

Arbeitsunfähigkeit nicht bestimmbar – was nun?

Andrés Baliarda

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Teufen



Quintessenz

● Wenn die Diskrepanz zwischen Beschwerdebild und objektiven Befunden allen spezialärztlichen Untersuchungen trotzt, stehen wir vor einem Rätsel: Wie krank ist der Körper wirklich? Ist der Patient ein Simulant? Wenn nicht, was ist mit der Psyche des Patienten los? Die diagnostischen Begriffe, die uns hierbei zur Verfügung stehen, lösen das Rätsel nicht und führen auch zu keinen wirksamen Therapien. Eine depressive Komponente ist immer mit dabei und wird auch oft erkannt, nur: Der Einsatz von Antidepressiva bringt meistens auch nicht weiter. Der pathogene Prozess ist komplexer. Der Begriff «Lebenskrise» drängt sich auf.

● Die Auseinandersetzung mit dieser Komplexität führt zur Einsicht, dass präzisere diagnostische Begriffe von Nöten sind. Dadurch gewinnen die Beurteilungen an Transparenz. Schliesslich lassen sich die faktisch vorhandenen therapeutischen Möglichkeiten besser einschätzen.

Summary

Work disability impossible to determine – what now?

● *If the discrepancy between symptoms and objective findings defies all specialized medical investigations, we are faced with an enigma. How really ill is the body? Is simulation involved? If not, what is the patient's mental state? The diagnostic concepts available to us in this situation do not solve the enigma and do not result in effective therapy either. A depressive component is always involved and is always recognized: except that antidepressive drug therapy is usually of no help. The pathogenic process is more complex, and the concept of "midlife crisis" suggests itself.*

● *Anyone grappling with such complexity is bound to feel that more precise diagnostic concepts are required which would give our assessments greater transparency. Finally, the therapeutic resources that are genuinely available can be better evaluated.*

Das Szenario

Wir befassen uns hier mit jenen Patienten, die beteuern, gänzlich arbeitsunfähig zu sein, während die medizinischen Berichte die Arbeitsfähigkeit auf 50 bis 100% geschätzt haben. Es handelt sich meistens um Patienten mit einem Schmerzsyndrom als Krankheit oder als Unfallfolge – oftmals lediglich eines Bagatellunfalls.

Eine andere Gruppe bilden jene Patienten, welche sich anhaltend kraftlos und konzentrationsunfähig fühlen. Heutzutage spricht man hierbei von einem sogenannten Burnout-Syndrom.

Die somatischen Abklärungen vermögen die beklagten Beschwerden also nicht vollumfänglich zu erklären. Es werden psychische Momente angenommen. Ein Gutachter, welcher den Patienten nicht behandelt, findet häufig ein wenig charakteristisches oder gravierendes Krankheitsbild, so dass auch er zum Schluss kommt, dass der Patient mindestens bis zu einem gewissen Grad arbeitsfähig ist. Es kommt auch vor, dass er Behandlungsvorschläge macht und dann eine günstige Prognose stellt.

Die Schmerzen werden indessen vom Betroffenen als so hinderlich geschildert, dass jegliche Berufstätigkeit verunmöglicht wird. Es werden Szenen aus dem Alltag erzählt, welche dies anschaulich dokumentieren. Die Krankheitsbilder können bis ins Groteske reichen, was die ausschlaggebende Bedeutung der psychischen Komponente offenbart.

Des weiteren wird klar, dass der Patient mit seinem Leiden die Familie belastet, sich das private Leben sozusagen verdirbt. Darum wird hier von einer umfassenden Lebenskrise die Rede sein. Allein mit der Erforschung des Privatlebens lässt sich ein Simulieren der Leiden ausschliessen: Der Simulant spielt etwas vor und geniesst privat sein Leben. Manche Versicherungen geben Observationsaufträge an Privatdetektive – keine schlechte Idee, wenn die Beobachtungen nicht tendenziös ausgewertet werden.

Die Belastungen für den Patienten sind:

- Schlechtes Ansprechen auf sämtliche therapeutischen Massnahmen: Operationen, Infiltrationen, Medikamente, Physiotherapie, Psychiatrie, Naturmedizin.

- Das Aufgeben aller Hoffnungen in die Ärzte und die Versicherungsinstanzen, welche aufgrund der Befunde den Patienten im Stich lassen.
- Existenzangst.
- Eventuell ein schlechtes Case Management: So sagte etwa eine Rheumatologin zu einem Patienten, der unter starken Schmerzen litt: «Ihnen fehlt es nur da oben!»
- Die Versicherungsleistungen sind erschöpft, theoretisch gilt eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50%, die Patienten werden sogar vom Sozialamt und vom eigenen Anwalt ins RAV (Regionales Arbeitsvermittlungszentrum) geschickt, weil es keine andere Lösung gibt. Die Betroffenen müssen dies über sich ergehen lassen, obwohl sie sich völlig arbeitsunfähig fühlen. Sie anerkennen damit indirekt aber auch die theoretische Arbeitsfähigkeit. Das Chaos ist perfekt. Und auch die Lebenskrise ist perfekt.

Schmerzen und Psyche

Die heutige Psychopathologie zieht drei Möglichkeiten in Betracht:

1. Schmerzen führen zu einer Depression. Das ist verständlich und nachvollziehbar.
2. Eine Depression führt zu Schmerzen. Dies lässt sich ex juvantibus feststellen: Ein Antidepressivum hat die Schmerzen beseitigt.
3. Idiopathische Schmerzen: Es wird angenommen, dass die Schmerzen somatischer Natur sind, obwohl sie nicht objektiviert werden können. Sie könnten also auch psychischer Herkunft sein. Immerhin wird hierbei die Möglichkeit eingeräumt, dass die moderne Medizin trotz der vielen technischen Fortschritte nicht alle Schmerzen ergründen kann.

Zu berücksichtigen wären aber auch die subklinischen Schmerzen, weil sie die somatische Grundlage für die klinischen und für die von der Psyche verschärften Schmerzen bilden. Es heisst doch, dass 90% der Bevölkerung Rückenschmerzen haben. Die alten Italiener erkannten: «Ab 40 hat der Mensch jeden Morgen ein neues Wehwehen.» Solche können solange als subklinisch bezeichnet werden, als sie uns nicht quälen und unsere Bewegungsfreiheit nicht allzu sehr einschränken. Es handelt sich um ein leidlich ausbalanciertes Gleichgewicht zwischen Schmerzen und Psyche, und man macht sich nicht so viel daraus.

Dann aber kann es zu einem kleinen Unfall oder einer seelischen Verletzung kommen, und schon ist es passiert: Die Schmerzen werden präsent, störend, behindernd, virulent. Die körperlichen Grundlagen und die psychischen Reaktionen «verschwören» sich derart, dass das frühere Gleichgewicht verloren geht. Natürlich muss

man der Typ dazu sein, oder die persönliche Entwicklung hat einen Punkt erreicht, an dem sich ein solches pathogenes Ereignis manifestiert.

Die psychiatrischen Diagnosen

Die somatoformen Störungen (ICD-10, F45) [1] werden häufig diagnostiziert. In der Rechtsprechung finden sie wenig Beachtung, was zu Rekursen und Komplikationen führt.

Die Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion (F43.21) dürfen nicht länger als zwei Jahre dauern. Der Hinweis auf die «individuelle Vulnerabilität» (F43) ist wohl bei jedem pathologischen Zustandsbild mit dabei.

Die schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) bietet sich als dankbare Alternative an. Wie wir sehen werden, entstehen dann aber Probleme bei der Therapie und bei der Prognose.

Eine dissoziative Störung (F44) kann zu einer kuriosen Kombination führen: Die nicht nachweisbaren Schmerzen sind sehr hinderlich, der Patient trägt dies aber mit grosser Fassung, mit einem Lächeln auf den Lippen.

Eine andauernde Persönlichkeitsveränderung (F62) kann diagnostiziert werden, wenn das Leiden zu einem irreversiblen Zustand geführt hat. Die Regression findet im ICD-10 keine Beachtung. Dabei kann sie (besonders bei Südländern) einen mächtigen pathogenen Faktor darstellen.

Das Burnout-Syndrom hat den Weg in die psychiatrischen Diagnosen des ICD-10 noch nicht gefunden.

Die Komplexität der pathogenen psychischen Komponente

Diese ist offensichtlich, fand bislang aber zu wenig Beachtung. Sie ist ein immer wieder anders zusammengesetztes Konglomerat aus:

- der individuellen Vulnerabilität;
- nicht verarbeiteten Frustrationen;
- einer unbewussten Appellation;
- möglichen älteren neurotischen Potentialen;
- einer möglichen unbewussten Regression;
- möglicher subklinischer Persönlichkeitsstörungen (histrionisch, narzisstisch, Borderline);
- einer Burnout-Symptomatik, von grosser Bedeutung ist hierbei die Spannungsintoleranz;
- Wut und Verzweiflung, also aggressiven Potentialen;
- einer depressiven Reaktion auf diesen komplexen innerseelischen Druck;
- Existenzangst, wegen der gleichzeitigen Depression asthenischen Charakters (siehe unten).

Man kann wirklich von einer Lebenskrise sprechen. Wir verdanken es der Lehre der larvierten Depression, dass wir nicht interpretierbare Sym-

ptome samt und sonders einer Depression zu schreiben. Versagen die ausprobierten Antidepressiva (bei einer Patientin von mir waren es – vor mir – 16 Präparate!), dann wird versucht, die Psychotherapie zu intensivieren. Aber auch für sie ist eine Lebenskrise häufig zu komplex.

Die Existenzangst

Wohl kaum eine andere Angst ist bei Erwachsenen so universell und biologisch derart tief verankert wie die Existenzangst. Man darf mit einiger Berechtigung davon ausgehen, dass die ganze Tierwelt in einer ständigen Existenzangst lebt. Dies war wohl auch bei der Menschheit so, bis die Errungenschaften der letzten Jahrzehnte erstmals in der Geschichte ein neues Sicherheitsgefühl, sogar für die breite Masse, mit sich brachten. Diese Sicherheit ist aber zerbrechlich. Bei ziemlich vielen Menschen der modernen Gesellschaft könnte man meinen, dass die Angst im Hinterkopf lauert. Entsteht in der Beziehung zwischen dem Individuum und seinem Umfeld ein Chaos, wie hier beschrieben, dann tritt die Existenzangst sogleich in den Vordergrund.

Die individuelle Vulnerabilität spielt hierbei eine grosse Rolle. Ist ein Mensch stark, dann motiviert ihn die Angst dazu, sich anzustrengen und das Leben anzupacken. Ist er schwach, dann brechen seine Kräfte in sich zusammen. Man könnte somit zwischen einer dynamischen und einer asthenischen Form der Verarbeitung der Existenzangst unterscheiden. Die Existenzangst stösst die Patienten in die Krankheit hinein.

Theorien über den Genesungswillen

Das Gesetz geht von einem Menschenbild aus, welches eigentlich Gesundheit voraussetzt: Es gehe um «die Beurteilung der Rechtsfrage, ob und gegebenenfalls inwieweit einer versicherten Person unter Aufbringung allen guten Willens die Überwindung ihrer Schmerzen und die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft zumutbar ist» (BGE 130 V 351f.). Es wird also vorausgesetzt, dass die Existenzangst Aktivität, sprich eine dynamische Reaktion auslöst.

Oft haben wir es aber mit einer grossen Gruppe von Patienten zu, welche aufgrund der entwickelten chaotischen Situation in einer depressiven Art, also asthenisch auf die Existenzangst reagieren: Sie brechen zusammen. Es geht nicht um die Unzumutbarkeit, es geht um die Unmöglichkeit einer positiven Reaktion. Dies dokumentieren die vielen gescheiterten Arbeitsversuche.

Als das Gesetz verfasst wurde, wusste man noch nicht viel von der Depression, geschweige denn vom Burnout-Syndrom. Jetzt sind wir besser in der Lage, die Komplexität der menschlichen Psyche und der möglichen Reaktionen zu erfassen

und geltend zu machen. Matthias Reiber, Versicherungspsychiater der Suva, hat dies in seinem Artikel in der «Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie» vom Februar 2005 mit dem Satz zusammengefasst: «Der freie Wille ist ein bedingt freier Wille» [2]. Schon 1839 wurde Arthur Schopenhauers «Preisschrift Über die Freiheit des Willens» von der «Königlich Norwegischen Societät der Wissenschaften» gekrönt, in welcher der Autor die Freiheit des Willens verneinte(!) [3]. Aus meiner Sicht ist ein Willensakt «das Endresultat aus den Interaktionen im Eintopf der gesamten Psyche: Gedanken, Überzeugungen, Prinzipien, Motivationen, Ängste, Aggressionen, Skrupel, Komplexe, Gewohnheiten, Leidenschaften, Süchte, Illusionen, Vorurteile, Wunschenken, erhaltene Ratschläge, sonstigem Druck von aussen, das Gewissen ...» Einige von diesen Kräften verbinden sich miteinander, während sich andere auf der Gegenseite befinden: Soll ich, soll ich nicht? Es brodelt, bis ein Entschluss aus dem Eintopf «herauspringt». Es gibt Patienten, welche jung und gut ausgebildet genug sind, um sich Chancen auf dem Arbeitsmarkt auszurechnen und beteuern, mit allen Mitteln gesund werden zu wollen. Dies wohl nur auf der Bewusstseinssebene, denn manche von ihnen bleiben doch in ihren ungesunden Reaktionen stecken. Unbewusst müssen undurchsichtige Motive am Werk sein und alles boykottieren: Appellation, Regression, doch auch Existenzangst, womöglich noch Rachegefühle an die Adresse der Eltern, des Partners, der Firma, verschiedener Instanzen usw. Diese Menschen reagieren auf ihre Krankheit schon einigermassen dynamisch, mit Energie, jedoch falsch kanalisiert. Bei ihnen setzt sich die Komplexität der pathogenen Kräfte wiederum anders zusammen.

Die Schattenseite

Auch hier wird es uns nicht gelingen, Licht ins Dunkel zu bringen, ohne gleichzeitig eine Schattenseite zu erzeugen. Ein besseres Verständnis dieser Patienten wird sogleich mehr Simulanten auf den Plan rufen. Dies sollte mit allen Mitteln verhindert werden: Erfahrung der Ärzte, Menschenkenntnis, Angaben von Drittpersonen, seitens der Versicherungen bei Bedarf Einschaltung von Detektivarbeit ohne Vorurteile. Der behandelnde Arzt kann – falls es ihm bei der Sache nicht wohl ist – auch darauf hinweisen, dass er sich befangen fühlt und eine anderweitige Beurteilung vorschlagen.

Letztere wird heutzutage ohnehin häufig angeordnet. Aufgabe des Psychiaters sollte dabei wohl sein, die beteiligten psychischen Elemente in ihrer Komplexität zu evaluieren. Die Frage nach einer möglichen Aggravation oder nach einem bewussten Simulieren der Leiden sollte direkt angegangen und beantwortet werden.

Simulant ist nicht gleich Simulant

Ich sehe zumindest drei Varianten:

- Der «Schlaumeier»: Er ist der echte Simulant, spielt etwas vor: mal mit wenig, mal mit zu viel Erfolg. Über ihn wird nicht gerne geredet und noch weniger gern geschrieben. Und doch ist mit ihm zu rechnen.
- Der «Faulpelz»: Er wurde nicht zum Arbeiten geboren. Womöglich konsumiert er noch Drogen, womit er sich seiner letzten Energien beraubt. Einige dieser Patienten sind fähig, sich selber zu verletzen, damit sie ja nicht arbeiten müssen. Irgendeine Persönlichkeitsstörung wird hierbei wohl mitwirken. Somit gehören diese Patienten eigentlich in die Gruppe der komplexen Fälle.
- Der «Kündigungsschock»: Diese Patienten sind meist nicht mehr jung und wurden wegrationalisiert. Schon die Nachricht dieser Massnahme löst einen psychischen Schock aus, welcher Arbeitsunfähigkeit bedingt. Die Kündigungsfrist läuft im kranken Zustand ab. Die Existenzangst ist massiv, die Reaktion darauf völlig asthenisch. Die Leute erleiden einen Zusammenbruch. Antidepressiva bringen freilich nichts, weil sie an der traumatisierenden Situation nichts ändern. Die Krankheitsbilder sind vage und wenig überzeugend. Der Arzt lebt im unguuten Gefühl, dass dieser Patient eigentlich arbeiten könnte, wenn er eine adäquate und normal bezahlte Arbeit hätte. Zumal dies selten eintritt, bleiben die meisten Patienten bei ihren nicht überzeugenden Klagen und beteuern ihre Arbeitsunfähigkeit. Allfällige Arbeitsversuche im kleinen Rahmen zeigen, dass sie nicht vermittlungsfähig sind. Und doch sind gewisse Aggravationstendenzen meist unverkennbar.

Die Notwendigkeit einer neuen Perspektive

Wir Psychiater sind medizinisch ausgebildet und dadurch befugt, den gesamtmedizinischen Standpunkt einzunehmen und zu vertreten («globale» Medizin). Wenn wir ein Simulieren seitens des Patienten ausschliessen konnten, müssen wir erkennen, dass die Arbeitsunfähigkeit aus gesamtmedizinischen Gründen immer wieder eine unausweichliche Tatsache ist. Die psychische Komponente ist dabei stets gewaltig, sehr komplex und unterschiedlich zusammengesetzt. Daher sind neue diagnostische Perspektiven notwendig, zum Beispiel:

- Lebenskrise;
- komplexes Schmerzsyndrom;
- komplexes Burnout-Syndrom.

Und präziser: posttraumatisches komplexes Schmerzsyndrom mit Lebenskrise usw.

Derartige neue Diagnosen sind im Moment wohl ein frommer Wunsch, der so schnell nicht in Erfüllung gehen wird. Wir werden deshalb weiterhin gelten lassen müssen, dass wir uns mit therapieresistenten Depressionen herumschlagen.

Die therapeutischen Möglichkeiten

Eine Patientin von mir mit einem therapieresistenten Burnout-Syndrom (steht seit Jahren unter hochdosierten modernen Antidepressiva) wurde zu einem praktizierenden Psychiater als Vertrauensarzt einer Versicherung geschickt. Dieser empfahl einen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik oder sonst «eine regelmässige, intensive (das heisst mindestens eine Stunde pro Woche) ambulante psychopharmakotherapeutische Betreuung mit Fokus auf den Wiedereinstieg in die Arbeit». Macht die Patientin nicht mit, so wird sie vom Gutachter als voll arbeitsfähig deklariert. Vermutlich empfiehlt der Kollege psychotherapeutische Strategien, welche er als Gutachter schreibt, als Therapeut jedoch nicht selber ausführt. Sonst müsste er wissen, dass eine derartige psychotherapeutische Strategie höchstens für die Dauer einer einzigen Sitzung Bestand hätte. Die Patientin würde sich nicht verstanden fühlen.

Das Ziel Rehabilitation durch Förderung der Motivation ist meist nicht realistisch. Ebenso rein theoretisch, anstatt praktisch sind die vielgepriesenen Bewältigungsstrategien («Coping»). Die Psychopharmakologie kann nur symptomatisch und lindernd etwas erreichen, den Patienten aber nicht weiterbringen. PD Dr. med. Josef Schöpf aus Zürich, stellte daher lakonisch fest: «Der Effekt der Antidepressiva bei chronischen Schmerzen fällt mit 50% Wirksamkeit in 50% der Fälle eher mässig aus.» [4].

Die Psychotherapie muss sich – mangels besserer Möglichkeiten – auf eine Begleitung durch die schmerzliche Situation beschränken, um Schlimmeres abzuwenden: Verzweiflung, Suizid, Auflösung der Familie. Psychotherapeutin Ekaterina Weder erkennt: «Patienten, die in einem Kampf gegen Versicherungen verstrickt sind, so dass sie in Existenzängsten leben, sind nicht therapierbar.» [5] Somit ist auch der Wortlaut des zitierten Paragraphen des Gesetzes mehr Theorie als praktische Realität. Die komplexe innerseelische Motivation ist auf die rettende Behinderung ausgerichtet, nicht auf die Arbeitsfähigkeit. Natürlich ist dies für uns alle irritierend – und doch eine unausweichliche Tatsache.

Das Taktieren mit dem kleineren Übel

Fieber: senken oder walten lassen? Palliative Massnahmen: anwenden oder bleibenlassen? Rückenoperationen: jetzt oder abwarten? Ben-

zodiazepine (!): geben oder nicht geben? Das Taktieren mit dem kleineren Übel zieht sich wie ein roter Faden durch die ganze Medizin.

Hier stellt sich die Frage nach einer speditiven Bearbeitung von komplexen Krankheitsfällen. Das Einsehen der Notwendigkeit einer Invalidisierung wäre für den Sozialstaat voraussichtlich keine Katastrophe, weil sich hierbei die Vor- und Nachteile die Waage halten dürften:

- Schluss mit weiteren sinnlosen medizinischen Abklärungen und Therapieversuchen;
- Schluss mit dem fingierten Einschalten der Arbeitslosenversicherung;
- Schluss mit den endlosen juristischen Kämpfen, welche manchmal nach bis zu acht qualvollen und kostspieligen Jahren doch in einer Invalidisierung enden;
- Schluss mit der Beanspruchung der Sozialämter.

Die Gutachten

Im Gegensatz zur Suva ordnet die Invalidenversicherung nur dann Rehabilitationsmassnahmen an, wenn zumindest eine Arbeitsfähigkeit von 50% besteht. Fleissig angeordnet werden hingegen Gutachten.

Die Gutachter können – den ICD-10 vor sich auf dem Tisch aufgeschlagen – die Komplexität der Situation aus Simulieren, Regression und Burn-out-Symptomatik zuwenig ermessen, weshalb sie oftmals «endlich eine richtige ambulante Therapie» oder die Einweisung in eine psychiatrische Klinik als letzte Chance – und letzte Demütigung – fordern.

Einzig richtig wäre hingegen:

- Die komplexen Fälle mit Lebenskrise sollten erkannt und invalidisiert werden.
- Die Fälle von Schlaumeierei und Kündigungsschock mit guten Arbeitschancen sollten als gesund deklariert und ans RAV verwiesen werden in der Hoffnung, dass sich dort dank den Integrationsprogrammen etwas ändert. Bei den durch eine Kündigung geschockten Patienten kann es allerdings passieren, dass dieser Schritt einen neuen Schock auslöst, von der Existenzangst angetrieben. Es ist eine heikle Situation: Die Vorstellung, dass dieser Patient gesund wäre, wenn er eine Arbeit hätte, trifft einerseits zu, ist andererseits aber ein Scheinargument. Die Arbeit wäre ein Therapeutikum, welches ihn heilen könnte; aber es gibt sie eben nicht. Man kann auch keinen AIDS-Kranken als gesund deklarieren mit dem Argument, ein wirksames Medikament würde ihn heilen. Nur der Ist-Zustand sollte zählen. Um diesen zu kontrollieren, haben wir ja die Revisionen.

Zu bedenken wäre auch, dass bei diesen Fällen der behandelnde Arzt überfordert sein kann, und zwar

dann, wenn ihm das Brückieren seiner Patienten nicht liegt. Dann kann er diese Aufgabe, wenn erforderlich, dem Gutachter überlassen, der als Aussenstehender keine Mühe damit haben wird.

Die wirklichen Kriterien

Im Feld der hier angegangenen Problematik herrscht also grosse Dunkelheit. Oliveri et al. bemühen sich um die Unterscheidung zwischen einer Symptomausweitung ohne Krankheitswert und einer somatoformen Störung mit Krankheitswert [6]. Diese Differenzierung wäre entscheidend, erweist sich aber als schwierig. Benötigt werden Kriterien, welche mehr Klarheit schaffen. Aus meiner Sicht haben wir deren drei in der Hand:

1. Die Komplexität der Syndrome: Wenn ein Krankheitsbild Störungen aufweist, welche diversen Syndromen zuzuordnen wären (einer Symptomausweitung entsprechend), dann ist die Wahrscheinlichkeit einer starken psychischen Komponente sehr gross. Diese sollte dann minutiös durchleuchtet werden.
2. Die Erforschung des Privatlebens: Diese zielt auf das Erkennen der möglicherweise mitwirkenden Faktoren des Simulierens oder der Aggravation. Wer im Privatleben wie ein Kranker lebt, steckt in einer Lebenskrise, die ihn krank macht. Lebt ein Patient privat gesund, dann stellt sich die Frage nach der zumutbaren Arbeitsfähigkeit.
3. Der Arbeitsversuch: Ob am alten oder an einem neuen Ort, ob im Rahmen eines Einsatzprogrammes oder auf dem freien Arbeitsmarkt durchgeführt, der Arbeitsversuch liefert uns, wie etwa im folgenden Beispiel, oftmals entscheidende Informationen: «Herr B. klagte über dauernde starke Kopfschmerzen und Schwindel ... Bereits morgens vor seinem Arbeitsantritt benötigte er Schmerzmittel. Schon zu Beginn der Arbeit machte er einen sehr müden und abgekämpften Eindruck. Die Schmerzen kehrten in der Regel gegen 09.30 Uhr zurück; Herr B. nahm in der Zünipause die nächsten Schmerzmittel. Zudem hatte er mit Schwindelattacken zu kämpfen. In dieser Verfassung beendete er seinen Arbeitstag um 12.00 Uhr. Er fühlte sich dann körperlich stets sehr müde und schlaff ... Herr B. hatte im März 2004 13 Ausfalltage. Am 5. April erlitt er mittags einen Kollaps, am 19. April kollabierte er erneut, wobei er zusätzlich einen schweren Sturz gegen eine Wand erlitt.» Der Versuch musste abgebrochen werden. Das 18 Seiten starke Gutachten eines Begutachtungsinstitutes über diesen Mann ignorierte den zitierten Bericht (!) und deklarierte den sich gänzlich arbeitsunfähig fühlenden Patienten zu 50% arbeitsfähig. Die empfohlene Behandlung in einer psychiatrischen Klinik wurde durchgeführt, weil es zu

einem ersten Tentamen (rund 80 Tabletten) kam. Der Klinikaufenthalt führte aber auch nicht weiter.

Der Arbeitsversuch kann zeigen, wie es eigentlich steht, ob wir das theoretische Gerüst haben, um dies zu verstehen, oder nicht. Die Invalidenversicherung genehmigt einen solchen Versuch

– wie schon erwähnt –, allerdings nur bei einer wenigstens theoretisch bestehenden Arbeitsfähigkeit von mindestens 50%.

Was können wir Ärzte tun? Sollen wir unsere Ratlosigkeit damit dokumentieren, dass wir die Arbeitsfähigkeit auf 30 bis 50% schätzen? Damit wäre ein Arbeitstraining oder -versuch möglich, aber auch eine volle Invalidität.

Literatur

- 1 Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, editors. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 4. durchgesehene und ergänzte Auflage. Bern et al.: Verlag Hans Huber; 2000.
- 2 Reiber M. Der bedingt freie Wille. Kann der Mensch tun und lassen, was er will? Schweiz Ztschr Psychiatr Neurol. 2005; 5(2):34–7.
- 3 Schopenhauer A. Preisschrift Über die Freiheit des Willens. In: Schopenhauer A. Werke in fünf Bänden. Nach den Ausgaben letzter Hand herausgegeben von Ludger Lütkehaus. Bd. III. Kleinere Schriften. Die beiden Grundprobleme der Ethik, behandelt in zwei akademischen Preisschriften. Zürich: Haffmanns Verlag; 1988. p. 359–458.
- 4 Schöpf J. Symposium «Depression und Schmerz». Zürich, 26.01.06.
- 5 Weder E. Das Burnout-Syndrom. Bern: Zentrum für systemische Therapie, 8.9.2006.
- 6 Oliveri M, Kopp HG, Stutz H, Klipstein A, Zollikofer J. Grundsätze der ärztlichen Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit. Teil 2. Schweiz Med Forum. 2006;6(19): 448–54.

Korrespondenz:
Dr. med. Andrés Baliarda
Egglistrasse 6
CH-9053 Teufen
andresbaliarda@bluewin.ch