

Schmerz und Arbeitsunfähigkeit

Medizinische Aspekte stellen hohe Anforderungen an die Kompetenz
des begutachtenden Arztes

Renato Marelli

Lange bevor die steigende Rate von Invalidenrenten ein Politikum wurde, war die Begutachtung von schmerzhaften Zuständen zuhanden der Sozialversicherungen in Fachkreisen viel diskutiertes Thema. Bei den vielfältigen Schwierigkeiten, die sich daraus ergeben, werden die beiden Begriffe «Schmerz» und «Arbeitsunfähigkeit» und deren Begutachtung unter Berücksichtigung auch der neueren Rechtsprechung einer genaueren Betrachtung unterzogen.

Schmerz wird beschrieben als unangenehme sensible und emotionale Erfahrung, die von aktueller oder potenzieller Schädigung begleitet wird oder in Begriffen einer derartigen Schädigung beschrieben wird (1). Entscheidend an dieser Definition ist der Umstand, dass der Schmerz als eine emotionale Erfahrung gilt, die auch losgelöst von einer aktuellen Schädigung auftreten kann oder auch nur eine unangenehme sensible und emotionale Erfahrung darstellt, welche als Schmerz umschrieben wird. Er stellt kein einheitliches Phänomen dar. Während beim akuten Schmerz in der Regel noch eine aktuelle Schädigung nachweisbar ist und der kausale Zusammenhang auch dem medizinischen Laien einleuchtet, ist die kausale Zuordnung chronischer Schmerzen meist nicht (mehr) möglich.

Chronische Schmerzen können eine

dauerhafte Schädigung eines Körperteils widerspiegeln, sie können als Restzustand einer abgelaufenen, abgeheilten Schädigung in eigen-dynamischer Weise weiter bestehen, oder sie können als eigenständiges Erleben und damit als Symptom im Rahmen einer schweren psychischen Störung auftreten. Schliesslich dient Schmerz manchmal auch als Präsentiersymptomatik für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei psychisch belastenden Umständen (Tabelle 1 [2]). Das Symptom Schmerz kann somit lediglich zum Anlass genommen werden, eine allfällige Arbeitsunfähigkeit zu begründen, aufgrund seiner Uneinheitlichkeit jedoch nicht Grundlage der Beurteilung sein. Es sind vielmehr die mit dem Schmerz zusammenhängenden und einer objektivierenden Betrachtungsweise (3) zugänglicheren Phänomene, die eine solche Beurteilung erst ermöglichen.

Definition Schmerz

Unangenehme sensible und emotionale Erfahrung, die von aktueller oder potenzieller Schädigung begleitet wird oder in Begriffen einer derartigen Schädigung beschrieben wird.

Schweizerische Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (www.pain.ch)

Tabelle 1:

Ätiologie chronischer Schmerzen

- chronische körperliche Schädigung (z.B. bei schweren degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule)
- chronifiziertes und fixiertes Restsymptom nach abgelaufener Schädigung (z.B. nach einem Polytrauma)
- Symptom einer schweren psychischen Störung (z.B. einer Depression oder einer Schizophrenie)
- Primärsymptom einer psychischen Störung (z.B. eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung)
- Präsentiersymptomatik für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (z.B. bei einer psychosozialen Belastung, die noch nicht benannt werden kann)

Insbesondere dort, wo somatische Konzepte die geklagten Schmerzen nicht erklären können, wird oft vom Psychiater verlangt, dass er mittels der Diagnose einer Krankheit aus dem psychischen Formenkreis die Lücke in den ätiologisch ausgerichteten Erklärungskonzepten der Medizin ausfülle (4). Diesbezüglich ist die neue diagnostische Nomenklatur jedoch nur bedingt tauglich. Zwar wurde

mit Einführung von ICD-10 und DSM-IV die Verlässlichkeit der Diagnosestellung erhöht, durch den weit gehenden Verzicht eines theoretischen Konzeptes konnte jedoch die Validität der Diagnosen, deren Gültigkeit nach dem Vorbild der somatischen Medizin, nicht verbessert werden (5). Weitere Kriterien sind notwendig, um zu einer Erklärung der Schmerzen zu kommen und gleichzeitig auch deren Bedeutung im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit zu evaluieren (Tabelle 2).

Tabelle 2:

Beurteilungskriterien bei chronischen Schmerzen

- Funktionsschädigung bei körperlichen Affektionen
- Funktionsstörung bei psychischen Störungen
- sekundäre Folgen körperlicher und/oder psychischer Art
- Begleitsymptomatik
- zur Verfügung stehende Bewältigungsstrategien

Von ärztlicher Seite muss es darum gehen, sich mit Hilfe einer vorangehenden körperlichen Untersuchung und einer sich anschliessenden eingehenden psychiatrischen Exploration der Entstehung eines Schmerzzustandes zu nähern und anhand der Evaluation allfälliger Begleitsymptome und Folgen von Schmerzen eine semiquantitative Einschätzung vorzunehmen. Auf diese Weise können primär somatisch bedingte Schmerzen abgegrenzt werden von solchen, bei denen es durch das Zusammen-

wirken körperlicher und psychischer Faktoren zu einer ungünstigen schmerzhaften Entwicklung gekommen ist. Erhebliche innerseelische Konflikte oder psychosoziale Belastungsfaktoren werden als Schmerzverursacher erkannt, wie dies bei der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung der Fall ist. Eigenständige schwere psychische Erkrankungen, welche mit chronischen Schmerzen einhergehen können, etwa die zönnästhetische Schizophrenie oder Schmerzen als Ausdruck einer schweren Depression, werden mit dieser Vorgehensweise diagnostiziert. Die Klärung der pathogenetischen Zusammenhänge ist nicht nur Voraussetzung für die Behandlung, sie gilt auch als Indikator für Prognose und Schwere des Krankheitsbildes.

Schweregrad des Schmerzerlebens

Mittlerweile hat sich die Befragung des Patienten mit Hilfe einer visuellen Analogskala eingebürgert. Dabei wird ihm eine Grafik vorgelegt, die ihm erlaubt, seine Schmerzen auf einem Kontinuum von «nicht vorhandenen Schmerzen» bis zu «unerträglichen Schmerzen» zu bezeichnen. Mit der Übertragung der Angabe des Patienten auf eine Skala von 0 bis 10 erhält man eine semiquantitative subjektive Einschätzung.

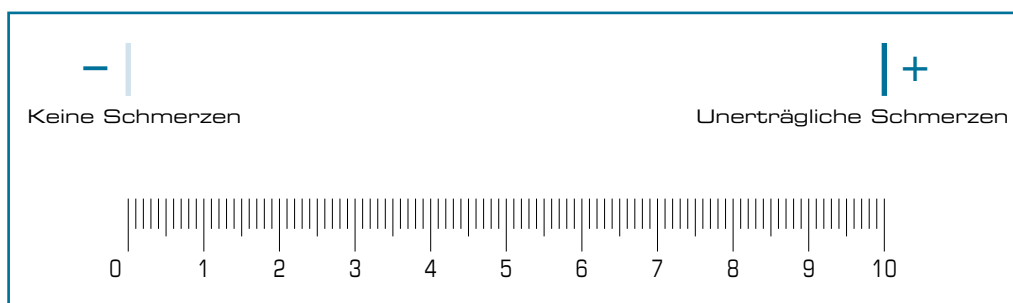
Objektiver ist auf der anderen Seite die Suche nach Begleitsymptomen von Schmerzen, etwa vegetativen Zeichen. Von besonderer Bedeutung ist die Feststellung von Folgen chronischer Schmerzen. Damit sind nicht nur körperliche Folgen gemeint, etwa Myogelosen bei anhaltender Verspannung, Verkürzungen der Mus-

kulatur bei schmerzhaft bedingten Zwangshaltungen oder Ähnliches, sondern auch psychische Folgeerscheinungen, beispielsweise ein im psychopathologischen Sinne auf die Schmerzen eingegängtes Denken mit entsprechender Beeinträchtigung der Aktivität und der Partizipation in sämtlichen Lebensbereichen, bis hin zu einer Verbiegung der Persönlichkeit mit zum Teil grotesken Verhaltensstörungen. Die Überprüfung der sozialkommunikativen Bezüge, des beruflichen und familiären Alltags des Exploranden anhand seiner Aussagen und fremdanamnestischer Auskünfte liefert ebenfalls Anhaltspunkte für allfällige Folgeerscheinungen. Ergeben sich Diskrepanzen zwischen den Aktivitäten im privaten, alltäglichen Umfeld und in der beruflichen Tätigkeit ist diese Feststellung für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit ebenso wichtig wie die etwaige umgekehrte Feststellung einer Übereinstimmung der Partizipation im privaten wie im beruflichen Umfeld.

Die zumutbare Willensanstrengung

Zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit gehört schliesslich die Evaluation der psychischen Ressourcen eines Versicherten, die ihm bei Aufbringung allen guten Willens ermöglichen würden, mit und trotz seiner Beschwerden und Schmerzen einer Erwerbstätigkeit nachzugehen; wobei auch hier das Mass des Forderbaren weitgehend objektiv bestimmt werden müsste (5).

Die zumutbare Willensanstrengung ist kein psychiatrischer Begriff. Sie resultiert aus der Berücksichtigung



Visuelle Analogskala

verschiedener Aspekte. Bekannt sind etwa die Kriterien von Foerster (6):

- psychiatrische Komorbidität; chronische körperliche Erkrankungen
- Verlust der sozialen Integration
- ausgeprägter Krankheitsgewinn
- mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission
- unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter und stationärer Behandlungsmassnahmen auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz
- gescheiterte stationäre Therapiemassnahme
- gescheiterte Rehabilitationsbemühungen, ausgeprägter sekundärer «Krankheitsgewinn».

Tabelle 3:

Erschwernisse für eine Willensanstrengung

(adaptiert nach Foerster)

- Komorbidität psychischer Störungen, inkl. akzentuierte Persönlichkeit
- chronische körperliche Erkrankungen
- mehrjähriger Verlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik
- unbefriedigende Behandlungsergebnisse, auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz
- gescheiterte Rehabilitation
- Verlust der sozialen Integration

Das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) hat diese Kriterien zum Teil in seine Rechtssprechung übernommen. Es hat sie in einem neueren Urteil (7), das publiziert werden soll, anhand der Frage der Rechtserheblichkeit einer somatoformen Schmerzstörung konkretisiert. Während das EVG einen strengeren Massstab ansetzt, hat Foerster zwischenzeitlich seine Kriterienliste um das Merkmal der in der ICD-10-Diagnoseliste nicht enthaltenen, sondern lediglich als Zusatzfaktor codierten akzentuierten prämorbi-

den Persönlichkeit erweitert (8). Dies geschah wohl zu Recht, da akzentuierte Persönlichkeitszüge in den meisten Fällen relevante neurotische Faktoren beinhalten und fließende Übergänge zur Persönlichkeitsstörung bestehen. Der von Foerster angeführte ausgeprägte soziale «Krankheitsgewinn» ist hingegen ein prognostisches Kriterium, das für gutachterliche Zwecke nicht geeignet ist und vom EVG richtigerweise nicht berücksichtigt wird.

Je mehr solche Kriterien vorliegen, je ausgeprägter sie vorhanden sind und je ungünstiger sie zusammenwirken, desto eher sind die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zur verneinen.

Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell

Als versichert gelten lediglich biologische, körperliche, und innerpsychische Krankheitsfaktoren, nicht jedoch soziale (5). Damit werden etwa psychosoziale Belastungsfaktoren faktisch von der Versicherung ausgeschlossen. Hier folgt die Rechtsprechung nicht dem medizinischen bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell. Der Gutachter soll mit anderen Worten die sozialen Faktoren nach Möglichkeit von den biopsychischen getrennt darstellen und beurteilen. Dies ist eine Forderung, die nicht selten nur schwer zu erfüllen ist. Die Ätiologie eines chronifizierten Schmerzzustandes ist oft nicht einheitlich, und die verschiedenen Faktoren sind nicht klar voneinander abzugrenzen. Der Gutachter soll die psychosozialen Faktoren (da von der Versicherung ausgeschlossen) von den biopsychischen trennen. Diese Forderung ist häufig aber nur schwer zu erfüllen.

Schadenminderungspflicht

Jeder Versicherte ist zur Abwendung weiteren Schadens verpflichtet. Er ist von Rechts wegen verpflichtet, das Seine zur Genesung und damit auch zur Überwindung seines Schmerzzustandes beizutragen. Ein solches Verhalten kann ebenfalls an-

hand einer Kriterienliste untersucht werden. Zu nennen sind etwa

- die motivierte Mitarbeit eines Versicherten bei sämtlichen therapeutischen Massnahmen
- seine Anstrengungen bei beruflichen Massnahmen oder zur Erhaltung seines Arbeitsplatzes
- die abwägend-kritische Beurteilung der eigenen Leistungsfähigkeit oder
- (anamnestisch) die intensive Inanspruchnahme des therapeutischen Angebots, schon bevor Erwerbsunfähigkeitsleistungen zur Diskussion standen.

Nach dem Gesagten stellt sich nun aber die Frage nach der Definition der Arbeitsfähigkeit.

Die Arbeitsfähigkeit

Arbeitsfähigkeit ist kein medizinisch definierter Begriff. Auch findet er sich in der Gesetzgebung nicht umschrieben. Neu ist hingegen der Begriff der «Arbeitsunfähigkeit» in Art. 6 ATSG (9).

Definition der Arbeitsunfähigkeit

«Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen 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.»

Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)

Diese Formulierung geht davon aus, dass der gesunde Mensch in seiner angestammten Tätigkeit arbeitsfähig sei, dass er seine Arbeit zumutbarerweise leisten könne. Sie berücksichtigt nicht die Möglichkeit, dass die Anforderungen in seinem bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich höher werden und er trotz normaler Konstitution und völliger Gesundheit diesen erhöhten Anforderungen nicht

mehr gewachsen sein könnte. Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt aber besonders deutlich, dass Arbeitsplätze verschwinden und an die verbliebenen Tätigkeitsbereiche höhere Anforderungen gestellt werden als früher. Zwar konnte dank Rationalisierung und Einsatz immer raffinierterer technischer Systeme die körperliche Betätigung drastisch reduziert werden, auf der anderen Seite wurden in praktisch sämtlichen Sparten die intellektuellen und emotionalen Anforderungen an Belastbarkeit und Stresstoleranz erhöht. Es sei deshalb die Frage erlaubt, ob unter diesen Umständen der Begriff der Arbeitsfähigkeit als Normmaxime ohne weiteres aufrechterhalten werden kann.

Schlussfolgerung

Zusammengefasst erfolgt die Beurteilung eines Schmerzzustandes in Bezug auf seine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in drei Schritten:

- In einem ersten Schritt wird festgestellt, ob eine schmerzhafte Erkrankung oder Störung vorliegt.
- In einem zweiten Schritt erfolgt die quantitative Einschätzung dieser Störung, respektive die Beurteilung ihrer Erheblichkeit.
- In einem dritten Schritt hat der Gutachter die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu untersuchen, immer unter der Bedingung, dass dem Patienten aufgrund seiner psychischen Ressourcen eine Willensanstrengung zur Überwindung seiner Dysfunktionalität abverlangt werden kann.

Die Begutachtung von Schmerzpatienten im Hinblick auf ihre Arbeitsfähigkeit stellt eine komplexe medizinische und rechtliche Aufgabe dar. Die medizinischen Aspekte stellen hohe Anforderungen an die Kompetenz des begutachtenden Arztes. Wohl nicht immer ganz zu vermeiden ist dabei auch der Einfluss subjektiver Faktoren von Seiten des Arztes, etwa seine Anforderungen an die eigene Leistungsfähigkeit. Hilfreich ist andererseits der Vergleich mit anderen Patienten mit ähnlichen Störungen und Beeinträchtigungen. Um ein möglichst hohes Mass an Objektivität zu erreichen, ist aus diesem Grund die regelmässige Intervention für begutachtende Ärzte zu verlangen. Ganz schwierige Fälle sind schliesslich von einer polydisziplinären Ärztekommision zu beurteilen.



Dr. Renato Marelli
 Präsident der Schweizerischen
 Gesellschaft für
 Versicherungspsychiatrie
 Leonhardsstrasse 16
 4051 Basel
 Tel. 061-272 18 21
 Fax 061-261 26 02

Literatur:

1. Schweizerische Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (www.pain.ch).
2. Ebner E. 2003. Schmerz aus psychiatrischer und kultureller Sicht. *Psychiatrie* 4: 25–30.
3. Meyer-Blaser U. 2003. Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schaffhauser R, Schlauri F (Hrsg.). *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit. Schriftenreihe des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis der IRP-HSG. St. Gallen: IRP-HSG.*
4. Kopp HG, Willi J, Klippstein A. 1997. *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, Teil 1. Schweiz. med. Wochenschr.* 127: 1380–1390.
5. Marelli R. 2003. *Psychiatrie*, in: Fredenhagen F. *Das ärztliche Gutachten. 4., ergänzte Auflage.* Huber, Bern
6. Foerster K. 2000. *Psychiatrische Begutachtung im Sozialrecht*, in: Venzlaff/Foerster. *Psychiatrische Begutachtung. 3. Aufl.* Urban und Fischer, München.
7. Urteil des EVG I 683/03 vom 12. März 2004.
8. Foerster K. 2004. *Begutachtung bei sozial- und versicherungsmedizinischen Fragen*, in: Foerster K (Hrsg.). *Venzlaff Foerster, Psychiatrische Begutachtung. 4., neu bearbeitete und erweiterte Auflage.* Urban und Fischer, München.
9. Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG).