

# Arbeitspapier zur Beurteilung der Beeinträchtigung durch chronische Schmerzen

Bei diesem Arbeitspapier handelt es sich um ein Hilfsmittel zur Beurteilung der Beeinträchtigung durch chronische Schmerzen. Im Idealfall können Spezialisten-Meinungen (Neurologie, Psychiatrie, Neuropsychologie, Rheumatologie, Chirurgie, Schmerzmedizin etc.) berücksichtigt werden. Stehen solche nicht zur Verfügung, kann eine vertretbare Beurteilung der Auswirkungen von chronischen Schmerzen auf den Patienten mit diesem Instrument erarbeitet werden. Es empfiehlt sich, diese Beurteilung mit dem Patienten gemeinsam zu erarbeiten. Dies um die Komplexität der Situation zu demonstrieren und auch als Hilfsmittel, um ihn für eine Reintegration zu motivieren, da damit die rechtlichen Grenzen diskutiert werden können, aber auch gezeigt werden kann, dass eine Restfunktion praktisch immer noch vorhanden ist.

## 1: persönliche Daten

Name: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Geburtsdatum: [Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.](#)

## 2. berufliche Situation

**Erlerner Beruf:** [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

**Ausgeübter Beruf:** [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Angestellt:  selbstständig:

Unbezahlte Arbeit (Freiwilligenarbeit, inkl. Pflege von Angehörigen):  Haushalt:  Rentner:

arbeitslos:

**Jetzige oder letzte Arbeitsstelle und Funktion:** [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

[Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

**Anstellung in Prozent:** [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Ungekündigt:  Arbeitsstelle gefährdet:  gekündigt:

Verhandlungsbereiter Arbeitgeber: nein:  ja:

Kontaktadresse Arbeitgeber:

[Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

### Arbeitsunfähigkeiten:

%: **von** [Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.](#) **bis** [Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.](#)

% **von** [Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.](#) **bis** [Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.](#)

% **von** [Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.](#) **bis** [Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.](#)

% **von** [Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.](#) **bis** [Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.](#)

### **3. Diagnosen**

#### **schmerzrelevante Diagnosen:**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

#### **Begleiterkrankungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:**

Kardiovaskulär: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Verdauungstrakt: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Endokrines System: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Urogenitales System (inkl. sexuelle Funktion): Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Sensorische Funktionen: Sehen, Hören, vestibuläre Funktion: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Andere Begleiterkrankungen: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

#### **Begleiterkrankungen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

### **4. Bisherige Therapien (mit Resultat):**

#### **Medikamente:**

Wirksam:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Unwirksam:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

#### **Physiotherapien:**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

#### **Trainingstherapien:**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

#### **Interventionen:**

Wirksam:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Unwirksam:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

#### **Operationen:**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

#### **Psychotherapie:**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Schmerzverarbeitungsprogramme bzw. Schulung der Coping Strategien:**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Rehabilitationsaufenthalte:**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Anderes:**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Bemerkungen zur Compliance:**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**5. Zur Verfügung stehende medizinische Akten:** (Konsilium, Gutachten, IV Akten)

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**6. Momentane Schmerzsituation:**

(Auszug aus Deutscher Schmerzfragebogen)

Schmerzdauer: weniger al 1 Monat  1Monat bi ½ Jahr  ½ bis 1 Jahr

1 bis 2 Jahre  2 bis 5 Jahre  mehr als 5 Jahre

Schmerzen: dauernd  intermittierend  Verstärkung durch Belastung und Position:

Durchschnittliche Schmerzstärke (laut Angabe des Patienten) :

VAS 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

## 7. Einschränkungen der Funktionen nach ICF Checklist (WHO) :

### PART 1a: IMPAIRMENTS of BODY FUNCTIONS

Body functions are the physiological functions of body systems (including psychological functions).

Impairments are problems in body function as a significant deviation or loss.

**First Qualifier:** *Extent of impairments*

**0 No impairment** means the person has no problem

**1 Mild impairment** means a problem that is present less than 25% of the time, with an intensity a person can tolerate and which happens rarely over the last 30 days.

**2 Moderate impairment** means that a problem that is present less than 50% of the time, with an intensity, which is interfering in the persons day to day life and which happens occasionally over the last 30 days.

**3 Severe impairment** means that a problem that is present more than 50% of the time, with an intensity, which is partially disrupting the persons day to day life and which happens frequently over the last 30 days.

**4 Complete impairment** means that a problem that is present more than 95% of the time, with an intensity, which is totally disrupting the persons day to day life and which happens every day over the last 30 days.

### Short List of Body Functions

	<i>Qualifier</i>				
	0	1	2	3	4
<b>b1. MENTAL FUNCTIONS</b>					
b110 Consciousness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b114 Orientation ( <i>time, place, person</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b117 Intellectual ( <i>incl. Retardation, dementia</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b130 Energy and drive functions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b134 Sleep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b140 Attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b144 Memory	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b156 Perceptual functions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b164 Higher level cognitive functions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b167 Language	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b2. SENSORY FUNCTIONS AND PAIN</b>					
b210 Seeing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b230 Hearing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b235 Vestibular ( <i>incl. Balance functions</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b280 Pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b3. VOICE AND SPEECH FUNCTIONS</b>					
b310 Voice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b4. FUNCTIONS OF THE CARDIOVASCULAR, HAEMATOLOGICAL, IMMUNOLOGICAL AND RESPIRATORY SYSTEMS</b>					
b410 Heart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b420 Blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b430 Haematological ( <i>blood</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b435 Immunological ( <i>allergies, hypersensitivity</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b440 Respiration ( <i>breathing</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b5. FUNCTIONS OF THE DIGESTIVE, METABOLIC AND ENDOCRINE SYSTEMS</b>					
b515 Digestive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b525 Defecation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b530 Weight maintenance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b555 Endocrine glands ( <i>hormonal changes</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b6. GENITOURINARY AND REPRODUCTIVE FUNCTIONS</b>					
b620 Urination functions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b640 Sexual functions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b7. NEUROMUSCULOSKELETAL AND MOVEMENT RELATED FUNCTIONS</b>					
b710 Mobility of joint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b730 Muscle power	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b735 Muscle tone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b765 Involuntary movements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b8. FUNCTIONS OF THE SKIN AND RELATED STRUCTURES</b>					
ANY OTHER BODY FUNCTIONS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7.1. Zusammenfassung der schmerzbedingten Einschränkungen der Körperfunktionen nach ICF:

### Schmerzen:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

### Gelenkbeweglichkeit:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

### Muskelkraft (Kondition):

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

### Einschätzung der körperlichen Einschränkung in Prozent:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

## 7.2. Psychische Einschränkung:

Schmerzinduzierte Begleitsymptome bzw. Erkrankungen:

	Schwere der Einschränkung:				
	0	1	2	3	4
• Energie (Fatigue):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schlaf:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aufmerksamkeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gedächtnis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Emotionale Funktionen (z.B. Fragebogen: SCL-90-R)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Angst: (z.B. Fragebogen: Angsttest nach Sheehan, self-rating-anxiety-scale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Depression: (z.B. Fragebogen: BDI-II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Höhere kognitive Funktionen					
○ Konzentration:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Problemlösung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Fachpsychiatrische Diagnosen:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

### Einschätzung der psychischen Einschränkung in Prozent:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

## 7.3. Einschätzung der medizinischen Einschränkung gesamt in % (7.1 + 7.2.):

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

## 7.4. Einschätzung der zusätzlichen Einschränkung durch Verlangsamung (schmerzbedingt, kognitiv, medikamentös) in %:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**8. Momentane Therapien zur Aufrechterhaltung des Status Quo (mit wöchentlichem, zeitlichem Mehraufwand):**

**Medikamente:**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Hilfsmittel (Rollstuhl, Stöcke, Schienen, Mieder, Einlagen):**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Physiotherapien:**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Trainingstherapien:**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Arzt- Therapeutenbesuche:**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**8.1. Einschätzung des Therapieaufwandes gesamt in % (Die Therapien werden den Arbeitszeiten zugerechnet, die Erholungszeiten der Freizeit):**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**9. Einschätzung der gesamten Behinderung durch den Schmerz in % (7.3. + 7.4.+8.1.):**

**Medizinische Einschränkung:**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Zusätzlichen Einschränkung durch Verlangsamung:**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Einschränkung durch Therapieaufwand:**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Gesamte Einschränkung:** (die oben genannten Zahlen können nicht arithmetisch addiert werden, sollen jedoch für eine realistische Beurteilung der Einschränkung durch die chronischen Schmerzen berücksichtigt werden)

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

# Beurteilung der Zumutbarkeit bei chronischen Schmerzen in Bezug auf die weitere Therapieplanung

## 10. Momentan behandelnde Therapeuten:

### Ärzte:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

### Therapeuten:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

## 11. Vorschlag für weitere Therapien zur Verbesserung der Schmerzen:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

## 12. Prognose (Zustand durch medizinische Therapien verbesserbar?):

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

## 13. Bewältigungsstil:

Aktiv-zupackend     sinnsuchend     verleugnend     ablehnend   
Verantwortung Anderen zuweisend     dependent     Suche nach sozialer Unterstützung

## 14. Arbeitsversuche:

Arbeitsversuche:    Ja     mehrere     Nein

Verstärkt die Arbeit die Schmerzen nachvollziehbar?    Ja     Nein

Kooperation und Leistungsbereitschaft:    Ja     Nein

Kommentar:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Angaben kohärent, plausibel?    Ja     Nein

Kommentar:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

## 15. Arbeitsintegration bzw. Aufbautraining:

Resultat:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

## 16. Soziales Situation:

### Schulbildung:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

### Berufsabschluss:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Familiäre Situation:** verheiratet:  In Partnerschaft:

Alleinstehend: nie verheiratet:  getrennt:  geschieden:  verwitwet:

Kinder: 2 schulpflichtig: Ja  Nein

Partner: unterstützend  hat sich distanziert

Erweiterte Familie: unterstützend  haben sich distanziert

Freunde und Kollegen: unterstützend  haben sich distanziert

**Wohnung:** vorhanden  drohender Wohnungsverlust

Spezifische Wohnsituation  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Schweizer:**

### Aufenthaltsstatus:

B (Aufenthaltsbewilligung)  C (Niederlassungsbewilligung)  F (vorläufig Aufgenommene)  N (Asylsuchende)

**Einkommen:** gesichert  nicht gesichert  Einkommen durch Ehepartner

Lohn  Krankentaggeld  Rente  RAV  Sozialamt  Ergänzungsleistungen

**Schulden:** keine

## 17. Versicherungen bzw. involvierte Stellen:

- Taggeld:
- Rente: ja  nein: 
  - IV:  Abklärung läuft:  Integrationsmassnahmen:
  - Pensionskasse
  - Unfallversicherung



- RAV:
- Sozialamt:

case management:    nein     ja     [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

**18. Laufende juristische Verfahren:**    Ja     Nein

Jurist vorhanden: ja  nein     involviert: ja  nein

Juristisches Verfahren gegen:    IV     Unfallversicherung:     andere:

**19. Tagesablauf:**

**Tagesstruktur vorhanden:** ja     nein

**Arbeit:**

sinnvolle Arbeit vorhanden: ja  nein

[Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

**Haushalt:**

[Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

**Betreuung von Kindern und Verwandten (Betreuungsarbeit):**

[Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

**Einkaufen:**

[Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

**Geschätzte Einschränkung im Haushalt:**

[Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

**Hilfe im Haushalt:**

[Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

**20. Einschränkung der Zumutbarkeit:**

Aus: Grundsätze der **ärztlichen Beurteilung** der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit. Schweiz Med Forum 2006;6:420–431

**Tabelle 2. Hauptsächliche Gründe für eine Einschränkung der Zumutbarkeit. (bitte markieren)**

	<b>Gründe für eine Einschränkung</b>	<b>Entsprechende Befunde</b>
<b>Sicherheit</b>	Erhöhte Unfallgefahr Verminderte (Eigen- oder Fremdgefährdung)	Konzentration und Fehlleistungen infolge starker Ermüdung, zunehmender Schmerzen, Nebenwirkungen von Medikamenten, neuropsychologischer Defizite, Schwindel, psychisch bedingter Verhaltensstörung
<b>Gesundheit</b>	Drohende Schädigung oder Verschlechterung des Zustandes	Medizinische Beurteilung in Verbindung mit funktionellen Beobachtungen und/oder Hinweisen für eine drohende Verschlechterung bei bestimmten Belastungen (z.B. häufige Rezidive) aufgrund des bisherigen Verlaufs oder

		längerfristig ungünstige Prognose des Leidens bei entsprechender Belastung
<b>Arbeitsleistung</b>	Zu geringe Leistung/Produktivität infolge funktioneller Defizite im Vergleich zu den Arbeitsanforderungen	Physische Einschränkung (Kraft/Ausdauer, Beweglichkeit, Koordination) Bei wechselhaften Beschwerden: wiederholte Arbeitsausfälle (Neuro)Psychologisch bedingte Einschränkungen wie Verlangsamung, Fehlleistungen, vermehrter Anleitungsbedarf
<b>Lebensqualität</b>	Psychische Dekompensierung infolge übermässig strapazierter Schmerztoleranz oder Erschöpfung, Angst, Depression	Andauernde zermürbende Schmerzen Hoher Schmerzmittelbedarf, allenfalls auch mit Nebenwirkungen Zu wenig Freizeit mit angemessener Lebensqualität (erhebliche Schmerzen oder Erschöpfung am Abend und am Wochenende als Folge der Arbeitsbelastung)

**21. Einschätzung der kognitiven Ressourcen für eine Integration:** (z.B. Sprachkenntnisse (Muttersprache, Landessprache, Fremdsprachen) in Bezug zur Schulbildung und Arbeitsplatz (hauptsächliche Kommunikation in der Muttersprache, Hausfrau) / Tests (Zahlenverbindungstest, Turm von Hanoi)

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**22. Einschätzung der psychischen Ressourcen für eine Integration:** (z.B. Hobbies bzw. Aktivitätsniveau neben der Arbeit, Gesundheitsverhalten, etc)

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**23. Einschätzung der Motivation für eine Integration:** (z.B. Arbeitsversuche, Rentenanspruch)

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

## **24: Zusammenfassung**

### **24.1 Abschliessende Einschätzung der Zumutbarkeit durch den behandelnden Arzt:**

(wird dem Patienten nicht mitgeteilt, da diese Beurteilung durch die Versicherungen durchgeführt werden müsste. Diese Einschätzung ist jedoch für die weitere Therapieplanung von Bedeutung.)

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

### **24.2 Vorschläge zur Reintegration seitens des behandelnden Arztes:**

(z.B. Antrag für case mangement, Antrag auf Umschulung, Freiwilligenarbeit)

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

### **24.3: Vorschlag für Therapien zur Aufrechterhaltung des Status Quo und Verbesserung der Lebensqualität**

(abhängig von den Reintegrationsbemühungen. Therapien müssen ev. bei Arbeitsbeginn intensiviert werden.)

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.