Grundsätze der ärztlichen Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit. Teil 1

Michael Oliveri[a], Hans Georg Kopp[a], Klaus Stutz[b], Andreas Klipstein[c], Jürg Zollikofer[d]

[a] Rehaklinik Bellikon, [b] Abteilung Unfallmedizin, Suva Luzern, [c] Rheumaklinik, Universitätsspital Zürich
[d] Allgemeinmediziner, Ossingen, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauensärzte

Quintessenz

- Die wesentlichen Kriterien der ärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilung betreffen das Belastbarkeitsniveau (Arbeitsschwere, konkrete Einschränkungen, z.B. bezüglich Lasten oder Körperhaltungen), die Arbeitszeit (Präsenzzeit, Notwendigkeit zusätzlicher Pausen) sowie allfällige weitere Leistungseinbussen (z.B. Arbeitstempo, Qualität, vermehrter Anleitungsbedarf).
- Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in Prozenten ist auf eine konkrete, meistens auf die bisher ausgeübte Arbeitstätigkeit zu beziehen. Bei reduzierter Arbeitsfähigkeit sollten in der Regel die Einschränkungen bezüglich der obengenannten Zumutbarkeitskriterien konkretisiert werden.
- Bei länger dauernder Arbeitsunfähigkeit sollte auch die medizinische Zumutbarkeit für andere mögliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt anhand der genannten Kriterien beurteilt werden. Es ist jedoch Sache des Versicherers, auf der Grundlage der ärztlichen Beurteilung die Erwerbsfähigkeit in Prozenten festzulegen.
- Schmerzangaben oder medizinische Diagnosen und Befunde sind per se keine Begründung für eine Einschränkung der Zumutbarkeit – viele Menschen arbeiten mit mehr oder weniger starken Schmerzen oder anderen Symptomen und haben gelernt, damit umzugehen. Massgebend sind vor allem die funktionellen Defizite bezüglich Arbeitstätigkeit; diese sind in Berichten konkret darzulegen.
- Im Interesse einer optimalen Eingliederung ist möglichst bald eine ganztägige Präsenz am Arbeitsplatz anzustreben (unter Berücksichtigung der erforderlichen belastungsabhängigen Einschränkungen und/oder vermehrten Pausen). Die Einschränkung «halbtags» sollte nur ausnahmsweise attestiert und speziell begründet werden.

Summary

Basics of medical assessment of work capacity. Part 1

- *The essential criteria for medical assessment of working capacity/ability relate to the degree of work activity level (workload, specific limitations, e.g. regarding loads or posture), working hours (hours of attendance, extra breaks if necessary) and any additional loss of performance (e.g. work rate, quality, increased need for guidance).*
- *Assessment of work capacity in percent should be based on a concrete job, usually the current one. In case of work capacity reduction, the limitations should in general be concretised according to the criteria mentioned above.*
- *In case of ongoing work disability the patient's ability to do other possible jobs on the general labour market should also be assessed based on the criteria mentioned above. However, it is for the insurance company to determine percentage earning capacity on the basis of the medical assessment.*
- *Reports of pain or medical diagnoses and findings are not* per se *a reason for a limitation of work capacity/ability: many people do their jobs experiencing more or less intense pain and have learned to cope with it. Mainly decisive are the functional deficits in performing a job; these should be reported in concrete terms.*
- *In order to assist an optimum of work integration the aim should be the earliest possible full-time attendance at the workplace (with limitation of workload and/or extra breaks if needed). The "half-time working" limitation should be certified only in exceptional cases and the specific reasons for this should be reported.*

Einleitung

Die korrekte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit hat weitreichende Konsequenzen, einerseits im Hinblick auf die Erhaltung oder Förderung der Erwerbstätigkeit sowie auf die Vermeidung einer Invalidisierung, andererseits hinsichtlich fairer finanzieller Regelungen. Diese Konsequenzen werden im Vergleich zu den diagnostischen und therapeutischen Massnahmen von vielen Ärzten[1] immer noch unterschätzt. Ärzte sind auch in versicherungsmedizinischen Belangen oft zu wenig ausgebildet, und zudem sprechen Juristen und Ärzte in diesem Bereich oft nicht die gleiche Sprache. Verschiedene Ereignisse der letzten Zeit weisen jedoch auf eine Aufwertung der versicherungsmedizinischen Tätigkeit und diesbezüglich auf eine bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Schweiz hin: Das Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis der Universität St. Gallen führte 2003 in Luzern ein Symposium für Ärzte, Juristen und Versicherungsfachleute zum Thema «Schmerz und Arbeitsfähigkeit» durch, aus dem ein informativer Tagungsband hervorgegangen ist [1]. Im gleichen Jahr wurde die Swiss Insurance Medicine (Interessengemeinschaft Versicherungsmedizin Schweiz) gegründet, die Ärzte und Vertreter von Versicherungen zu ihren Mitgliedern zählt. Im Januar 2005 nahm die interdisziplinäre Akademie für Versicherungsmedizin am Universitätsspital Basel bzw. an der Universität Basel ihre Tätigkeit auf.

Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, die ärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit systematisch und unter Berücksichtigung der versicherungsmedizinischen Grundsätze anzugehen und in Berichten entsprechend sorgfältig darzulegen und zu begründen.

1 Die in diesem Artikel verwendeten männlichen Personenbezeichnungen schliessen immer auch die weibliche Form mit ein. Im Zusammenhang mit der Eingliederung oder der Versicherungssituation wäre anstatt «Patient» eher der Begriff «Klient» oder «Versicherter» angebracht; im Interesse der Einheitlichkeit wurde jedoch auf diese Differenzierung verzichtet.

CME zu diesem Artikel finden Sie auf S. 409 oder im Internet unter www.smf-cme.ch.

Die Begriffe «Arbeits(un)fähigkeit» und «Zumutbarkeit» sind eng miteinander verknüpft. Weiter spielt die Zumutbarkeit, soweit sie nicht medizinische Gesichtspunkte der Arbeitsverrichtung betrifft, auch bei der Erwerbsfähigkeit und ihrem Gegenstück, der ganzen oder teilweisen Erwerbsunfähigkeit, eine zentrale Rolle: Von der versicherten Person wird im Schadensfall, das heisst beim Eintreten eines versicherten Ereignisses, verlangt, dass sie den Schaden mindert und alles ihr Zumutbare unternimmt, um die Inanspruchnahme von Leistungen des Versicherers so tief wie möglich zu halten.

Sozialversicherungsrechtliche Rahmenbedingungen

Seit dem 1. Januar 2003 ist die Arbeitsunfähigkeit im «Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts» (ATSG) gesetzlich definiert: Art. 6 ATSG [2] umschreibt sie als «die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.» Nach der bis zum 31. Dezember 2002 geltenden Rechtsprechung, die unter der Herrschaft des neuen Art. 6 ATSG weitergeführt wird, ist in diesem sozialversicherungsrechtlichen Sinne arbeitsunfähig, wer infolge eines Gesundheitsschadens die bisherige Tätigkeit nicht mehr, nur noch in eingeschränktem Masse oder mit der Gefahr, seinen Gesundheitszustand zu verschlimmern, auszuüben vermag; massgebend ist dabei die aufgrund (fach)ärztlicher Feststellungen ermittelte Fähigkeit, am angestammten Arbeitsplatz nutzbringend tätig zu sein [3].
Auch die Erwerbsunfähigkeit wird heute vom Gesetz umschrieben: Nach Art. 7 ATSG [2] ist sie «der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.» Schliesslich definiert das Gesetz in Art. 8 Abs. 1 ATSG die Invalidität als «die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit». Bei den nichterwerbstätigen Minderjährigen bezieht sich die Invalidität demgegenüber auf die «voraussichtlich» eintretende, also künftige Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 2 ATSG), bei den nichterwerbstätigen Volljährigen auf die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 3 ATSG).
Die Zumutbarkeit spielt somit bei allen drei genannten Begriffen, darüber hinaus aber auch bei weiteren Bestimmungen des Gesetzes, eine wichtige Rolle, zum Beispiel bei der von jeder versicherten Person geforderten Schadenminderung in Form der Selbsteingliederung nach Art. 21 Abs. 4 erster Satz ATSG [2]: «Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden». Eine vergleichbare Bestimmung findet sich ebenfalls in Art. 61 der «Unfallversicherungsverordnung» (UVV) [4].
Vergeblich sucht man im ATSG nach einer allgemeinen Definition der Zumutbarkeit. Immerhin findet sich in Art. 21 Abs. 4 dritter Satz ATSG [2] der Hinweis, dass Behandlungs- und Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, nicht zumutbar sind. Da es sich um einen (unbestimmten) Rechtsbegriff handelt, obliegt dessen Konkretisierung wie bisher dem Versicherer und – im Streitfall – dem Gericht [5, 6]. Klar ist, dass die Zumutbarkeit über den medizinischen Aspekt hinaus auch Fragen der (fachlichen) Eignung und der Neigung der versicherten Person, eine bestimmte Arbeit zu verrichten, sowie ferner die mitzuberücksichtigenden nichtmedizinischen Aspekte des beruflichen Fortkommens, der sozialen Stellung oder der Entlöhnung aufwirft. Art. 16 des «Bundesgesetzes vom 25. Juni 1982 über die Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzentschädigung» (AVIG) [7] definiert den Begriff der zumutbaren Arbeit im Sinne der Arbeitslosenversicherung.

Zum Begriff der Zumutbarkeit aus juristischer Sicht

Nach allgemeinem Sprachgebrauch versteht man unter dem Begriff Zumutbarkeit, dass man von einer Person ein bestimmtes Verhalten erwarten oder verlangen darf, auch wenn dieses Verhalten allenfalls mit Unannehmlichkeiten oder sogar Opfern verbunden sein kann. Dabei dürfen – zum Vorteil der Versicherung – keine überdurchschnittlichen Anforderungen gestellt werden. Andererseits soll aber auch der initiative, fleissige Versicherte nicht benachteiligt werden. Die Forderung an den Versicherten muss vereinbar sein mit seiner Gesundheitsschädigung und in Einklang stehen mit seinen persönlichen Fähigkeiten und Eignungen und darf keine grundlegende Änderung der Lebensgewohnheiten mit sich bringen [5]. Zumutbarkeit ist auch als Ausdruck einer zu erwartenden Willensanstrengung [6] bzw. Willensanspannung zu verstehen, die nötig wäre, um innere Erschwernisse (Unpässlichkeiten, Schmerzen,

psychische Symptome) zu überwinden, die einer geforderten Leistung im Weg stehen. Murer sieht in der Strenge der Zumutbarkeitsbeurteilung auch eine tiefere, positive Begründung. Er hebt hervor, dass es in der Tat menschlicher und damit dem Wohl des Versicherten zuträglicher ist, wenn dieser den Weg ins Berufsleben (zurück)findet, als wenn ihm mit einer Berentung ein zentrales «Stück Leben» genommen wird [5]. Einen engen Bezug zum Zumutbarkeitsprinzip haben die Schadenminderungspflicht sowie die Eigenverantwortung [5, 8]. Der Versicherte ist verpflichtet, das Zumutbare zu unternehmen, um die wirtschaftlichen Folgen einer Invalidität möglichst gering zu halten. Die Schadenminderungspflicht beinhaltet, dass dem Geschädigten Massnahmen zuzumuten sind, die ein vernünftiger Mensch in der gleichen Lage ergreifen würde, wenn er keinerlei Leistungen zu erwarten hätte [5, 8].

Wesentlich für den Kontext der ärztlichen Beurteilung von Arbeits(un)fähigkeit und Zumutbarkeit (zumutbarer Tätigkeit) ist indessen, dass der berichterstattende oder begutachtende Arzt zu den Begriffen Arbeits(un)fähigkeit und Zumutbarkeit immer nur aus der Sicht seines medizinischen Fachgebiets Stellung zu nehmen hat. Darin erschöpft sich die ärztliche Beurteilung. Zu Fragen der Erwerbsunfähigkeit oder gar der Invalidität dagegen soll sich der Arzt oder medizinische Experte bewusst nicht äussern (entsprechende Fragen hat der medizinische Sachverständige gegebenenfalls ohne weiteres an den Auftraggeber zu retournieren).

Aus dieser gesetzlichen Ausgangslage ergeben sich für den berichterstattenden oder begutachtenden Arzt in den verschiedenen Situationen folgende Aufgaben:

– In allen Fällen obliegt es dem ärztlichen Sachverständigen, den Gesundheitszustand fachgerecht abzuklären und medizinisch zu beurteilen: Dazu gehören die Kenntnis der Vorakten, die Aufnahme der Anamnese, die Entgegennahme der und die Auseinandersetzung mit den vorgetragenen Beschwerden (namentlich auf ihre Glaubwürdigkeit hin), die Erhebung und Beschreibung der Befunde (unter Angabe der Untersuchungsmethoden), die Stellung der Diagnose(n) und allenfalls der Differentialdiagnose(n). Nach Möglichkeit sollte die klinische Diagnostik auch durch Untersuchungsbefunde zur Funktionsfähigkeit (Belastbarkeit für alltags- oder arbeitsbezogene Funktionen) sowie der Leistungsbereitschaft und Konsistenz anhand funktioneller Assessments oder Beobachtungen im Rahmen eines Therapie- bzw. Rehabilitationsprogramms ergänzt werden. In schwierigen und komplexen Fällen wird, je nach Absprache mit dem Auftraggeber, eine poly- oder interdisziplinäre Expertise angezeigt sein. Die fachlichen Anforderungen, denen ein beweistaugliches und beweiskräftiges medizinisches Gutachten zu genügen hat, sind von Lehre und Rechtsprechung eingehend formuliert worden [6:47f., 9].
– In Fällen kurzer Arbeitsunfähigkeit (bis zu drei Monaten) und in allen Fällen, in denen begründete Aussicht darauf besteht, dass die versicherte Person ihre angestammte Arbeit in absehbarer Zeit wieder aufnehmen kann, erfolgt die Prüfung der Arbeits(un)fähigkeit spezifisch bezüglich der bisherigen Arbeit: Der Arzt hat aufzuzeigen, ob und inwieweit die versicherte Person in der Ausübung ihrer bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeit funktionell limitiert ist (funktionelles Leistungsvermögen). Dazu muss der medizinische Experte die bisherige berufliche Tätigkeit kennen. Die Stellungnahme des Arztes zur Arbeitsunfähigkeit wird in diesen Fällen meistens in eine abschliessende Prozentangabe münden. Bei Teilarbeitsfähigkeit sollten zudem die zeitliche Verwertung der Arbeitsleistung (z.B. 50% ganztags oder halbtags) und bei Bedarf Schonkriterien (z.B. betreffend das Heben von Lasten, Körperhaltungen, Arbeit auf Leitern und Gerüsten) festgelegt werden. Ferner können unter Berücksichtigung allenfalls möglicher Umdispositionen im Betrieb nicht mehr mögliche Arbeitsgänge im Rahmen der gewöhnlichen Arbeitsverrichtung mit entsprechender prozentualer Gewichtung bezeichnet werden. Soweit eine solchermassen quantifizierte Fähigkeit aus (fach)ärztlicher Sicht (noch) besteht, ist die betreffende bisherige Tätigkeit (Beruf, Aufgabenbereich) für die versicherte Person ohne weiteres auch zumutbar.
– In Fällen längerer Arbeitsunfähigkeit (je nach Problematik mehr als drei bis sechs Monate) und ferner in allen Fällen von dem Moment an, da eine Wiederaufnahme der angestammten Arbeit nicht mehr möglich ist, weitet sich die ärztliche Prüfung der Arbeits(un)fähigkeit zu einer generellen Abklärung aus: Der medizinische Sachverständige hat – zusätzlich zur Festlegung der Arbeits(un)fähigkeit bezüglich der bisherigen Arbeit – auch Angaben darüber zu machen, welche andere Tätigkeiten als die bisher ausgeübte für die versicherte Person aus medizinischer Sicht noch in Frage kommen. Hier geht es darum, so konkret wie möglich aufzuzeigen, inwieweit wegen der Einschränkungen des funktionellen Leistungsvermögens Limitierungen in der Verrichtung von Arbeiten zu beachten sind. Der Experte äussert sich also – je nach den durch den Gesundheitszustand bedingten Einschränkungen – etwa dazu, ob die versicherte Person gehend, sitzend oder stehend, im Freien oder in (geheizten) Räumen, durchgängig oder mit (vermehrten) Pausen, unter Vermeidung des Kontaktes mit Noxen aus der

Arbeitsumgebung (Zugluft, Lärm, Materialien, Feuchtigkeit, Kälte, Hitze, Staub) arbeiten, ob sie Lasten heben und/oder tragen (Gewichtslimit), ob sie vollschichtig (im Rahmen der Normalarbeitszeit) oder nur teilweise berufstätig sein kann [6:48]. Stehen psychische Befunde zur Diskussion, hat der medizinische Experte anzugeben, ob der Explorand gegebenenfalls unter Hektik, Zeitdruck, psychischer Belastung oder Präzisionsanforderungen arbeiten kann, und ob er auch komplex strukturierten Arbeitsvorgängen gewachsen ist. In dem Ausmass, wie eine ärztlich entsprechend beschriebene Arbeitsfähigkeit in Verweisungstätigkeiten noch besteht, ist gleichzeitig die Zumutbarkeit der Arbeitsaufnahme und -ausübung aus medizinischer Sicht zu bejahen. Sache des Versicherers und im Streitfall des Gerichts ist es alsdann, darüber zu befinden, ob die Annahme irgendeiner solchen medizinisch profilierten Arbeitsgelegenheit von der versicherten Person auch unter den übrigen Aspekten des Zumutbarkeitsbegriffs rechtlich gefordert werden kann, wie sie von der Lehre der eingangs erwähnten Schadenminderungspflicht und dem oben erläuterten Zumutbarkeitsgrundsatz abgeleitet worden sind. Dabei gilt nach schweizerischer Rechtspraxis ein weitgehend objektivierter Zumutbarkeitsbegriff [10], das heisst, nicht der einzelne in seiner Subjektivität entscheidet darüber, was er für zumutbar hält, sondern der Rechtsanwender legt losgelöst vom Einzelfall die Kriterien (objektiv) fest, nach denen beurteilt wird, ob und in welchem Umfang von jemandem gefordert werden kann, in den Arbeitsprozess zurückzukehren.

Nun ist es denkbar (und kommt auch in der Praxis immer wieder vor), dass der Arzt seine Darlegungen zur medizinischen Zumutbarkeit anderweitiger Arbeitsleistungen ebenfalls in Form einer Prozentangabe abrundet. Dagegen ist im Prinzip nichts einzuwenden, wenn in der ärztlichen Beurteilung klargestellt wird, auf welche Art von Verweisungstätigkeiten sich eine solche Prozentangabe bezieht. Wesentlich ist nur die Einsicht, dass eine solche generelle ärztliche Arbeitsunfähigkeitsschätzung *nicht* dem Grad der Erwerbsunfähigkeit entspricht – dies ist den Patienten allerdings oft schwer zu vermitteln, da diese oft meinen, dass sie zum Beispiel bei attestierter genereller 50prozentiger Arbeitsunfähigkeit dann auch etwa eine 50prozentige Rente erwarten können. Vielmehr ist es Sache des Versicherers und im Streitfall des Gerichts, die ärztliche Zumutbarkeitsbeurteilung hinsichtlich der Aufnahme und Ausübung umschriebener Verweisungstätigkeiten, allenfalls unter Einschluss einer Prozentangabe, erwerblich umzusetzen, das heisst zu prüfen, ob und inwieweit aus den von ärztlicher Seite beschriebenen Limitierungen in der Vornahme anderer für die versicherte Person in Frage kommender Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine Erwerbseinbusse im Vergleich zu den Verdienstmöglichkeiten ohne den versicherungsrelevanten Gesundheitsschaden resultiert. Die Ermittlung dieser Erwerbseinbusse erfolgt nach Art. 16 ATSG [2], der Einkommensvergleich mittels dokumentierter Arbeitsplatz- (DAP-) oder lohnstatistischer Angaben [11].

Im folgenden wird vor allem die Beurteilung von Patienten mit bereits länger dauernder Arbeitsunfähigkeit behandelt.

Prinzipien der ärztlichen Beurteilung der Zumutbarkeit

Die Beurteilung der Zumutbarkeit ist ein Prozess der Erhebung von Daten, der Entscheidungsfindung und Begründung mit einer transparenten Argumentation, der sich an untenstehenden Grundsätzen orientiert. Für die eigentlichen Inhalte der Beurteilung lassen sich keine allgemeingültigen Regeln aufstellen. Überspitzt könnte man formulieren: Letztlich ist für die Prozessqualität nicht entscheidend, ob die Beurteilung inhaltlich richtig ist oder nicht, sondern ob die Feststellungen transparent und mit kohärenten und nachvollziehbaren Argumenten begründet sind. Eine gute Argumentation ermöglicht es allen künftig involvierten Fachleuten (u.a. Ärzten, Versicherungsfachleuten, Juristen), die Feststellungen kritisch zu würdigen. Natürlich verbindet sich mit der Pflicht zur sorgfältigen Begründung der Beurteilung auch die Erwartung, dass diese sich implizit positiv auf die inhaltliche Qualität der Zumutbarkeitsbeurteilung auswirkt.

Die Zumutbarkeitsbeurteilung basiert auf «Aktivität» und «Teilhabe» gemäss ICF

Das Klassifikationssystem ICF («International Classification of Function») beruht im wesentlichen auf den Klassifikationsebenen der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe (z.B. der Arbeit) sowie den umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren [12]. Die Zumutbarkeit orientiert sich grundsätzlich an den vorhandenen Fähigkeiten und Defiziten der betreffenden Person mit Bezug auf arbeitsabhängige Anforderungen, sie betrifft also primär die Bereiche Aktivität und Teilhabe. Diagnostische Überlegungen bezüglich Schädigung dienen zwar dazu, die Plausibilität der anamnestisch rapportierten Einschränkungen und beobachtbaren Defizite zu begründen – in der Regel sind aber die Diagnosen per se nicht die Basis für die Festlegung der Zumutbarkeit. Es ist eben zu berücksichtigen, dass die medizinischen Schädigungen oftmals nicht oder nur in geringem Mass

mit den Behinderungen korrelieren: Schon 1959 hob David Mechanic [13] hervor: «Illness and disability vary independently». Weiter können auch Schmerzen und andere subjektiv empfundenen Symptome per se noch keine Einschränkung der Zumutbarkeit begründen (etwa mit dem Argument des Patienten: «Weil oder solange ich Schmerzen habe, kann ich nicht arbeiten bzw. dieses oder jenes nicht machen.»). Denn in der Praxis zeigt sich bekanntlich, dass bei Patienten mit vergleichbarer gesundheitlicher Störung bzw. Schädigung je nach Art der Schmerzbewältigung – von guten Copingstrategien bis hin zu schlechter Schmerzbewältigung bzw. abnormem Krankheitsverhalten – grosse Unterschiede hinsichtlich der konkreten Belastbarkeit und Arbeitsbereitschaft zu beobachten sind [14–16].

In einfachen Fällen kann man zwar anhand einer Diagnose und mittels medizinischer Befunde aufgrund allgemeiner Erfahrung medizinisch-theoretisch beurteilen, welche berufliche Aktivitäten nicht zumutbar sind; so sind zum Beispiel bei einer medizinisch begründeten erheblichen Einschränkung der Bewegungsfähigkeit der Schulter auf der dominanten Seite Malerarbeiten ebensowenig zumutbar, wie es vorwiegend im Stehen oder Gehen auszuübende Tätigkeiten bei einer erheblichen und schmerzhaften Kniearthrose sind. Oft lassen sich aber aus den strukturellen und funktionellen Diagnosen die arbeitsbezogenen Fähigkeiten und Defizite nicht zuverlässig ableiten. In solchen Fällen wäre eine ergonomische Abklärung, beispielsweise eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL), zu empfehlen [17–19]. Das Assessmentverfahren EFL findet auch in der Rechtsprechung zunehmend Anerkennung [6, 20]. Als Kostenträger für eine solche Abklärung kommen in erster Linie Unfallversicherer, die IV, Pensionskassen und Taggeldversicherungen in Betracht.

Bei klinischen Zeichen einer «nicht organisch» bedingten Funktionsstörung, Anzeichen von mangelnder Leistungsbereitschaft und Inkonsistenz der Befunde ist eine Beurteilung der zumutbaren Aktivitäten generell schwierig; und dies gilt natürlich auch für ein EFL-Assessment. Bei offensichtlich mangelnder Leistungsbereitschaft ist die Durchführung einer EFL nicht sinnvoll, und man wird in diesen Fällen die Abklärung letztlich vor allem auf medizinisch-theoretische Überlegungen abstützen müssen. Hingegen finden sich oft Mischbilder mit nur teilweiser Symptomausweitung und Inkonsistenz, häufig bei Angst vor Bewegung und Belastung infolge längerer Schonung; manchmal ist auch die Frage der Leistungsbereitschaft von bisherigen Untersuchern widersprüchlich beurteilt worden. In solchen Fällen kann eine EFL entweder dazu beitragen, Patienten im Rahmen der Tests schrittweise mit alltags- und arbeitsbezogenen Belastungen zu konfrontieren und die Perspektive einer arbeitsorientierten Rehabilitation und Wiedereingliederung zu öffnen (es kommt beispielsweise immer wieder vor, dass sich Patienten nach einer EFL dafür bedanken, dass sie nun erkannt haben, dass sie eigentlich belastbarer sind, als sie bisher gemeint hatten), oder die EFL kann anhand der zahlreichen Testbeobachtungen die Frage der Konsistenz und Leistungsbereitschaft eindeutiger klären und dokumentieren.

Die formalen Elemente der Beschreibung der Zumutbarkeit

Die für die Beschreibung der Zumutbarkeit relevanten Elemente sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Gründe für eine Einschränkung der zumutbaren Arbeitsleistung

In Tabelle 2 sind die hauptsächlichen Gründe für eine Einschränkung der Zumutbarkeit sowie mögliche zugehörige Befunde aufgeführt.

Eine Einschränkung der Zumutbarkeit aufgrund gestörter Lebensqualität bzw. mangelnder psychischer Stabilität sollte nur mit Zurückhaltung und nach sorgfältiger Prüfung zur Anwendung kommen, denn bei weitem nicht jede subjektive Angabe von starken und dauerhaften Schmerzen oder übermässiger Ermüdung begründet eine damit verbundene Einschränkung. Vorsichtige und zurückhaltende Angaben über solche Probleme sind nicht selten bedeutsamer als dramatisch vorgebrachte Klagen. Folgende Voraussetzungen sollten in der Regel erfüllt sein:

- Gute Kooperation und Leistungsbereitschaft sowie Konsistenz im Rahmen der Untersuchungen und Tests oder einer Rehabilitation als Indiz für die Plausibilität der Angaben sind vorhanden. Die bisherigen geeigneten und zumutbaren Vorschläge zur Verminderung des Leidens sind vom Patienten akzeptiert und versuchsweise umgesetzt worden.
- Die Angaben sind differenziert, anamnestisch kohärent und erscheinen aufgrund von Beobachtungen (z.B. bei Tests oder im Verlauf eines Reha-Aufenthaltes) plausibel.

Charakteristisches Beispiel: Ein konsistent wirkender Patient gibt an, er sei vom Arzt informiert worden, dass es zur Verminderung des Leidens eine Phase der Anpassung und Angewöhnung brauche und Arbeit somit eine sinnvolle Therapie sei. Er habe das versucht und trotz starker Beschwerden ganztags gearbeitet. Am Abend und am Wochenende sei er erschöpft gewesen und habe unter starken Schmerzen gelitten. Die Lebensqualität sei selbst in der Freizeit sehr tief, und er müsse jeweils nach der Arbeit viel liegen, damit sich die Schmerzen bis zum nächsten Tag wieder beruhigen. Obschon er nun sechs Monate durchgehalten habe, sei leider bis jetzt keine

Tabelle 1. Elemente der Beschreibung der Zumutbarkeit.

Belastbarkeitsniveau, Belastungstoleranz
Brauchbar ist die Festlegung des zumutbaren physischen Belastbarkeitsniveaus einer Arbeit in Anlehnung an die Kriterien des «Dictionary of Occupational Titles» [21]. Die Angaben in Klammern bezeichnen das Gewicht, das gelegentlich zu heben erlaubt ist.
– Sehr leicht, vorwiegend sitzend (max. 5 kg) – Leicht (max. 5–10 kg oder häufige Armbewegungen oder Betätigung eines Fusspedals erforderlich) – Leicht bis mittelschwer (max. 10–15 kg) – Mittelschwer (max. 15–25 kg) – Schwer (max. 25–45 kg) – Sehr schwer (>45 kg) – (Zurzeit) Keine zumutbare Arbeitsleistung
Ergänzend sind bei Bedarf konkrete Einschränkungen festzuhalten, zum Beispiel «wechselbelastend sitzend und stehend», «keine Arbeit über Schulterhöhe», «ohne häufigen Krafteinsatz der linken Hand», «ohne Besteigen einer Leiter». Es können auch geeignete ergonomische Anpassungen zur Verminderung schlecht tolerierter Belastungen empfohlen werden, etwa ein bis auf Brusthöhe verstellbarer Arbeitstisch, damit dazwischen auch stehend gearbeitet werden kann.
Bei der Beschreibung der Zumutbarkeit hinsichtlich der bisherigen Arbeit ist das Belastbarkeitsniveau natürlich vorgegeben, hier geht es eher darum, bei Bedarf Schonkriterien wie beispielsweise «Heben von Lasten ab Boden selten und höchstens bis max. 20 kg» zu formulieren.
Arbeitszeit
Die zu leistende Arbeitszeit betrifft die Präsenzzeit (ganztags, halbtags, Anzahl Stunden pro Tag) sowie allfällig erforderliche zusätzliche Pausen (insgesamt pro Tag). Bei zusätzlichen Pausen ist nach Möglichkeit anzugeben, ob diese als grössere Pausenblöcke oder als häufige Kurzpausen (z.B. zur Haltungsänderung, Lockerung und Entspannung) realisiert werden sollten.
Zusätzliche arbeitsrelevante Leistungseinbussen
Einschränkungen der Arbeitsproduktivität während der geleisteten Arbeitsstunden, etwa verlangsamtes Arbeitstempo, verminderte Qualität, vermehrter Anleitungsbedarf. Solche Einschränkungen sind häufig bedingt durch (neuro)psychologische Defizite.

Tabelle 2. Hauptsächliche Gründe für eine Einschränkung der Zumutbarkeit.

	Gründe für eine Einschränkung	Entsprechende Befunde
Sicherheit	Erhöhte Unfallgefahr (Eigen- oder Fremdgefährdung)	Verminderte Konzentration und Fehlleistungen infolge starker Ermüdung, zunehmender Schmerzen, Nebenwirkungen von Medikamenten, neuropsychologischer Defizite, Schwindel, psychisch bedingter Verhaltensstörung
Gesundheit	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
Arbeitsleistung	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
Lebensqualität	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)

Besserung eingetreten. Es könne so einfach nicht weitergehen, er brauche auch etwas Freizeit und Lebensqualität. Eine Anpassung des Arbeitspensums erscheint in diesem Fall gerechtfertigt.

Prioritäten bei der Einschränkung der Zumutbarkeit

Grundsätzlich kann eine Einschränkung der Arbeitsleistung in Form einer Reduktion der Belastungen und/oder der Präsenz- und Arbeitszeit erfolgen. Es sollte immer zuerst geprüft werden, ob eine Festlegung von Einschränkungen der Belastung bzw. der Arbeitsleistung auf der Basis einer ganztägigen Arbeit möglich ist. Dies fördert eine optimale berufliche Reintegration, vermeidet nach Möglichkeit ein medizinisch nicht begründetes «Steckenbleiben» in einer zeitlich reduzierten Arbeitsleistung (und allenfalls in der Folge einen Verlust des Arbeitsplatzes), verbessert bei Arbeitslosigkeit die Chancen, eine Stelle zu finden und reduziert letztlich auch (nicht gerechtfertigte) finanzielle Leistungen seitens der Versicherungen.

Die Prioritätenreihenfolge der vorzunehmenden Einschränkungen ist in Tabelle 3 dargelegt. Zu berücksichtigen ist allerdings auch die Arbeitsorganisation im Betrieb bzw. die Machbarkeit von Einschränkungen. Beispielsweise ist ein aktuell zumutbarer halbtägiger Einsatz für einen Bauarbeiter, der auf weitentfernten Baustellen beschäftigt ist (Transport der ganzen Mannschaft mit dem Firmenbus), nicht realisierbar. Kann der Arbeitgeber bei Bedarf vorübergehend keine leichtere Arbeit, etwa im Magazin, anbieten, wäre in diesem Fall vielleicht die Möglichkeit zu prüfen, im Sinne eines noch reduzierten Einsatzes die Arbeit zunächst nur an drei Tagen pro Woche mit jeweils einem Tag Pause dazwischen aufzunehmen. In allen Fällen, wo die Verwertbarkeit einer attestierten Teilarbeitsfähigkeit nicht klar ist, sollte der Arzt im Betrieb die Möglichkeiten eines der Behinderung ange-

Tabelle 3. Prioritäten bei der Einschränkung der Zumutbarkeit

1. Arbeit ganztags mit Einschränkung bestimmter Belastungen – Belastungslimiten – Arbeitsorganisatorische Massnahmen, Hilfsmittel – Andere behinderungsangepasste Arbeiten im Betrieb	Kritische, nicht zumutbare Belastungen (max. Gewichte, Dauer/Häufigkeit von Tätigkeiten) müssen ausgeschaltet werden.
	Je nach Bedarf und Möglichkeit modifizierte Arbeitsanforderungen (evtl. auch Jobrotation) Hilfsmitteleinsatz (z.B. Hebehilfen).
2. Arbeit ganztags mit vermehrten Pausen und/oder verminderter Arbeitsleistung – Häufigere Kurzpausen, längere Pausen, langsamerer Arbeitsrhythmus – Berücksichtigung einer geringen Arbeitsleistung während der Arbeit – (Bei Bedarf auch in Kombination mit Massnahmen gemäss 1.)	Kritische Belastungen (z.B. Heben bestimmter Lasten oder Einnehmen von belastenden Arbeitshaltungen) werden an sich toleriert, aber nicht im normal geforderten Arbeitsrhythmus bzw. in geforderter Häufigkeit/Dauer. Eine Überlastung bzw. Überforderung lässt sich allein mit einer spezifischen Reduktion von Belastungen nicht vermeiden.
	Eine ganztägige Arbeitspräsenz ist zumutbar, aber der Patient kann aus physischen oder (neuro)psychologischen Gründen nicht die volle Leistung (im Vergleich zu einer gesunden Person) erbringen.
3. Kürzere Arbeitszeit bei voller Leistung Beispielsweise: – Halbtags oder … Stunden pro Tag (in dieser Zeit volle Leistung) – Ausfall von durchschnittlich … Tagen pro Monat – Ganztags, aber nur … Tage pro Woche	Die Beschwerden nehmen infolge kumulierender Belastung im Tagesverlauf wesentlich zu, und dies kann mit einer spezifischen Reduktion von Belastungen und/oder vermehrten Pausen nicht verhindert werden. Dafür sprechen Angaben wie: «Die ersten Stunden kann ich praktisch voll arbeiten, dann geht es aber immer schlechter» oder Befunde wie eine zunehmende Schwellung im Verlauf des Tages.
	Eine ausreichende spezifische Reduktion von Belastungen und/oder vermehrte Pausen sind aus arbeitsorganisatorischen Gründen nicht umsetzbar.
	Rezidivierend akute Beschwerden mit Arbeitsausfall (z.B. mehrere Tage pro Monat), die allein mit einer Einschränkung der Belastung und/oder mit vermehrten Pausen nicht vermieden werden können.
	Eine ganztägige Arbeitspräsenz ist aus (neuro)psychologischen Gründen nicht zumutbar.
4. Kürzere Arbeitszeit und reduzierte Leistung	Eine Anpassung der Arbeit an die Behinderung ist mit obengenannten Massnahmen nicht ausreichend möglich.

passten Arbeitseinsatzes abklären oder allenfalls die Versicherung ersuchen, dies zu tun. Es versteht sich von selbst, dass auch der Arbeitgeber für eine optimale Reintegration seiner Angestellten nach Krankheit oder Unfall die Mitverantwortung zu tragen hat, teilweise werden durch Prämienmodelle dafür auch finanzielle Anreize geschaffen. Je flexibler ein Betrieb Hand bietet für eine Arbeitsaufnahme bei noch vorhandenen Einschränkungen, um so eher wird eine erfolgreiche Eingliederung und die Vermeidung von Invalidität möglich sein. Dabei sind der Wille und die Fähigkeit zur Kommunikation aller Beteiligten, besonders der Ärzte und der Kundenbetreuer bzw. Case-Manager von Versicherungen, gefragt.

Beurteilung der Zumutbarkeit der bisherigen Arbeit

Die Beurteilung der Zumutbarkeit der bisherigen Arbeit bzw. der Arbeits(un)fähigkeit bezieht sich in der Regel auf die zuletzt ausgeübte bzw. die angestammte Tätigkeit vor dem Unfall oder der Erkrankung und nicht auf die Leistung in einer allenfalls nachher ausgeübten reduzierten oder angepassten Arbeitstätigkeit. Kann beispielsweise ein Maurer nach einem Unfall zur Entlastung einige Zeit nur im Magazin eingesetzt werden, so kann man dabei – im Vergleich zur vertraglich vereinbarten Arbeit – nicht unbedingt von einer 100prozentigen Arbeitsleistung ausgehen, auch wenn der Einsatz ganztags erfolgt. Bei vertraglicher Teilzeitbeschäftigung bezieht sich eine attestierte Arbeitsunfähigkeit auf dieses Teilzeitpensum.

Die Bewertung der Arbeits(un)fähigkeit basiert nicht nur auf der eruierten Belastungstoleranz, sondern wesentlich auch auf der Kenntnis der Arbeitsanforderungen. So ist beispielsweise nach einer mit Gips versorgten Vorderarmfraktur der nichtdominanten Hand eine 100prozentige Arbeitsunfähigkeit für einen Bauhandlanger sicher angemessen, aber nicht zwingend für einen Verkäufer oder Sachbearbeiter. Der Arzt muss sich ein Bild über die Arbeit seines Patienten (z.B. Art und Häufigkeit des Hebens von Lasten, des Krafteinsatzes, der Bewegungsabläufe und Körperhaltungen, der geistigen Anforderungen) machen. Erste Informationen erhält er vom Patienten, wobei diese Angaben nicht immer zuverlässig sind. Hilfreich sind – falls vorhanden – Arbeitsplatzbeschreibungen der Versicherung. Bei Bedarf sollte eine direkte Information beim Arbeitgeber eingeholt werden, dabei kann man bei Bedarf auch gleich vorübergehende leichtere Einsatzmöglichkeiten im Betrieb abklären.

Bei längerem Verlauf sind nicht nur die aktuellen Befunde und Testergebnisse, sondern auch die bisherige Entwicklung bezüglich Arbeitsfähigkeit, der Verlauf bisheriger Arbeitsversuche (Wie hoch war die Leistung, welche Einschränkungen waren letztlich limitierend?) zu berücksichtigen. Auch Protokolle von Gesprächen eines Kundenbetreuers der Versicherung mit dem Versicherten oder mit dem Arbeitgeber ergeben oft wichtige Hinweise, die für eine möglichst umfassende und faire Beurteilung der Zumutbarkeit wichtig sind.

In gewissen Fällen lässt sich die erreichbare Arbeitsleistung vor einem Arbeitsversuch medizinisch nicht ausreichend zuverlässig abschätzen: In diesen Fällen kann auch eine als provisorisch deklarierte Bewertung der Arbeitsfähigkeit mit Hinweis auf eine erforderliche Leistungsprüfung im Betrieb nach einigen Wochen (z.B. durch die Versicherung zusammen mit dem Arbeitgeber) erfolgen. Man kann in solchen Fällen auch nur die Arbeitszeit festhalten und bei der prozentualen Arbeitsfähigkeit den Vermerk «wird später festgelegt» eintragen.

Manchmal ist trotz nur sehr geringer zu erwartender Leistung eine Arbeitsaufnahme sinnvoll und nach Absprache mit dem Arbeitgeber geplant, um eine schrittweise Wiedereingliederung zu fördern und eine lange Arbeitsabsenz zu vermeiden. Hier empfiehlt sich, auch nach Absprache mit der Versicherung, die Attestierung einer «Arbeitsfähigkeit zur Anpassung und Angewöhnung» bzw. «Arbeitsfähigkeit zu therapeutischen Zwecken». Mit «Anpassung» ist die körperliche, mit «Angewöhnung» die psychische Adaptation an die Anforderungen der Arbeit gemeint. In diesen Fällen übernimmt die Unfall- oder Taggeldversicherung zunächst noch das volle Taggeld.

Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist zeitlich immer auf die nächste Kontrolle oder für eine medizinisch begründbare Periode zu terminieren. Die Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit «bis auf weiteres» ist für die Versicherungen aus nachvollziehbaren Gründen inakzeptabel und setzt auch gegenüber dem Patienten ein falsches Signal.

Längerfristige Ausrichtung der Zumutbarkeitsbeurteilung (im Rahmen umfassender Berichte)

Eine allgemeine Zumutbarkeitsbeurteilung im Rahmen von umfassenden Berichten hat im Vergleich zur jeweils punktuellen Festlegung der Arbeitsfähigkeit einen längerfristigen Charakter. Ein allfälliger zeitlich limitierter erleichterter Einstieg ist durch Anmerkungen wie «vermehrte Pausen von maximal zwei Stunden pro Tag während zwei Monaten» (z.B. nach langer Arbeitsunfähigkeit) separat festzuhalten. Die Zumutbarkeitsbeurteilung sollte sich aber auf die (zumutbare) Belastbarkeit nach einer solchen Einstiegsphase beziehen.

Ist eine weitere Massnahme (z.B. Rehabilitation, operativer Eingriff, schrittweises Auftrainieren funktioneller Defizite bei der Arbeit) vorgesehen, ist die Zumutbarkeit in der Regel vorläufig auf die aktuelle Situation zu beziehen

und festzuhalten, dass sich diese durch die empfohlenen Massnahmen «sehr wahrscheinlich», «wahrscheinlich» oder «möglicherweise» verbessern lässt.

Die Objektivität der Zumutbarkeitsbeurteilung

In der Beurteilung und Argumentation müssen beobachtete Befunde und prüfbare Fakten von den subjektiven Angaben des Betroffenen klar unterschieden werden. Es versteht sich von selbst, dass die Beurteilung soweit wie möglich durch objektive Befunde und Fakten abgestützt werden sollte. Dazu gehören anamnestische Fakten, Befunde der klinischen Untersuchung und der bildgebenden Abklärungen und möglichst auch funktionelle Abklärungen wie beispielsweise bezüglich der Leistungsfähigkeit für Gehen und Treppensteigen oder für das Heben und Tragen von Lasten. Wichtig sind auch Beobachtungen (oder das Fehlen) von Zeichen von Anstrengung oder Schmerz bei der Untersuchung und bei Leistungstests (z.B. Muskelanspannung, Ausweichbewegungen, ungenügende Stabilisierungsfähigkeit, erhöhter Puls sowie weitere vegetative Zeichen wie beispielsweise Schweissausbruch, Gesichtsrötung). Wichtige verhaltensbezogene Befunde sind Krankheitsüberzeugungen und Ziele des Patienten sowie die Art, wie der Patient mit den Symptomen umgeht: Lassen sich eine aktive Schmerzbewältigung, eine hohe Eigenverantwortung und Willensanstrengung zur optimalen sozialen und beruflichen Eingliederung erkennen, oder zeigen sich eine passive Heilungserwartung (nur «Gesundheit» und «Schmerzfreiheit» als Ziel, und dafür sind einzig die Ärzte/Therapeuten verantwortlich) sowie ein ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten?

Subjektive Angaben über die Beschwerden und Einschränkungen sind aber nicht zu vernachlässigen und in der Argumentation folgendermassen zu berücksichtigen:

- Sie können die beobachteten Befunde und Fakten bestätigen und somit das Bild abrunden.
- Da für eine schlüssige Zumutbarkeitsbeurteilung die «harten» Fakten nicht immer ausreichen, können die subjektiven Angaben Lücken in der Argumentation schliessen. Dabei ist es aber wichtig, dass deren Plausibilität bewertet wird. Beispielsweise spricht für deren Glaubwürdigkeit, wenn sich der Betroffene bei den Befragungen, Untersuchungen und Tests als kooperativ, kohärent und leistungsbereit erwiesen hat und er seine Schmerzen und Probleme differenziert schildert – umgekehrt schränken beobachtete Inkonsistenzen, eine mangelnde Leistungsbereitschaft und/oder eine pauschalisierende oder «katastrophisierende» Problembeschreibung die Plausibilität der subjektiven Angaben stark ein.
- Wenn präzise und differenzierte subjektive Angaben den beobachteten Befunden und prüfbaren Fakten widersprechen, kann dies unter Umständen auch darauf hinweisen, dass das bisherige Verständnis der komplexen Problematik des Patienten zu eng gefasst wurde und daher erweitert werden muss. Es kommt durchaus vor, dass man Angaben eines Patienten anfänglich nicht in ein Krankheitsbild einordnen kann und deshalb vielleicht geneigt wäre, diese auszublenden, bei hartnäckiger Nachforschung bezüglich dieser Angaben aber auf neue Erkenntnisse über die medizinische Problematik stösst. Bei der Entscheidung, wie weit man solchen «querliegenden» Aussagen des Patienten nachgehen will, spielt die obenerwähnte Plausibilität aufgrund des beobachteten Verhaltens eine wichtige Rolle.

Bezüglich der Objektivität von Feststellungen sind Nuancen in der Formulierung manchmal von grosser Bedeutung. Es besteht beispielsweise ein wichtiger Unterschied zwischen Formulierungen wie «kann nicht mehr als 10 kg heben» bzw. «das Heben von mehr als 10 kg ist zu vermeiden» und «hebt nicht mehr als 10 kg», «sieht sich nicht in der Lage» oder «zeigt sich nicht bereit, mehr als 10 kg zu heben». Die beiden ersten Formulierungen beschreiben ein effektiv funktionell-somatisch begründetes Belastungslimit, das sich auf entsprechende Befunde und Beobachtungen stützt. Die weiteren Bemerkungen beschreiben nur ein beobachtetes Symptomverhalten, das nicht oder zumindest nicht eindeutig einem somatischen Korrelat zuzuordnen ist – sie sind angezeigt, wenn etwa bei einem durchgeführten Hebetest keine Anzeichen einer effektiven Anstrengung oder einer funktionellen Störung festgestellt wurden (d.h., der Patient bricht den Test schon bei sehr geringem Gewicht einfach ab und meint, es gehe nicht mehr, obschon man bei entsprechender Teststufe kein funktionelles Limit beobachten konnte). Vielleicht waren zudem bereits im Rahmen der vorgängigen Anamnese, der klinischen Untersuchung und von anderen funktionellen Leistungstests deutliche Zeichen von Inkonsistenz und Symptomausweitung festgestellt worden (siehe Kapitel «Zumutbarkeitsbeurteilung bei sogenannter Symptomausweitung …» [in Teil 2]).

Der abstrakte Charakter der Zumutbarkeitsbeurteilung

Die Zumutbarkeitsbeurteilung ist theoretisch und unabhängig von der konkreten Arbeits- und Stellensituation vorzunehmen. Ein Beispiel: Wenn der Arbeitgeber den Patienten für eine zumutbare bzw. behinderungsangepasste Tätigkeit des Betriebs nur halbtags einsetzen kann, heisst das nicht, dass diese Tätigkeit nur halbtags zumutbar ist. In so einem Fall sind beide Faktoren

zu beschreiben: die theoretische Zumutbarkeit, etwa ganztags für die genannte behinderungsangepasste Tätigkeit, und das reale Angebot, nämlich Arbeitsaufnahme halbtags aus betrieblichen Gründen. Es empfiehlt sich deshalb, in einem Bericht die Darlegung der (theoretischen) Zumutbarkeit und die konkrete Empfehlung hinsichtlich Arbeit und Eingliederungsperspektiven klar zu trennen.

Die Bezugnahme der ärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilung bei mehrfachen medizinischen Problemen

Wenn für verschiedene vorliegende medizinische Probleme unterschiedliche Versicherungsträger zuständig sind (z.B. zwei Unfallversicherungen oder eine Unfall- und eine Krankenversicherung), dann ist der jeweilige Bezug der Beurteilung darzulegen:

- Die festgestellten Einschränkungen sollten je nach Fragestellung und Möglichkeit den medizinischen Problemen zugeordnet werden (z.B. primär rückenbedingte Einschränkungen für das Heben von Lasten über 15 kg, für längeres Sitzen und eine gebeugte Körperhaltung, primär kniebedingte Einschränkung für längeres Stehen und Gehen).
- Bei der Beurteilung der Zumutbarkeit bzw. Arbeits(un)fähigkeit kann je nach Fragestellung und Situation entweder selektiv auf das eine oder andere Problem eingegangen (beispielsweise auf die Rücken- oder auf die Knieproblematik) oder eine sogenannte «globale» Beurteilung (d.h. unter Berücksichtigung aller vorliegenden Probleme) vorgenommen werden. Vor allem die Unfallversicherungen wünschen nach Möglichkeit eine selektive Beurteilung bezogen auf das von ihnen versicherte Problem. Manchmal sind klare Abgrenzungen allerdings schwierig, besonders wenn neben körperlichen Einschränkungen auch eine psychische Störung vorliegt. In diesen Fällen kann man eine als «global» deklarierte Zumutbarkeitsbeurteilung abgeben und soweit als möglich die prozentual geschätzten Anteile der relevanten Probleme an der globalen Einschränkung der Arbeitsleistung angeben.

Die Frage nach der Ursache der medizinischen Probleme (Kausalität) lässt sich in aller Regel nur im Rahmen eines Gutachtens klären. Man sollte in Berichten auf jeden Fall darauf achten, dass man durch die Verwendung bestimmter Begriffe keine Kausalitäten andeutet, die vielleicht nicht gesichert sind, beispielsweise mit der Diagnose «posttraumatische Kopfschmerzen» (vielleicht wird gerade die Ursache der Kopfschmerzen versicherungsmedizinisch bestritten, weil der Betroffene früher schon häufig Kopfweh hatte).

Arbeitsfähigkeit trotz Schmerzen?

Nicht selten hört man in Diskussionen mit Hausärzten Äusserungen wie: «Aber wenn mein Patient sagt, er könne mit seinen Schmerzen nicht arbeiten, dann glaube ich ihm das.» Was ist dazu zu sagen?

Mitgeteilte Schmerzen und die damit verbundene Auffassung bezüglich Arbeitsunfähigkeit sind praktisch immer «glaubwürdig», denn eigentliche Simulanten (Vortäuschung von Beschwerden und Behinderungen) sind eher selten. Der Arzt als Berater, der auch mit der Pflicht einer versicherungsmedizinischen Beurteilung betraut ist, sollte sich jedoch die Auffassung des Patienten nicht einfach zu eigen machen, sondern diese unabhängig beurteilen; nur so kann er seine führende und beratende Funktion gegenüber dem Patienten ausüben. Es ist ja auch nicht so, dass ein Arzt beispielsweise immer ein MRI durchführen lässt oder gar eine Operation anordnet, wenn der Patient dies für nötig hält. Wir wissen sehr wohl, dass das Ausmass der empfundenen Schmerzen und Behinderungen, besonders wenn sie chronisch werden oder schon geworden sind, stark von (variablen) psychischen und sozialen Faktoren wie Ängsten, Erwartungen, Stimmungen, Situationen abhängig ist und diese auch bis zu einem gewissen Grad in die eine oder andere Richtung beeinflussbar sind. Dasselbe gilt erst recht für die Beurteilung der eigenen Arbeitsfähigkeit.

Die Beurteilung der Zumutbarkeit, trotz Schmerzen einer Arbeit nachgehen zu können, ist immer eine Sache der sorgfältigen Würdigung und Abwägung aller individuellen Umstände, es gibt dafür kein allgemeines Rezept. Die folgenden Überlegungen sollen dazu nur einige Hinweise geben.

- Viele Menschen arbeiten mit irgendwelchen Schmerzen. Sie haben (zwangsläufig) gelernt, diese in ihr Leben zu integrieren und damit umzugehen. Einige entwickeln jedoch nach einem Unfall oder bei einer Erkrankung die Überzeugung, dass man generell mit Schmerzen oder anderen Symptomen nicht arbeiten könne, und sie erwarten praktisch vollständige Gesundheit als Voraussetzung für eine Wiederaufnahme der Arbeit. Damit verbunden ist «im Zeitalter, wo doch der Mensch sogar auf den Mond fliegen kann», oft auch die Vorstellung einer Allmacht der modernen Medizin und der Ärzte. Sollte man einen solchen Patienten nicht vor allem einmal damit konfrontieren, dass seine Erwartungen trotz der Erfolge der modernen Medizin unrealistisch sind und er sich (mindestens vorübergehend) auf ein möglichst normales Leben mit Beschwerden einstellen sollte?
- Wären die Schmerzen bei einer den Einschränkungen angepassten Arbeit tatsächlich

wesentlich stärker (und nicht mehr tolerierbar), als wenn der Patient nicht arbeiten würde?
- Würde eine Arbeit den Patienten nicht sogar von seinen Schmerzen ablenken und ihn davon abhalten, zu Hause auf dem Sofa ständig über seine Schmerzgefühle nachzudenken? Das Prinzip «Ablenkung» ist eine der wichtigsten Strategien im Umgang mit chronischen Schmerzen!
- Ist im konkreten Fall nicht zu erwarten, dass bei täglicher Arbeitstätigkeit mit der Zeit auch eine Anpassung und Gewöhnung eintritt? Manche Patienten berichten einige Zeit nach der Arbeitsaufnahme, dass der Schmerz zwar nach wie vor da sei, aber dass sie sich daran gewöhnt hätten und nun einigermassen damit umgehen und leben könnten.
- Hat der Patient nicht auch sonst im Leben Mühe, Herausforderungen anzunehmen und zu überwinden? Was für Ressourcen könnte er mobilisieren? «Ich kann dieses oder jenes nicht» ist nicht nur bei einer Schmerzproblematik eine menschliche Reaktion auf Herausforderungen, und eine solche Schwelle zu überwinden, wäre eventuell auch ein wichtiger Schritt in der persönlichen Entwicklung. Gefragt sind in solchen Situationen oft auch Führung und Beratung und Hilfe im Umgang mit der Situation (z.B. mit Schmerzbewältigungsstrategien), um den Patienten beim Überwinden der Schwelle zu unterstützen. Eine zu nachgiebige Haltung nach dem Motto «Ich glaube Ihnen, dass sie es nicht schaffen» führt wahrscheinlich dazu, dass sich der Patient zwar im Moment von einem solchen Arzt verstanden und sich bei ihm gut aufgehoben fühlt, aber die Chance auf eine positive Entwicklung wird vertan und vielleicht einer weiteren Chronifizierung und Invalidisierung Vorschub geleistet.
- Gibt es Dinge im Umfeld des Patienten (z.B. Arbeitsklima, schwieriges Verhältnis zum Vorgesetzten, ungünstige Beeinflussung durch Angehörige oder einen Anwalt), die anzusprechen sind und eventuell auch geklärt und günstig beeinflusst werden können, um den Entscheid bzw. die Bereitschaft für eine Wiederaufnahme der Arbeit zu erleichtern?
- Patienten kennen die psychosozialen Auswirkungen von langer Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsplatzverlust und allenfalls Berentung oft nicht und sehen daher auch die damit verbundenen Gefahren wie fehlende soziale Anerkennung und Wertschätzung, das Gefühl des Nichtmehrgebrauchtwerdens, sozialer Rückzug, Depression, sozialer Abstieg, finanzielle Nöte usw. nicht. Der Arzt muss den Patienten entsprechend informieren und auf geeignete Weise mit seiner Zukunftsperspektive konfrontieren. Wenn allerdings künftig eine Arbeitstätigkeit medizinisch als nicht mehr zumutbar erscheint, sollte der Patient soweit als möglich auf solche Gefahren vorbereitet und bei Bedarf psychisch begleitet werden.
- In gewissen Situationen kann es einmal sinnvoll sein, dem Patienten etwas Luft zu verschaffen und den Arbeitsdruck noch aufzuschieben, damit er sich für eine künftige berufliche Tätigkeit physisch und psychisch schrittweise wieder aufbauen kann.

Schwierig und auch von vielen Ärzten als ungerecht empfunden wird vor allem die Situation älterer Patienten mit Einschränkungen, die bei der Feststellung einer beruflichen Zumutbarkeit auch bei gutem Willen auf dem heutigen Arbeitsmarkt oft keine Chancen haben, unter anderem, weil im Zuge der Rationalisierung viele weniger belastende oder sogenannte Nischenarbeitsplätze verschwunden sind. Auch in diesen Fällen bleibt leider nichts anderes übrig, als im Rahmen des möglichen Ermessens unter Berücksichtigung der versicherungsmedizinischen Rahmenbedingungen die arbeitsbezogenen Fähigkeiten und Defizite fachgerecht abzuklären. Die Würdigung der persönlichen und beruflichen Umstände (ist eine Anpassungsfähigkeit an eine neue Tätigkeit gegeben? Kann ein Berufswechsel bzw. kann von einem selbständig Erwerbenden die Aufnahme einer Arbeitnehmertätigkeit gefordert werden? Wie weit ist ein sozialer Abstieg zumutbar? Muss im Hinblick auf eine neue Tätigkeit der Wohnort gewechselt werden? usw.) ist eine juristische Angelegenheit und der Versicherung und gegebenenfalls dem Richter zu überlassen [8].

Danksagung

Für den Abschnitt «Sozialversicherungsrechtliche Rahmenbedingungen» verdanken wir Herrn Prof. Dr. iur. Ulrich Meyer, Luzern, wertvolle Hinweise.

Literatur

1 Schmerz und Arbeitsfähigkeit. Universität St. Gallen, Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis; 2003.
2 Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den «Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts» (ATSG; SR 830.1).
3 Bundesgerichtsentscheid (BGE) 130 V 343ff. mit Hinweisen.
4 «Unfallversicherungsverordnung» (UVV; SR 832.202).
5 Omlin P. Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung. Fribourg: Universitätsverlag; 1995.
6 Meyer-Blaser U. Der Rechtsbegriff der Arbeitsfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung. In: Schaffhauser R, Schlauri F, eds. Schmerz und Arbeitsfähigkeit. St. Gallen: Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis; 2003. p. 27–120.
7 Bundesgesetz vom 25. Juni 1982 über die «Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzentschädigung» (AVIG; SR 837.0).

Korrespondenz:
Dr. med. Michael Oliveri
Abteilung für berufliche Rehabilitation
Rehaklinik Bellikon
CH-5454 Bellikon
michael.oliveri@rehabellikon.ch

8 Rüedi R. Im Spannungsfeld zwischen Schadenminderungspflicht und Zumutbarkeitsgrundsatz bei der Invaliditätsbemessung nach einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt. In: Schweizerisches Institut für Verwaltungskurse UStG, ed. Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung. St. Gallen; 1998.
9 Bundesgerichtsentscheid (BGE) 125 V 261 Erw. 4 in Verbindung mit 352 Erw. 3a.
10 Bundesgerichtsentscheid (BGE) 102 V 165 und 127 V 294.
11 Bundesgerichtsentscheid (BGE) 129 V 472.
12 WHO. International Classification of Function (ICF). Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (Bearbeitung: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information); 2003. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. www.dimdi.de/static/de/klassi/ICF/index.html.
13 Hadler NM. The disabling backache. An international perspective. Spine 1995;20:640–9.
14 Kopp HG, Oliveri M, Thali A. Erfassung und Umgang mit Symptomausweitung. Medizinische Mitteilungen der Suva 1997;70:56–78.
15 Matheson LN. Symptom magnification syndrome. In: Isernhagen SJ, ed. Work injury. Management and prevention. Gaithersburg: Aspen; 1988. p. 257–82.
16 Waddell G. The back pain revolution. London: Churchill Livingstone; 1998.
17 Isernhagen SJ. Functional capacity evaluation. In: ders., ed. Work injury. Management and prevention. Gaithersburg: Aspen; 1988. p. 139–91.
18 Oliveri M. Arbeitsbezogene funktionelle Leistungsfähigkeit (Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit EFL). In: Hildebrandt J, Müller G, Pfingsten M, eds. Lendenwirbelsäule. Ursachen, Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen. München: Urban & Fischer; 2005.
19 Oliveri M. Was sollen wir messen: Schmerz oder Funktion? Die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit als Mittel für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. In: Schaffhauser R, Schlauri F, eds. Schmerz und Arbeitsfähigkeit. Universität St. Gallen, Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis; 2003. p. 389–407.
20 Locher T. Die invaliditätsfremden Faktoren in der rechtlichen Anerkennung von Arbeitsunfähigkeit und Invalidität. In: Schaffhauser R, Schlauri F, eds. Schmerz und Arbeitsfähigkeit. Universität St. Gallen, Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis; 2003. p. 243–58.
21 US Department of Labor. Dictionary of occupational titles. 4th, revised edition. Washington, DC: Employment and