZEN

- Zur Psychiatrie:
 - Depressive Erkrankungen
 - Coenästhetische Schizophrenie
 - Organische Psychosyndrome
 - „Türkenkopfschmerz“
 - Nebenwirkungen von Antidepressiva
 - Schmerzmittelabusus
- Psychosomatische Krankheitsbilder
 - Neurasthenie / Chronic Fatigue Syndrom
 - Anhaltende Somatoforme Schmerzstörung
 - Chronische Spannungskopfschmerzen
 - Kombinierte Kopfschmerzen
 - Fibromyalgie-Syndrom

II. EPIDEMIOLOGISCHE HINWEISE

- **Kopfschmerz-Eisberg (Goebel):**
 - 54 % KSvSpannungstyp
 - 38 % Migräne (IHS)
 - 8 % andere KS
 - (n = 4061)
- **Chronische KS:**
 - Prävalenz 15 – 20 %; Frauen doppelt so häufig betroffen
- **Chronische Spannungs-KS**
 - Prävalenz ähnlich; signifikant höhere Prävalenzraten in den höheren Altersgruppen

III A. CHRONISCHER KOPFSCHMERZ VOM SPANNUNGSTYP

A 1. DEFINITION NACH IHS-KRITERIEN

- mehr als 15 Tage im Monat
- mehr als 180 Tage im Jahr
- tägliche Dauer von 4 Stunden
- Mindestdauer von 6 Monaten

A 2. SYMPTOMATIK

- drückend-ziehend; leichte bis mittlere Schmerzintensität
- beidseitig; tägliche Aktivitäten z. T. beeinträchtigt
- keine Verstärkung bei körperlicher Belastung
- Kein Erbrechen, keine Photophobie
- Keine Phonophobie, oft mit Migräne kombiniert

A 3. BIO-PSYCHO-SOZIALE PATHOGENESE

- Ineinandergreifen von 3 Faktoren: vaskulär, muskulär und zentral
- Schmerzentstehung:
 - a. Prinzip der psychischen Substitution (narzisstischer Mechanismus)*
 - b. Prinzip der Konfliktentlastung durch körpersprachlich ausgedrückte Symbolisierung (Konversionsmechanismen)*
 - c. Prinzip der primären (nicht konvertierten) Umwandlung von Affekten in körperliche Spannungszustände (psychovegetative Spannungszustände)*
 - d. Prinzip der Lernvorgänge (operantes Konditionieren)*
- Affektaequivalent (üblicherweise Angst)
- Korrelat bei Angsterkrankungen
- Lernprozesse / Konditionierungen

A 4. KOMORBIDITÄT

- Angsterkrankungen
- Depressionserkrankungen
- Somatoforme Schmerzstörung
- Medikamentenmissbrauch

A 5. PRAXIS DER BEGUTACHTUNG

- ausführliche Anamnesen !
- Schmerztagebuch mit Intensitätsangabe
- Behinderung bzw. Leistungseinschränkung bei Berufen mit sehr viel Verantwortung und Konzentration (z.B. Fahrer)
- Dokumentation der qualitativen und quantitativen Leistungsminderung bei Komorbidität
- Überprüfung v. gegenseitigem Bedingungs- und Verstärkungsgefüge

A 6. THERAPIEMÖGLICHKEITEN (1)

Bisherige ambulante Therapiestrategien:

- (bei wem, wie oft und wie konsequent)
- Antidepressiva oder Mood-Stabiliser oder MAO-Hemmer
- Balneophysikalische Maßnahmen: Bäder, Massagen usw.
- Biofeedback-Verfahren
- Akupunktur
- Ätherische Öle

Psychohygienische Beratung:

- Ausschaltung äthiologischer Faktoren; Tagesstruktur
- Nahrungsmittel, Entspannungsmaßnahmen
- Bewegung (Endorphine!)

A 6. THERAPIEMÖGLICHKEITEN (2)

Kognitive Verhaltenstherapie

- Jacobson
- Coping
- Korrektur unrealistischer Behandlungsziele
- Schmerzbewältigung usw.

**Nach einjähriger erfolgloser ambulanter Therapieversuche
oder**

bei wesentlicher Zunahme von KS und Komorbidität:

- Einweisung in Schmerz-VT-Klinik
- Therapeutischer Tapetenwechsel; „bunter Therapiestrauß“

A 7. RENTENVERFAHREN / GU

Rentenverfahren mit finaler Begutachtung

- Empfehlung von ambulanten o. stationären Reha-Maßnahmen
- Teil-Rente zur Entlastung bei mittelschweren Beeinträchtigungen
- Zeitrente mit Auflagen bei Therapieresistenz oder schweren Beeinträchtigungen
- Komorbidität !

GU-kausale Begutachtung

- Vollbeweis oder Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs
- Nur SHT und / oder HWS-Beschleunigungs-Verletzung (i.d.R. zeitlich begrenzt, z.B. 6 Monate)

A 8. MdE- / GdB-BEWERTUNGEN (1)

- Bewertungen nach Hausotter, Suchenwirth, Wallesch, Mehrrens et al., Hauck,

Eigener Vorschlag

1. Leicht

MdE bis 20 %

GdB bis 30 %

- Vegetative Symptomatik, geringe dysthyme Symptome oder Ängstlichkeit;
- beginnende Leistungsbegrenzung
(abends „fix und alle“);
- beginnende psychophysische Überforderung;
- zunehmende Ermüdbarkeit / Erschöpfung

A 8. MdE- / GdB-BEWERTUNGEN (2)

- 2. Mittel:** **MdE 20 – 40 %**
GdB 30 – 40 %
- nachweisbare psychophysische Überforderung
 - deutliche dysthyme Symptome
(i.R. keine depressive Episode)
 - einschränkende Angstsymptome / Vermeidensverhalten
 - zahlreiche vegetative Symptomatik
 - beginnende Beeinträchtigung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit des Alltags
 - nur mit größter Mühe kompensierbar

A 8. MdE- / GdB-BEWERTUNGEN (3)

3. Schwer:

MdE 40 – 80 %

GdB 40 – 80 %

- chronifizierte mittelgradig depressive Dysthymie mit / oder ohne Angst (einer chronifizierten mittelgradigen Episode ähnelnd)
- Symptome einer andauernden Persönlichkeitsänderung durch Schmerz und Depressivität (F 62.8)
- ständige Alltagsbeeinträchtigung
- Rücksichtnahme der Umgebung erfordernd
- erhebliche soziale Defizite
- Ichfunktionsdefizite (OPD)
- Therapieresistenz

Anmerkung: analoge sozialmedizinische Beurteilung von anhaltender somatoformer Schmerzstörung; Fibromyalgie; Somatisierungsstörung; Neurasthenie / Chronic Fatigue Syndrome; Kombinationskopfschmerzen

III B. KOPFSCHMERZ BEIM FIBROMYALGIESYNDROM

B 1. ACR-DEFINITION DER FIBROMYALGIE:

- mehr als 3 Monate andauernde generalisierte Schmerzen
- in mindestens 3 Körperregionen
- Schmerz in der rechten und linken Körperhälfte
- ober- und unterhalb der Taille
- am Achsenskelett
- Druckempfindlichkeit an 11 von 18 Tenderpoints (ca. 4 kg / cm²)
- Frauen 6 mal häufiger als Männer betroffen
- Krankheitsbeginn ca. 35. Lebensjahr
- zunehmend in und nach dem Klimakterium

B 2. PATHOGENESE

- Störung der zentralen Schmerz- und Stressverarbeitung (Egle et al.)
- Schmerzschwelle bei in Kindheit psychisch traumatisierten Frauen deutlich herabgesetzt
- Auslösung durch biologische (Infektion, Traumen) oder psychosoziale Stressoren
- anamnestisch Häufung von kritischen Lebensereignissen
- traumatisierendes Familienklima
- mehr Tenderpoints als übliche Bevölkerung
- erhöhte Schmerzempfindlichkeit
- mehr psychovegetative Begleitsymptome
- mehr funktionelle (körperliche und seelische) Einschränkungen
- größerer Analgetikakonsum
- mehr psychische Symptome und damit verbunden
- höheres Maß funktioneller Einschränkungen

B 3. PERSÖNLICHKEIT UND KOMORBIDITÄT

Persönlichkeitsprofil

- Störung der Selbstwertregulierung
- Selbstwertdefinition über Leistung (Helfersyndrom)
- geringere Selbstbehauptung
- geringere emotionale Offenheit
- hohe Angstwerte und depressive Symptome
- ausgeprägte Selbstbeobachtung („Katastrophisierungstendenz“)

Komorbidität

- Depressionserkrankungen
- Angsterkrankungen

B 4. PRAXIS DER BEGUTACHTUNG

- detaillierte Anamneseerhebung, eventuell in mehreren Terminen
- unbedingt: Fremdanamnese !
- sorgfältige organische Abklärung
(telefonischer) Kontakt zu behandelnden Ärzten (viele Vorbefunde)
- Klärung der Komorbidität
- Kopfschmerz als Leitsymptom gibt es bei FMS nicht !
- Ausschluss von Aggravation, Bagatellisierung oder Simulation
- gegebenenfalls mit Hilfe von VDR-Kriterien
- „Indizienliste“ nach Widder und Aschoff
- Kriterien nach Foerster oder
- Nachweis von Ichfunktionsverlusten (OPD)
- Berücksichtigung des Schweregrades der Komorbidität:
- häufige Kombination bei FMS mit chronischer Angst, chronischer
Depressivität einschließlich Persönlichkeitsänderung (F 62.8)
- Cave: lockere Handhabung der Diagnose einer spezifischen oder kombinierten
Persönlichkeitsstörung !
- Überprüfung des gegenseitigen Bedingungs- und Verstärkungsgefüges
- ausschließlich orthopädische und / oder internistisch-rheumatologische
und / oder schmerztherapeutische Begutachtung ist unzureichend!
- bis spezielle Kriterien vorliegen: ICD-10 F 45.4 = ASS !

B 4. 1. LEITLINIEN DER ASS (AWMF)

- Schmerzqualität: andauernd, schwer und quälend
- schwerwiegende emotionale Konflikte und psychosoziale Probleme **vor** den Schmerzen
- länger als 6 Monate
- häufige Komorbidität (Angst, Depressivität, soziale Defizite)
- beträchtliche medizinische und persönliche Betreuung und Zuwendung
- Prävalenz bei chronischen Schmerzen 1 – 40 %
 - in der BRD Punktprävalenz 7,5 %
 Lebenszeitprävalenz 12,3 %

B 4. 2. ÄTIOPATHOGENESE

- Beeinträchtigung der Affektwahrnehmung (Alexithymie)
- erhöhte physiologische Reaktionsbereitschaft (Arousal)
- somatosensorische Amplifizierung und kognitive Fehlbewertung (Katastrophisierung)
- unreife Konfliktbewältigungsstrategien (autoaggressive Mechanismen)
- unsicheres Bindungsverhalten (Aktivierung in Stresssituation)
- biografische Vulnerabilität (z.B. aggressiver oder sexueller Missbrauch)

B 5. RENTENVERFAHREN UND BEWERTUNG

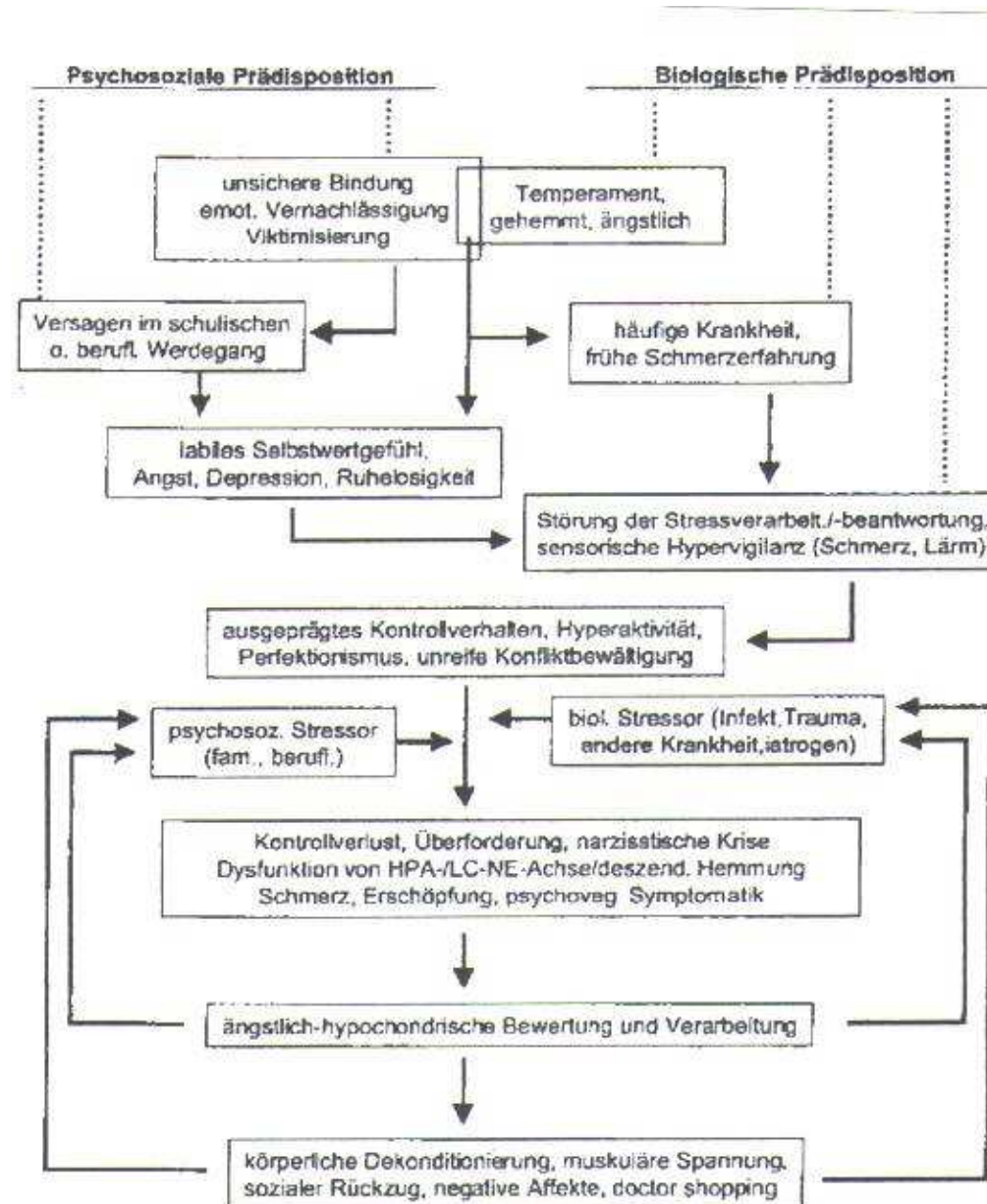
- detaillierte Ausarbeitung der somatischen, psychischen und
- sozialen Funktions- / Leistungseinschränkungen
- detaillierte Darstellung der medizinischen Einschätzung
(Richter sind keine Mediziner)

- **B 6. SCHWERBEHINDERTENGESETZ (SchwbG)**

- Anhaltspunkte hier unzulänglich
- Einzel-GdB wegen Vorliegen eines gegenseitigen Bedingungs- und Verstärkungsgefüges oft sehr problematisch
- Anhaltspunkte 2.6.1:
Berücksichtigung der körperlichen, seelischen und sozialen Defizite
(s. eigener Vorschlag einer stufenweisen Bewertung)

B. 7 Biopsychosoziales Pathogenese-Modell der Fibromyalgie Egle et al.

HPA-/LC-NE-Achse = Hypophysen-Nebennierenrinden- und Locus-Coeruleus-Norepinephrin-Achse



IV. ZUSAMMENFASSUNG

1. genügend Untersuchungszeit, eventuell in mehreren Terminen, einschließlich Fremdanamnese
2. sehr gründliche Anamnesenerhebung
3. Verflechtung von Haupt- und Nebendiagnosen
(gegenseitiges Bedingungs- und Verstärkungsgefüge)
4. möglichst eindeutige Darstellung der Funktion
(-sminderung) auf den unterschiedlichen Ebenen
(physisch, psychisch **und** sozial)
5. plausible und somit nachvollziehbare
Schweregradeinschätzung für MdE und GdB

V. LITERATURHINWEISE

1. Ahrends: Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin
2. Ahrends / Schneider: Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin
3. Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz
4. Berger: Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie
5. Diener: Kopfschmerzen
6. DRV: Empfehlung für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen
7. Egle et al.: Handbuch chronischer Schmerz
8. Egle / Hoffmann: Der Schmerzkranke, Stuttgart 1993
9. Goebel: Die Kopfschmerzen
10. Hauck: SGB VII GUV-Kommentar
11. Hausotter: Begutachtung funktioneller und somatoformer Störungen
12. Mehrtens: Gesetzliche Unfallversicherung; SGB VII, Kommentar
13. Mehrtens et al.: Arbeitsunfall und Berufskrankheit, Kommentar
14. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD), Manual
15. Venzlaff / Foerster: Psychiatrische Begutachtung

Schaubild bei Egle et al: Fibromyalgie als Störung der zentralen Schmerz- und Stressverarbeitung; Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie (PPmP 3/4, 2004, S. 121-190)