Grundsätze der ärztlichen Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit. Teil 2

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

- Eine Symptomausweitung bzw. ein dysfunktionales Verhalten ohne Krankheitswert findet sich bei einer länger dauernden Problematik mit Arbeitsunfähigkeit relativ häufig und ist durch folgende fünf mehr oder weniger ausgeprägte Merkmale charakterisiert: 1. eine undifferenzierte Symptombeschreibung mit Angabe starker und allenfalls topographisch weit ausgebreiteter Schmerzen oder anderer Symptome sowie 2. die Präsentation einer erheblichen Behinderung – wobei beide Merkmale im angegebenen bzw. demonstrierten Ausmass (aufgrund der klinischen Befunde und Diagnosen) kaum plausibel erscheinen; 3. eine Symptomfokussierung, verbunden mit einem allfällig erkennbaren Krankheitsgewinn; 4. eine mangelnde Leistungsbereitschaft bzw. eine Selbstlimitierung und 5. Inkonsistenzen.
- Eine (subjektiv) verminderte Belastbarkeit infolge einer Symptomausweitung ohne Krankheitswert rechtfertigt eine entsprechend reduzierte Arbeitsfähigkeit bzw. Zumutbarkeit nicht, denn vom Patienten ist grundsätzlich zu erwarten, dass er selber das Nötige dazu beiträgt, seine Funktionsfähigkeit zu verbessern und eine optimale berufliche Eingliederung zu ermöglichen (Schadenminderungspflicht). Findet sich neben einer erheblichen Überlagerung durch Symptomausweitung und Selbstlimitierung im Kern auch eine klinisch plausible Störung oder Behinderung, so ist bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit nur dieser klinisch nachvollziehbare Anteil an der gezeigten Beeinträchtigung (medizinisch-theoretisch) zu berücksichtigen.
- Liegt hingegen (auch) eine krankheitswertige psychische Störung vor, so ist eine allfällige Einschränkung der Fähigkeit zur Willensanstrengung durch einen Psychiater anhand psychiatrischer bzw. psychosozialer Kriterien konkret abzuklären.
- Eine somatoforme Störung mit Krankheitswert ist sorgfältig von einer (banalen) Symptomausweitung abzugrenzen – die Diagnose einer somatoformen Störung wird nach unserer Erfahrung zu häufig gestellt.
- Eine psychiatrische Diagnose ist *per se* noch keine (ausreichende) Begründung für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bzw. Zumutbarkeit; eine solche ist allein aufgrund der Beeinträchtigung und nach Massgabe prognostischer Überlegungen zu beurteilen.

Summary

Basics of medical assessment of work capacity. Part 2

- *Symptom magnification resp. abnormal illness behavior without diagnostic significance of illness is found quite often in ongoing disorders with working disability. Symptom magnification is characterised by the following five more or less pronounced characteristics: 1. undifferentiated symptom description with intense and possible topographically wide spread pain or other symptoms as well as 2. presentation of high degree of disability – both not plausible to the reported resp. demonstrated extent (based on clinical findings and diagnosis); 3. focussing attention on the symptoms and possibly recognisable secondary gain of illness; 4. poor effort resp. self limitation and 5. inconsistency.*

Zumutbarkeitsbeurteilung bei sogenannter Symptomausweitung sowie bei ungenügender Kooperation und Leistungsbereitschaft

Wie schon in den Ausführungen über die Zumutbarkeit und Schadenminderungspflicht angesprochen, ist bei der Zumutbarkeitsbeurteilung hinsichtlich Kooperation, Leistungsbereitschaft und Umgang mit der gesundheitlichen Störung von einem «normalen» Verhalten auszugehen. Zu bewerten sind ja die tatsächlichen funktionellen Einschränkungen. Übermässige Klagen über Beschwerden und die Behauptung bzw. Demonstration einer in ihrem Ausmass medizinisch nicht nachvollziehbar ausgeprägten Leistungseinschränkung dürfen nicht per se zu einer entsprechend geringer eingeschätzten Zumutbarkeit führen (allenfalls vorliegende psychiatrische Störungen mit Krankheitswert sind allerdings angemessen zu berücksichtigen, siehe folgendes Kapitel). Bei Vorliegen einer Symptomausweitung und einer Selbstlimitierung ist die Plausibilität bzw. Glaubhaftigkeit des Ausmasses der angegebenen Beschwerden und der gezeigten Leistungseinbusse in Frage zu stellen. Umgekehrt sind aber eine beobachtete gute Leistungsbereitschaft und Konsistenz (im Rahmen der Anamnese, klinischer Untersuchungen, eines funktionellen Assessments oder der Therapien) zugunsten der Plausibilität der angegebenen und beobachteten Beeinträchtigungen zu werten, besonders auch in jenen Fällen, bei denen mit Hilfe der üblichen klinischen Diagnostik keine namhafte medizinische Störung festgestellt werden konnte.

Eine Symptomausweitung findet sich bei einer länger dauernden Arbeitsunfähigkeit relativ oft, sie zeigt sich gelegentlich aber auch schon sehr früh nach einem Unfall oder nach dem Beginn einer Erkrankung.

Der Begriff «Symptomausweitung» beinhaltet keine Diagnose und ist kein nosologisches Konstrukt, er beschreibt nur ein Phänomen, das im wesentlichen anhand der folgenden fünf Beobachtungsbereiche evaluiert werden kann:

1. Symptombeschreibung:
   - Schmerzintensität und topographische Ausweitung klinisch nicht plausibel;

CME zu diesem Artikel finden Sie auf S. 437 oder im Internet unter www.smf-cme.ch.

- *A (subjective) reduced strain tolerance due to symptom magnification without diagnostic significance of illness does not qualify for the certification of reduced work capacity/ability: the patient is expected to take the necessary steps to improve his work capacity and foster his optimum vocational integration (duty to avert, minimise or mitigate loss). If behind an important symptom magnification behaviour also a nucleus of a plausible medical disorder with reasonable disability is found, the estimation of work capacity/ability should only consider this reasonable part of disability (theoretically based on the medical findings).*
- *On the other hand, if a significant psychiatric disease is present, the limitation in the effort of will/determination has to be evaluated by a psychiatrist based on psychiatric and psychosocial criteria.*
- *Somatoform disease has to be distinguished carefully from (banal) symptom magnification – according to our experience, the diagnosis of somatoform disease is made to often.*
- *A psychiatric diagnosis is per se not yet a reason for a limitation of work capacity. Such a limitation should be estimated on the basis of the extent of interference with daily life and of prognostic considerations.*

– Symptombeschreibung undifferenziert und diffus, nicht klinischen Mustern entsprechend;
– keine Kenntnis darüber, was die Symptome verstärkt oder vermindert, keine Strategien zur Symptomkontrolle;
– alle Behandlungen erfolglos – kein positiver Ansatz.

2. Funktionseinschränkung:
– Ausmass der Funktionseinschränkung klinisch nicht plausibel;
– ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten.

3. Soziale Rolle der Symptome:
– delegieren der Kontrolle über das persönliche Umfeld und künftige Ziele an die Symptome: Alles im Leben dreht sich um die Symptome, gefangen sein in einer Symptomwelt;
– sozialer Nutzen, Krankheitsgewinn (z.B. finanzieller Art, mehr Zuwendung, Schutz).

4. Leistungsbereitschaft:
– mangelnde Leistungsbereitschaft bzw. Selbstlimitierung bei einer Belastungserprobung oder im Rahmen eines Trainingsprogramms: Der Patient bricht Tests oder Trainingsübungen sehr rasch ab, bevor Zeichen von Anstrengung oder einer funktionellen Limitierung wie etwa Muskelanspannung, Ausweichbewegungen, ungenügende Stabilisierungsfähigkeit oder erhöhter Puls zu beobachten sind;
– fehlende Bereitschaft, angepasste Belastungen bei zumutbaren Beschwerden zu akzeptieren;
– wenig kooperatives Verhalten, ungenügendes Einhalten von Regeln;
– gelegentlich sehr theatralisches Vermeidungsverhalten.

5. Konsistenz:
Inkonsistenzen bezüglich:
– der Angaben bei der Befragung;
– der klinischen Befunde;
– des Leistungsverhaltens bei Tests oder in einem Trainingsprogramm.

Relevant für die Feststellung einer Symptomausweitung ist nicht der eine oder andere Einzelbefund, sondern die Summe aller diesbezüglichen Beobachtungen in mehreren der genannten Bereiche.
Eine Symptomausweitung weist darauf hin, dass wesentliche Anteile der Symptomatologie und der funktionellen Einschränkungen zumindest teilweise eine nichtorganische Ursache haben. Häufig handelt es sich dabei um Angst vor der Belastung wegen einer befürchteten Schädigung oder einer Verschlimmerung der Schmerzen oder einer allfälligen, den Schmerzen zugrundeliegenden schwerwiegenden Diagnose. Eine solche Angst ist in der Regel verbunden mit einem ausgeprägten Schon- und Vermeidungsverhalten, welches sich im Sinne der Macht der Gewohnheit zunehmend verselbständigt und verfestigt. Entsprechend findet sich statt Eigenaktivität eine passive Haltung, die mit einer Heilungserwartung verbunden ist. Wesentlich für die Entstehung und Verfestigung einer Symptomausweitung ist ferner die soziale Verstärkung des maladaptiven Verhaltens: Dazu gehören beispielsweise eine übermässige Medikalisierung des Problems (umfangreiche medizinische Abklärungen und Interventionen bei an sich banalen Störungen), ungeeignete medizinische Erläuterungen (z.B. «Da sieht man einen deutlichen Bandscheibenschaden im Röntgenbild.»), eine Behandlung mit vorwiegend passiven Massnahmen und die Empfehlung andauernder Schonung und Vermeidung von Belastungen, die vermehrte Beachtung und Unterstützung der Krankenrolle, ein übermässig behütendes Verhalten und Anzeichen des «Helfersyndroms» seitens der Angehörigen, die nicht gewährte Möglichkeit zur schrittweisen behinderungsangepassten Wiederaufnahme der Arbeit (etwa «Kommen Sie erst wieder, wenn Sie voll arbeiten können.») oder ein drohender Arbeitsplatzverlust, die ungeeignete Kommunikation mit dem Patienten (dieser fühlt sich nicht ernst genommen) oder ein schlechtes Fallmanagement durch die Versicherung. Bei entsprechender psychosozialer Konstellation und bei längerer Dauer der Einschränkungen oder der Arbeitsunfähigkeit spielt nicht selten auch ein mehr oder weniger bewusstseinsnaher Krankheitsgewinn eine bedeutende Rolle [14, 15].
Gelegentlich findet sich als Hintergrund einer zunächst aufgrund der Beobachtungen festgestellten Symptomausweitung eine psychische Störung wie beispielsweise eine Depression, eine Angststörung, somatoforme Störung oder eine

dissoziative Störung (Konversionsstörung). In der Regel wird man, nachdem eine solche Diagnose gestellt worden ist, nicht weiter von einer Symptomausweitung sprechen, sondern eben von dieser psychiatrischen Diagnose und deren Konsequenzen. Somit bezieht sich der Begriff «Symptomausweitung» im üblichen Sprachgebrauch auf ein maladaptives Verhalten ohne psychiatrisches, krankheitswertiges Störungsbild. Wir werden diesen Terminus im folgenden deshalb ausschliesslich in dieser Bedeutung verwenden.

Was sind nun die Konsequenzen der Feststellung einer Symptomausweitung und Selbstlimitierung? Vor einer allenfalls abschliessenden Beurteilung der Zumutbarkeit mit einschneidenden versicherungsmedizinischen Konsequenzen sollte im konkreten Fall die Behandelbarkeit dieser Verhaltensstörung evaluiert werden. Eine Symptomausweitung ist durch geeignete verhaltenstherapeutische Massnahmen im Rahmen eines Rehabilitationsprogramms grundsätzlich korrigierbar, sofern sich die Chronifizierung nicht schon allzu sehr verfestigt hat und/oder ein bedeutender Krankheitsgewinn das dysfunktionale Verhalten massgeblich steuert [22, 23]. Hinsichtlich der Behandelbarkeit stellen sich folgende Fragen:

- Wie war der bisherige Verlauf?
- Haben äussere Umstände (z.B. eine ungeschickte Patientenführung oder ein ungenügendes Fallmanagement durch Ärzte oder Versicherungen) die Entwicklung einer Symptomausweitung begünstigt?
- Hat in letzter Zeit ein geeigneter und zeitlich ausreichender Rehabilitationsversuch stattgefunden, und wenn ja, wie hat sich der Patient dabei verhalten?

Falls die festgestellte Symptomausweitung als noch nicht «austherapiert» erscheint, sollte ein geeigneter Rehabilitationsversuch vorgeschlagen bzw. durchgeführt werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass viele Patienten in einen Teufelskreis der Symptome geraten, der meist etwa folgendermassen aussieht: Schmerzen → übermässige Schonung → Dekonditionierung und Verlust von Fähigkeiten → verminderte physische und psychische Belastungstoleranz → noch mehr Schmerzen → usw. Entsprechend ist bei eingetretener Chronifizierung und Symptomausweitung eine intensive und in der Regel auch länger dauernde Rehabilitation erforderlich. Eine solche muss ziel- und leistungsorientiert, straff geführt und bei Bedarf unter Einbezug von psychologischer Unterstützung erfolgen, denn von einer vorwiegend befindlichkeitsorientierten «Kur» mit eher passiven Behandlungsmassnahmen und wenig forderndem Training lässt sich sicher nicht erwarten, dass ein Patient seine dysfunktionalen Überzeugungs- und Verhaltensmuster überwindet und zu neuen Erfahrungen gelangt. Es ist somit wichtig, dass die Institution für die Rehabilitation primär nach den genannten Qualitätskriterien ausgewählt wird. Die Voraussetzungen dafür sind erstens die Motivation seitens des Patienten (dies beinhaltet zumindest die Bereitschaft, sich darauf einzulassen und auch zumutbare Unannehmlichkeiten und Beschwerden beim Übungsprogramm zu tolerieren) und zweitens stetige, messbare Fortschritte im Verlauf eines solchen Programms. Wenn keine sukzessive Verbesserung eintritt und dies nicht auf eine medizinisch eruierbare Ursache zurückgeführt werden kann, ist die Rehabilitation mit Hinweis auf die nicht erfüllte Schadenminderungspflicht des Versicherten vorzeitig zu beenden und die Zumutbarkeit abschliessend zu beurteilen.

Liegt nun eine Symptomausweitung vor, die sich als nicht behandelbar erweist oder erwiesen hat, so wird man in der Beurteilung von einem medizinisch-theoretischen Zustand ausgehen müssen, der bei normaler Leistungsbereitschaft und mittels der bisherigen zumutbaren Behandlungen mit hoher Wahrscheinlichkeit mindestens erreichbar gewesen wäre. Da sich in solchen Fällen die zumutbare Belastbarkeit infolge der Symptomausweitung/Selbstlimitierung nicht aus der anamnestisch eruierten und/oder bei Tests gezeigten Belastbarkeit herleiten lässt, wird man in medizinischen Berichten häufig auf Formulierungen wie etwa «Medizinisch-theoretisch lässt sich bei den gegebenen medizinischen Diagnosen und Befunden keine relevante funktionelle Einschränkung begründen» oder «… lässt sich das Ausmass der gezeigten funktionellen Einschränkungen nur unzureichend begründen» zurückgreifen müssen. Den rechtsanwendenden Instanzen (Versicherung, Richter) stehen dann bei durchgeführter umfassender medizinischer und funktioneller Evaluation letztlich für die Beurteilung der Zumutbarkeit folgende Angaben zur Verfügung: 1. was der Patient zu leisten bereit ist; 2. die Aussage, dass dieses gezeigte Leistungsvermögen infolge der beobachteten Inkonsistenz und Selbstlimitierung nicht als valides Mass für das zumutbare Leistungsvermögen gelten kann bzw. von einer höheren Leistungsfähigkeit auszugehen ist; 3. wie aus medizinisch-theoretischer Sicht die gezeigten Einschränkungen zu bewerten sind. Falls psychiatrische Befunde das besagte Krankheitsverhalten ganz oder teilweise erklären, ist dies bei der Beurteilung angemessen zu berücksichtigen (siehe das folgende Kapitel).

Es kann nicht genug betont werden, dass bei der Zumutbarkeitsbeurteilung im Fall von ungenügender Kooperation und Leistungsbereitschaft sowie Inkonsistenzen die entsprechenden Beobachtungen bzw. Fakten im Bericht sehr sorgfältig und vollständig aufgeführt werden müssen – sowohl aus Fairness gegenüber dem Patienten wie auch im Interesse der Glaubwürdigkeit dieser in juristischer Hinsicht doch schwerwiegenden Aussage.

Zumutbarkeitsbeurteilung bei psychischen Störungen

Bei interdisziplinären Beurteilungen der Zumutbarkeit geht es oft auch um psychische Störungen aus dem breiten Spektrum von Depression, Angst und Somatisierung. Eine Einschränkung der Zumutbarkeit ergibt sich bei diesen Störungen in erster Linie aus der depressiven Hemmung von Willens- und Entschlussfähigkeit und Antrieb, ferner aus Angst und dem daraus folgenden Vermeidungsverhalten sowie indirekt via Förderung von Somatisierung mit depressivem und/oder ängstlich verstärktem Erleben der körperlichen und psychischen Symptomatik. Gelegentlich entwickelt sich im Rahmen einer Chronifizierung auch eine derartige Ausweitung der Schmerzen bei gleichzeitiger erniedrigter Schmerztoleranzschwelle, dass die verfügbare Willenskraft zu einer aktiven Schmerzbewältigung nicht ausreicht und sich Resignation und Passivität gegenüber dem Leiden breitmachen.
Bei gegebenem Schweregrad der psychischen Störung kann daraus eine Einschränkung der Fähigkeit abgeleitet werden, die zur Bewältigung beziehungsweise Überwindung der Symptomatik und der funktionellen Beeinträchtigungen notwendige Willensanstrengung aufzubringen. Allgemein massgeblich für die Bestimmung der Zumutbarkeit sind dabei einerseits Schweregrad und Umfang der psychischen Störung, deren soziale und praktische Auswirkungen (diese stehen auch in einem Zusammenhang mit dem Ausmass allfälliger Komorbiditäten) sowie der Chronifizierungsgrad. Dagegen abzuwägen ist aber auch das Vorhandensein von Ressourcen, welche die zu beurteilende Person zur Kompensation der psychischen Erschwernisse aufbieten kann.
Darüber hinaus finden zweifelsohne spezifische Wechselwirkungen zwischen der Art einer psychischen Störung und der jeweiligen Arbeitssituation statt, die allenfalls zu berücksichtigen sind. So wird beispielsweise eine kreative Tätigkeit durch eine Depression eher behindert als eine manuelle Routinearbeit, oder psychisch Traumatisierte sind in Situationen, in denen allenfalls konkret das Wiedererleben der traumatischen Situation getriggert wird, kaum in der Lage, «normal» zu arbeiten.

Schwierigkeiten bei der Diagnose einer krankheitswertigen psychischen Störung bei chronischen Schmerzzuständen

Eine hinlängliche Beurteilung, ob eine gegebene psychische Symptomatik überhaupt den Grad einer krankheitswertigen psychischen Störung erreicht und welcher Art sie ist, muss als Voraussetzung für die weiteren Schritte zur Festlegung der Zumutbarkeit gelten. Eine erhebliche Schwierigkeit bei der Beurteilung von Schmerzpatienten liegt erfahrungsgemäss in der Abgrenzung einer «banalen» Fehlbewältigung (d.h. Symptomausweitung im Sinne von dysfunktionalen Überzeugungen und eines Verhaltens ohne Krankheitswert) von einer (krankheitswertigen) somatoformen Schmerzstörung. Denn beide Zustände sind eben durch sehr ausgeprägte (im angegebenen Ausmass medizinisch oft schlecht nachvollziehbare) Schmerzklagen, ferner durch einen (im Verhältnis zum geringen organischen Befund) disproportionalen Funktionsverlust sowie durch psychosoziale Probleme (chronische Schmerzpatienten haben in aller Regel soziale und oft auch psychische Probleme) gekennzeichnet. Die Diagnose «Somatoforme Schmerzstörung» wird aus diesen Gründen wahrscheinlich zu häufig gestellt. Im folgenden wird auf die Schwierigkeiten dieser Abgrenzung näher eingegangen.
Die Diagnostik von psychischen Störungen im engeren Sinne folgt den klassischen psychiatrischen Kriterien, d.h. einem beschreibend-syndromalen Ansatz gemäss ICD-10. Die ICD-10 weicht im Fall von somatoformen Störungen aber vom syndromalen Ansatz in zweierlei Hinsicht ab:
Erstens wird gemäss ICD-10 für die Diagnose einer somatoformen Störung nämlich gefordert, dass die Körpersymptome aus somatischer Sicht nicht «ausreichend» erklärt werden können (Ausschluss eines körperlichen Leidens). Dieses in der Praxis durchaus relevante Kriterium kann jedoch aus folgenden Gründen nicht absolute Gültigkeit beanspruchen:

– Gewisse somatisch bedingte Symptome sind generell mit den üblichen Diagnoseverfahren schwierig zu erfassen, typisches Beispiel dafür sind Kopfschmerzen. Man kann aus einer mittels der üblichen Diagnoseverfahren nicht festgestellten somatischen Ursache nicht unbedingt den Schluss ziehen, dass sicher keine solche vorliegt. Es kommt gelegentlich auch vor, dass eine somatische Ursache der Symptome im bisherigen Abklärungsprozess einfach noch nicht erkannt wurde. Dazu ein Beispiel: Ein Waldarbeiter erlitt ein Bauchtrauma, als er von einem Traktorrad überfahren wurde. In der Folge litt er jahrelang an akuten Bauchschmerzattacken, die jeweils klar lokalisiert, von kurzer Dauer und sehr heftig waren. Mangels einer somatischen Erklärung wurde das Leiden als psychosomatisch eingestuft, was wiederum den Patienten psychisch sehr belastete. Erst nach vielen Jahren kam ein neu zugezogener Arzt auf die Verdachtsdiagnose einer Angina abdominalis, das heisst einer in diesem Fall schädigungsbedingten Verengung einer kleinen Baucharterie mit Schmerzattacken analog einer Angina pectoris. Nach der entsprechenden Abklärung und Behandlung war der Patient geheilt.

– Auch wenn die Körpersymptome teilweise aus somatischer Sicht erklärbar sind, kann das Ausmass des subjektiven Erlebens der Symptome dennoch in einem psychiatrischen Kontext stehen. Im klinischen Alltag ist man mit einer Vielzahl von Schmerzpatienten konfrontiert, die neben einer somatoformen Schmerzcharakteristik auch über einen (mehr oder weniger grossen) «somatischen Anteil» verfügen. Dieses «mehr oder weniger» lässt sich zudem kaum operationalisieren.
– Die dichotome Betrachtungsweise «Körper oder Psyche» wird heute vermehrt hinterfragt. Der Zusammenhang zwischen mentalen und somatischen Prozessen beziehungsweise die schmerzphysiologischen Anpassungsvorgänge in Gehirn und Rückenmark als mögliches «somatisches Korrelat» einer Chronifizierung von Schmerzzuständen sind Gegenstand der neueren Forschung.

Wie schon im vorangegangenen Kapitel («Symptomausweitung») angetönt, spricht eine präzise und eingegrenzte Symptombeschreibung bei allgemein guter Leistungsbereitschaft und Konsistenz eher für eine somatische Ursache der Symptomatik, selbst wenn bisherige medizinische Abklärungen diesbezüglich nicht schlüssig waren.

Zweitens verlangt die ICD-10 als Diagnosekriterium für eine Störung aus dem somatoformen Spektrum zusätzlich das Vorhandensein emotionaler Konflikte oder psychosozialer Probleme, die schwerwiegend genug sind, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten – also den positiven Nachweis einer psychogenen Ursache. Diese Suche nach dem psychisch ursächlichen Faktor bleibt im konkreten Fall allerdings oft auf einer spekulativen Ebene. Im Rahmen einer psychiatrischen Exploration ist natürlich immer auch nach einem möglichen psychosozialen «Zweck» der angegebenen Symptome («Krankheitsgewinn») zu fahnden, der auf einen psychosomatischen Kontext der Symptomatik hinweisen würde. Inwiefern allerdings ein solcher allfälliger psychosomatischer «Zweck» des Leidens zugleich als Ursache zu gelten hat, ist eine theoretische und oft nicht eindeutig zu beantwortende Frage.

Wegen der genannten Schwierigkeiten in der Beurteilung, ob nämlich eine körperlich präsentierte Symptomatik allenfalls eine Manifestation einer somatoformen Störung ist, bewährt sich in der Praxis viel eher ein atheoretischer Zugang. Henningsen schlägt in diesem Sinne ein mehrdimensionales, auf positive Befunde gestütztes Modell vor, das mit zwei Ebenen arbeitet: einer ersten Ebene der Symptome (mit den drei Achsen der somatoformen, der depressiven und der angstbedingten Symptomatik), der eine zweite Ebene von (allenfalls dysfunktionaler und therapeutisch bedeutungsvoller) Krankheitsverarbeitung übergeordnet ist [24]. Die Bedeutung der Kombination der drei Symptomachsen im Sinne eines allgemeinen Stress-Reaktion-Modells ergibt sich aus der hohen Komorbidität von Depression und/oder Angst mit somatoformen Symptomen. Im Fall einer solchen Komorbidität sind typischerweise ebenfalls die Therapieprognosen ungünstiger und die Einschränkungen der Funktion gravierender [25]. Ferner treten somatoforme Symptome häufig kombiniert auf («multisomatoforme» Präsentationsweise, also nicht nur Schmerzen als somatoforme Manifestation). Diese Kriterien und eine gehäuft zu beobachtende biographische Belastung können zur Differenzierung herangezogen werden [26]. Damit lässt sich im konkreten Fall im Sinne eines «mehr oder weniger» bestimmen, ob eine gegebene Symptomatik wie zum Beispiel Schmerzen, aber allenfalls auch Schwindel, Müdigkeit oder weitere vegetative Symptome, eher oder sogar typischerweise in die Kategorie der somatoformen Störungen einzureihen ist (und damit einer psychischen Störung im eigentlichen Sinne entspricht). Komorbide psychische Störungen wie Angst und/oder Depression oder auch andere komorbide somatoforme Körperstörungen wie beispielsweise somatisch nicht erklärbare Herz-, Kreislauf-, Atmungs- oder Magen-Darm-Beschwerden (insbesondere das Colon irritabile) sprechen also im Sinne dieser Kriterien ebenfalls für das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung. In Anlehnung an diesen mehrdimensionalen Ansatz und unter Berücksichtigung eigener Erfahrungen wird in Tabelle 4 der Versuch einer Abgrenzung der Symptomausweitung von einer somatoformen Störung unternommen.

Die Abgrenzung einer Symptomausweitung von einer somatoformen Störung ist aufgrund der obigen Merkmale in vielen Fällen möglich und ausreichend. Die Diagnose einer somatoformen Störung ist jedoch in der Regel einem einschlägig erfahrenen Psychosomatiker/Psychiater vorbehalten.

Die Diagnose einer somatoformen Störung gibt auch Anlass, dafür spezifische psychotherapeutische Optionen zu erwägen.

Eine andere Form der Somatisierung ist das gemäss ICD-10 eigenständige psychiatrische Krankheitsbild der Konversionsstörung. Im Unterschied zur somatoformen Schmerzstörung ist hier oft ein sogenannter primärer (dem Patienten verborgener) Krankheitsgewinn deutlich auszumachen, und der Leidensdruck erscheint typischerweise gering («belle indifference»).

Wenn keine psychische Störung mit Krankheitswert besteht, sondern lediglich Schmerzen bei verhältnismässig geringen objektivierbaren somatischen Befunden vorliegen, die dafür aber mit dysfunktionalen Verarbeitungsmustern wie zum Beispiel einer disproportional ausgeweiteten Inaktivität mit Selbstlimitierung, Inkonsi-

Tabelle 4. Abgrenzung der nicht krankheitswertigen Symptomausweitung von der somatoformen Störung.

	Symptomausweitung	Somatoforme Störung
Art der Symptome, Beobachtungen		
Somatische Erklärbarkeit der Symptome	Ungenügend	Keine oder ungenügend
Beschreibung der Symptome	Oft dramatisierend und «katastrophisierend» (nach aussen gerichtet)	Beschwerden werden auch als gravierend dargestellt, aber nicht selten etwas zurückhaltend (nach innen gekehrt)
	Dauerndes bzw. nachhaltiges Klagen über die Beschwerden, nicht selten auch mit beschuldigendem Unterton (Arzt ist schuld, weil er den Schmerz nicht kuriert)	Eindruck der Verzweiflung, Belastung und Hoffnungslosigkeit
Erkennbar ausgeprägter Leidensdruck	Nein/oft unklar	Ja
		Oft ausgeprägte gedankliche Beschäftigung mit Krankheitsvorstellungen
		Oft hartnäckiger Wunsch nach immer weiteren Abklärungen
		Gelegentlich: Angst vor Krankheit oder Überzeugung, krank zu sein; dies vor allem aufgrund einer Fehlinterpretation gewisser Körperempfindungen
Kooperation und Leistungsbereitschaft	In der Regel ungenügende Leistungsbereitschaft	Trotz Symptomfokussierung und auch gewisser Inkonsistenzen oft Willensanstrengung erkennbar
	Deutlich auffallende Inkonsistenzen	
	Oft sehr fordernd auftretend	
	Geringe Bereitschaft, selber etwas beizutragen	Eindruck, dass der Patient sich bemüht und das ihm Mögliche versucht
	Gelegentlich offensichtlich mangelhafte Kooperation	
Psychosozialer «Zweck» der Symptome («Krankheitsgewinn»)	Eher ja, mehr oder weniger bewusstseinsnah	Nicht offensichtlich (falls ja: in der Regel unbewusst)
Komorbiditäte		
Zusätzliche psychische Störungen wie Angststörung, Depression	In der Regel keine	Häufig
Zusätzliche somatoforme Körperstörungen (z.B. somatisch nicht erklärbare Herz-, Kreislauf-, Atmungs- oder Magen-Darm-Beschwerden)	Eher selten	Eher ja
Traumatisierung in der Biographie	Eher nein	Gehäuft

stenzen und Verantwortungsdelegation verbunden sind, wenn also mit anderen Worten «nur» eine Symptomausweitung vorliegt, kann seitens der Psychiatrie in der Regel keine Einschränkung der Zumutbarkeit attestiert werden. Psychiatrisch-diagnostisch gemäss ICD-10 wäre eine solche «Symptomausweitung» unter dem Begriff «psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten» einzuordnen.

Die Problematik der Quantifizierung einer Einschränkung der Zumutbarkeit aus psychischen Gründen

Für die psychiatrische Beurteilung der Zumutbarkeit gilt in besonderem Masse, dass die Diagnose einer psychischen Störung zwar ein wichtiger Schritt im Vorgehen ist, allein aber keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beziehungsweise Zumutbarkeit begründen kann. Wenn somit einmal entschieden ist, dass eine psychische Störung (z.B. somatoforme Störung, Angststörung, Depression) vorliegt, muss diese für die Bestimmung der Zumutbarkeit in ihren sozialen Auswirkungen und in ihrer langfristigen Verlaufsperspektive quantifiziert und bestimmt werden, um zu einer möglichst dauerhaft gültigen Schätzung der Zumutbarkeit zu gelangen. Selbstredend gilt es auch, die mögliche Behandelbarkeit der psychischen Störung bei der Beurteilung mit zu berücksichtigen beziehungsweise gegebenenfalls einen Behandlungsversuch vor einer abschliessenden Beurteilung vorzuschlagen.

Die diesbezüglichen Überlegungen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [6] gehen dahin, dass im allgemeinen bei einer Schmerzproblematik eine Invalidisierung nur zuerkannt werden könne, wenn eine erhebliche Ursächlichkeit durch einen bio-psychischen Gesundheitsschaden, insbesondere eine fachärztlich schlüssig festgestellte psychische Störung mit Krankheitswert vorliegt. Im Fall einer psychischen Störung müsse diese um so ausgeprägter vorhanden sein, je stärker die psychosozialen und soziokulturellen Faktoren in der konkreten Situation präsent und wichtig sind (wir würden ergänzen: d.h. in Fällen, bei denen es sich nicht

«nur» um eine Symptomausweitung handelt). Im besonderen hält dabei Meyer-Blaser [6] für den Fall von somatoformen Schmerzstörungen folgendes fest (dies kann unseres Erachtens auch auf andere Störungen aus dem somatoformen Spektrum übertragen werden): Für die Bejahung der Unüberwindlichkeit (also der Einschränkung der Zumutbarkeit einer genügenden Willensanstrengung) seien bei einer solchen somatoformen Störung zusätzliche Elemente nötig, nämlich eine erhebliche psychiatrische Komorbidität (z.B. eine gravierende Depression klinischen Ausmasses) oder weitere andauernde und ausgeprägt vorhandene Kriterien gemäss Foerster [zitiert in 6:80ff.], der diese Kriterien allgemein für die sozialmedizinische Begutachtung von psychischen Störungen auf der Basis von Kapitel F4 der ICD-10 definierte. Diese Foersterschen Kriterien betreffen die Persönlichkeitsstruktur, weitere psychiatrische Komorbiditäten, aber auch das Vorhandensein von komorbiden körperlichen Defiziten, eine Entwicklung hin zu sozialer Desintegration infolge der psychischen Erkrankung im Sinne eines «ausgewiesenen sozialen Rückzugs», das Vorhandensein eines primär chronifizierenden mehrjährigen und allenfalls progredienten Verlaufes ohne Remission der psychischen Störung, einen ausgeprägten Krankheitsgewinn sowie unbefriedigende Therapieergebnisse trotz suffizienter (auch stationärer) Therapie und genügender Mitarbeit des Patienten.

Diese Kriterien helfen also, Umfang und Schweregrad der psychischen Situation und der daraus resultierenden sozialen Konsequenzen sowie die Prognose zu definieren. Auch hier hat der Psychiater in seiner Einschätzung (die naturgemäss immer einigen Ermessensspielraum beinhaltet) darzulegen, aufgrund welcher Befunde er zur Feststellung einer erheblichen psychischen Störung gelangt; er sollte darüber hinaus beschreiben (möglichst belegt durch anschauliche Schilderungen und Fremdauskünfte aus dem Alltag des Patienten), worin die Konsequenzen der Störung bestehen und ob diese sich zu einem schlüssigen Bild verdichten. Dies wiederum erlaubt dann den Rechtsanwendern (z.B. den Gerichten) den Nachvollzug – oder eine allenfalls anders gewichtete Neubeurteilung – der psychiatrischen Einschätzung und der daraus abgeleiteten Zumutbarkeit.

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

Literatur

Die Literaturnachweise 1–21 finden Sie im ersten Teil dieses Artikels.

22 Matheson LN. Getting a handle on motivation: self-efficacy in rehabilitation. In: Isernhagen SJ, ed. The comprehensive guide to work injury management. Gaithersburg, ML: Aspen; 1995. p. 514–42.

23 Oliveri M. Work Conditioning und Work Hardening. In: Hildebrandt J, Müller G, Pfingsten M, eds. Lendenwirbelsäule. Ursachen, Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen. München: Urban & Fischer bei Elsevier; 2005.

24 Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. Psychosom Med 2003;65:528–33.

25 de Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. Br J Psychiatry 2004;184:470–6.

26 Henningsen P. Die Psychosomatik des chronischen Kreuzschmerzes. Klassifikation, Ätiologie und Therapie. [The psychosomatics of chronic back pain. Classification, aetiology and therapy]. Orthopäde 2004;33:558–67.