

Leitlinien für die rheumatologische Begutachtung

1. Bedeutung der Leitlinien

1.1 Begriff

- Leitlinien sind Handlungsempfehlungen. Es sind Standards, die sich insbesondere auf Inhalt, Form, Sprache, Anforderungen an den Gutachter und Prozesse beziehen.
- Sie sollen der Verbesserung der Unité de doctrine unter den Rheumatologen¹ dienen und damit die Qualität und Wirtschaftlichkeit fördern.
- Das Befolgen der Leitlinie gibt Sicherheit, Abweichungen sind zu begründen.

1.2 Adressaten

- Die Leitlinien richten sich an Ärzte, die rheumatologische Begutachtungen durchführen.

2. Grundsätze

2.1 Bedeutung eines Gutachtens

- Medizinische Gutachten sind in erster Linie Beweismittel.
- Ein Gutachten wird typischerweise in Auftrag gegeben, wenn der medizinische Sachverhalt für den Rechtsanwender (Verwaltung, im Streitfall Gericht) nicht klar ist.
- Das Gutachten dient dem Rechtsanwender als Entscheidungshilfe bei der Frage, ob und allenfalls welche Versicherungsleistungen dem Versicherten zustehen.
- Der medizinische Gutachter ist dabei Sachverständiger. Die Verantwortung für die Zusprache oder Ablehnung von Versicherungsleistungen liegt jedoch stets beim Rechtsanwender.
- Das Gutachten muss in einer Sprache abgefasst werden, die für den Rechtsanwender verständlich ist.

2.2 Rolle des Gutachters

- Das Erstellen eines Gutachtens erfordert einen Perspektivenwechsel des Arztes: Während im therapeutischen Setting die Anliegen des Patienten im Vordergrund stehen, ist es in der Begutachtungssituation die Suche nach dem objektiven Sachverhalt.
- Der Gutachter ist zu grösstmöglicher Neutralität und Objektivität verpflichtet. Im Entscheidungsprozess dürfen weder die Interessen des Auftraggebers noch die Interessen des Versicherten eine Rolle spielen. Der behandelnde Rheumatologe sollte daher keine Gutachten über seine Patienten erstellen.
- Der Gutachter muss dem Rechtsanwender nachvollziehbar aufzeigen, ob nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft eine therapeutisch nicht angehbare Krankheit von erheblicher Schwere mit schlechter Prognose vorliegt (vgl. zum Begriff des „langdauernden Gesundheitsschadens“ Ziff. 2.6).

¹ Der besseren Lesbarkeit wegen wird jeweils nur die männliche Form verwendet, gemeint sind aber immer beide Geschlechter

2.3 Juristische Anforderungen an ein Gutachten

Das Bundesgericht hat die Anforderungen an ein medizinisches Gutachten für die Sozialversicherung wie folgt formuliert [BGE 125 V 351]:

„Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob

- *der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist,*
- *auf allseitigen Untersuchungen beruht,*
- *auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt,*
- *in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist,*
- *in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und*
- *ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind.“*

2.4 Voraussetzungen auf Seiten des Gutachters

- Voraussetzung ist eine Facharztausbildung in Rheumatologie. Der Gutachter benötigt umfassende Kenntnisse des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft (Evidenzbasierte Medizin).
- Ärzte in Weiterbildung müssen von einem Facharzt überwacht werden, der das Gutachten mitunterzeichnen muss.
- Der Gutachter muss sich zudem grundlegende Kenntnisse in Versicherungsmedizin aneignen, beispielsweise durch Absolvieren der Gutachterweiterbildung der Swiss Insurance Medicine [www.swiss-insurance-medicine.ch] oder durch eine vergleichbare Weiterbildung.
- Nicht zu unterschätzen ist der Stellenwert der persönlichen Erfahrung des Gutachters, derentwegen er als Experte eingesetzt wird. Optimal ist eine lange und bewährte klinische Erfahrung als praktizierender Arzt.

2.5 Unterschiedliche Denkweisen von Jurist und Mediziner

- Der Mediziner muss sich in die Denkwelt des Juristen begeben und diese verstehen können. Der Jurist ist einem normativen (deduktiven) Denken verpflichtet, er leitet seine Schlüsse von Normen (Gesetzen, Verordnungen, Rechtsprechung) ab, die er auf den Einzelfall anwendet. Im Gegensatz dazu geht der Mediziner naturwissenschaftlich induktiv vor; er versucht, aus der Beobachtung von einzelnen Fällen, eine allgemein gültige Regel abzuleiten (empirische Forschung).
- Rechtsanwender wünschen klare Antworten auf die gestellten Fragen. Eine solche klare Antwort kann auch darin bestehen, dass es im konkreten Begutachtungsfall medizinisch keine Klarheit gibt, sei es in der Diagnosestellung, sei es in der Folgenabschätzung bezüglich Arbeitsfähigkeit.
- Zwar ist es Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, dem Rechtsanwender so weit als möglich bei der Klärung der gestellten Fragen zu helfen. Doch hat er gegebenenfalls auch auf die Grenzen der medizinischen Wissenschaft aufmerksam zu machen.

2.6 Zum Begriff des „langdauernden Gesundheitsschadens“

- Im Sozialversicherungsrecht spielt der Begriff des *langdauernden Gesundheitsschadens* eine zentrale Rolle. Für die Anerkennung einer Invalidität im Rechtssinne müssen drei Voraussetzungen erfüllt sein: 1) eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit von langer Dauer (langdauernder Gesundheitsschaden), 2) die volle oder teilweise Unfähigkeit, zumutbare Arbeit zu leisten und 3) die Kausalität zwischen Gesundheitsbeeinträchtigung und Unfähigkeit, zumutbare Arbeit zu leisten.
- Der rheumatologische Gutachter beurteilt den Gesundheitszustand und nimmt aus medizinischer Sicht Stellung zur Frage, ob und in welcher Weise dieser eine Arbeitsunfähigkeit verursacht.
- In der Gesamtbeurteilung ist entscheidend, ob mit einem geeigneten Therapiekonzept eine wesentliche Besserung erzielt werden kann oder ob die Prognose schlecht ist. Eine Stellungnahme zur bisherigen Therapie und deren Wirksamkeit, zu Erfolg versprechenden neuen Therapieoptionen und zur Prognose ist essentieller Bestandteil jedes Gutachtens.
- Überwiegend durch soziale Umstände bedingte gesundheitliche Störungen sind nach gängiger Rechtsprechung [BGE 127 V 294] bei der Invalidenversicherung und den anderen sozialen Versicherungen für gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit (Unfallversicherung, Militärversicherung, berufliche Vorsorge) nicht versichert. Soziale Faktoren werden als krankheitsverursachende Elemente ausgeklammert, sofern sie nicht zu einer eigenständigen Erkrankung geführt haben. Dies dient der Leistungsabgrenzung der Invalidenversicherung gegenüber der Sozialhilfe und der Arbeitslosenversicherung. In diesem Zusammenhang fragt die Invalidenversicherung den Gutachter nach der Bedeutung so genannter „invaliditätsfremder Faktoren“ (Beispiele: schwierige persönliche, familiäre oder soziale Situation, fehlende Berufs- oder Sprachkenntnisse), wobei es im Einzelfall für den Gutachter schwierig sein kann, die Grenze zwischen sozialen und nicht sozialen Faktoren zu ziehen, die im Krankheitsgeschehen eine Rolle spielen. Auch hier gehört es zu den grundlegenden Aufgaben des Gutachters, auf die Grenzen seiner Möglichkeiten aufmerksam zu machen.

2.7 Stellenwert der rheumatologischen Expertise (Teilgutachten) in der bidisziplinären und polydisziplinären Begutachtung

- Bei der polydisziplinären Begutachtung ist zu beachten, dass der Rheumatologe in seinem Fachgebiet bleibt und sich nicht auf die Äste hinaus begibt in ein Fachgebiet, für das er nicht zuständig ist.
- Der Rheumatologe soll Vorsicht walten lassen mit den Diagnosen Aggravation, Simulation und Somatisierung. Besonderes Augenmerk ist dabei allfälligen extraartikulären Symptomen zu schenken, welche mit Beschwerden am Bewegungsapparat vergesellschaftet sein können. Eine wertfreie Schilderung des Verhaltens und eine Beschreibung wie zum Beispiel „Halbseitenschmerzsyndrom rechts ohne adäquates somatisches Korrelat“ lassen dem Psychiater freien Spielraum in der Würdigung, ob eine psychische Störung von Krankheitswert vorliegt oder nicht.
- Die Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen benötigt in der Regel sowohl somatischen wie auch psychosomatisch/psychiatrischen Sachverstand und erfordert eine gemeinsame Beurteilung der Experten.

3. Praktisches Vorgehen

3.1 Aktenstudium und Information

- **Aktenstudium:** Es ist grundsätzlich Aufgabe des Auftraggebers und (im Rahmen der Mitwirkungspflicht) des Versicherten, die medizinischen Dokumente (Akten, bildgebende Untersuchungen, Laborwerte usw.) vollständig zu beschaffen und dem Gutachter zur Verfügung zu stellen. Die vorgelegten Akten sind gründlich zu studieren und zu würdigen. Im Gutachten sind die relevanten Akten unter Verweis auf den Autor und das Erstellungsdatum zusammenzufassen. Dabei darf vom Auftraggeber erwartet werden, dass die Akten chronologisch geordnet und ohne Redundanzen zur Verfügung gestellt werden. Fehlende, für die Beurteilung der Fragestellung wichtige Akten sollen vom Gutachter eingefordert werden, entweder über den Auftraggeber oder direkt beim Ersteller. Insbesondere sollen auch der berufliche Werdegang vor und seit Eintreten des Gesundheitsschadens, der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit, allenfalls vorhandene Arbeitsanforderungsprofile oder Stellenbeschreibungen und festgehaltene Verläufe und Beobachtungen bei beruflichen Eingliederungsversuchen berücksichtigt werden. Die Auseinandersetzung mit den Vorakten ist ein wichtiger Bestandteil eines Gutachtens.
- **Kommunikation:** Der Gutachter hat die sprachlich einwandfreie Verständigung mit dem Exploranden zu prüfen. Das allfällige Engagement eines Übersetzers geht zu Lasten des Auftraggebers.
- **Information:** Der Versicherte ist über Auftraggeber, die gegenüber ihm aufgehobene Schweigepflicht, Auftrag (Fragen), Stellung/Neutralität des Gutachters, Bedeutung und Hintergründe des Gutachtens zu informieren.
- **Resultate der Untersuchung/Abklärungen:** Sie werden im Gutachten dokumentiert und gewürdigt.
- **Kopien:** Das schriftliche Gutachten geht ausschliesslich an den Auftraggeber. Der Versicherte ist berechtigt (Patientenrecht), beim Auftraggeber eine Kopie zu beziehen. Diese kann er nach eigenem Gutdünken verwenden.

3.2 Befragung

Die eingehende Befragung des Versicherten soll Auskunft geben über:

- **Krankheitsverlauf:** Beginn, hereditäre Einflüsse, Auswirkungen/Einflüsse früherer Krankheiten/Unfälle, Abhängigkeit von Position und Belastung, Resultate bisheriger Untersuchungen, Interventionen und Therapien. Eventuell sind Fremdauskünfte einzuholen.
- **Unfälle:** Vorzustand, Unfallhergang, Initialsymptome, Verlauf, Therapien und Reaktionen darauf.
- **Aktuelle Situation:** Symptome, Beschwerden, Beeinträchtigungen bezüglich Aktivitäten und Partizipation.
- **Aktuelle Medikamente:** Regelmässig und nicht regelmässig eingenommene Medikamente, Dosierung, bei bedarfsweiser Einnahme Häufigkeit pro Woche/ pro Monat.
- **Tagesablauf:** Die minutiöse Erfassung des Tagesablaufes bringt wichtige Hinweise auf die Auswirkungen des Leidens in den verschiedenen Lebensbereichen.
- **Beruflicher Werdegang:** Ausbildung, Berufsabschlüsse, berufliche Entwicklung vor und nach Eintreten des Gesundheitsschadens.
- **Verlauf der Arbeitsunfähigkeit:** Verlauf der Arbeitsunfähigkeit, wiederholter oder kontinuierlicher Arbeitsausfall, Teilarbeitsfähigkeiten, Arbeitsversuche aus subjektiver Sicht. Abgleich mit den aktenanamnestischen Angaben.

- **Arbeitsanforderungen am angestammten Arbeitsplatz:** Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit an der angestammten Arbeit erfordert die Erhebung eines möglichst genauen Anforderungsprofils. Berücksichtigung allfälliger Aktenangaben und Ergänzung durch die Befragung. Im Falle reiner Betroffenenangaben sind diese kritisch und vergleichend zu hinterfragen und ggf. durch Fremdauskünfte zu ergänzen. Die Befragung umfasst die Erhebung des Beschäftigungsumfanges in Prozenten und in Arbeitsstunden pro Tag, der wichtigsten ausgeübten Teilaufgaben, deren zeitlichen Anteilen, allfällige saisonale Schwankungen, körperliche Anforderungen (z.B. Hantieren von Lasten, häufiges Einnehmen von unergonomischen Haltungen oder andauerndes Stehen-Gehen oder Sitzen), Möglichkeit von Pausen und ergonomischen Anpassungen, Expositionen gegenüber Umgebungsfaktoren (Feuchtigkeit, Kälte, Hitze), Unfallgefährdung, Psychosoziale resp. arbeitsorganisatorische Belastungsfaktoren.
- **Tätigkeiten/Engagements:** Ausser-/nebenberufliche Tätigkeiten, Verpflichtungen, Hobbies.
- **Integration:** Familiär, beruflich, gesellschaftlich.
- **Initiativen und Compliance:** Therapien, Training, Arbeitsversuche, schadenmindernde Vorkehren.
- **Sicht und Beurteilung der Situation durch den Versicherten:** Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit, Lösungen, Zukunftsgestaltung, eigene Beurteilung der Prognose, eigenes Krankheitsmodell, Probleme mit Versicherung, Anträge an die Versicherung.

3.3 Zusatzuntersuchungen

- **Laboruntersuchungen** sind nur zu veranlassen, wenn sie für die Argumentation respektive zur schlüssigen Beantwortung der gestellten Fragen, insbesondere zur Sicherung oder zum Ausschluss einer Diagnose, entscheidend sind. Auf Rückfrage muss der Gutachter die Untersuchungen begründen können (Kenntnisse von Vortest-Wahrscheinlichkeit, Sensitivität, Spezifität, prädiktivem Wert). Untersuchungen, welche der ärztlichen Betreuung des Patienten dienen, werden in die Empfehlungen aufgenommen. Medikamentenspiegel können helfen, die Behandlungseffizienz im Verlauf wie auch die Compliance des Betroffenen zumindest am Tag der Begutachtung zu beurteilen. Unter Umständen lassen sich dabei Rückschlüsse auf die Mitwirkungspflicht ziehen.
- **Bildgebung:** Die konventionelle Röntgenaufnahme gilt als Standarduntersuchung. Soweit für die gutachterliche Beurteilung notwendig sollen auch Zusatzuntersuchungen veranlasst werden. Ob Voruntersuchungen wiederholt werden müssen, hängt von der Wahrscheinlichkeit einer wesentlichen Veränderung der Befunde ab. Bei ausreichender Dokumentation der Vorbefunde und stabilem Verlauf kann auf eine aktuelle Bildgebung verzichtet werden.
- **Abklärung von Arbeitsanforderungen in Spezielsituationen:** Bei speziellen Fragestellungen wie z.B. Einschätzungen des Haushaltsführungsschadens oder der Arbeitsfähigkeit von Selbständigerwerbenden, und bei Relevanz für die Eingliederung kann eine ergonomische Arbeitsplatzabklärung oder Haushaltbegehung sinnvoll sein. Voraussetzungen sind ein bestehender Arbeitsplatz resp. stabile Haushaltsituation.

- **Evaluation der Funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL nach Richtlinien der SAR):** Der Auftrag für eine EFL wird meist durch den Auftraggeber gestellt im Zusammenhang mit einem verfahrenstechnisch geforderten höheren Beweisgrad, widersprüchlichen Einschätzungen oder im Rahmen der beruflichen Eingliederung. Bei Abweichung vom Auftrag muss dies klar begründet werden. Bei empfohlenen EFL ohne Auftrag muss eine Kostengutsprache erfolgen und die Indikation klar dargelegt werden.

Typische Indikationen für eine EFL:

- Erfassung der Leistungsfähigkeit bei komplexer oder unklarer Funktionsstörung
- Beurteilung von Verhaltensaspekten (Leistungsbereitschaft, Konsistenz).

3.4 Abfassung des gutachterlichen Berichtes

- **Vorbemerkung:** Es empfiehlt sich, den Zeitpunkt und die Dauer der Befragung und Untersuchung sowie die Sprache (mit/ohne professionellen Dolmetscher) festzuhalten, in der die Kommunikation mit dem Exploranden geführt wurde.
- **Aktenlage:** Je umfangreicher die Vorakten sind, desto wichtiger ist die übersichtliche Darstellung der relevanten, konzis zusammengefassten Akten mit chronologischer Auflistung. Alle in einer späteren Begründung verwendeten Inhalte aus den Akten müssen in diesem Abschnitt aufgeführt werden. Eine blosser Auflistung der Vorakten ohne inhaltliche Zusammenfassung genügt nicht. An dieser Stelle findet aber noch keine Interpretation und Wertung statt
- **Anamnese:** Die Anamnese umfasst die persönliche, gesundheitliche, berufliche und soziale Anamnese sowie die Schilderung der gegenwärtigen Beschwerden. Dabei sollen nicht nur die Symptome erfasst werden, sondern auch deren Auswirkungen bezüglich Aktivität und Partizipation. Die Beschwerden sollen detailliert, möglichst mit den Worten des Versicherten, wiedergegeben werden. Summarische, "medizinalisierte" Beschreibungen (z.B. ständige Zervikobrachialgien rechts) sind in diesem Abschnitt zu vermeiden.
- **Befunde:** Die klinische Untersuchung ist in gebührender Ausführlichkeit und Präzision, insbesondere bezüglich pathologischer Befunde, festzuhalten. Letztere sollen auch die körperlichen Funktionseinschränkungen umfassen, welche die Grundlage bilden für allfällige Aktivitäts- und Partizipationsdefizite. In diesem Abschnitt sollen auch die Beobachtungen beschrieben werden, die der Gutachter bei der Befragung und Befunderhebung machen kann, und die Hinweise auf das Krankheitsverhalten (Illness Behaviour) des Versicherten geben. Abkürzungen, wie sie in medizinischen Berichten sonst üblich sind, müssen im Gutachten bei ihrer ersten Erwähnung ausgeschrieben werden, da die Adressaten meist medizinische Laien sind.
- **Diagnosen** sollen in einem separaten Abschnitt aufgelistet und nach Wertigkeit geordnet werden. Es soll klar zwischen Befunden und Diagnosen unterschieden werden. Auf die detaillierte Schilderung für die Beurteilung nicht relevanter kernspintomographischer Befunde ist zu verzichten. Hilfreich ist eine Unterteilung in Diagnosen mit und ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der Gutachter soll nur Diagnosen stellen, die sein Fachgebiet betreffen und sich an die wissenschaftlich anerkannte Terminologie seines Fachgebietes halten. Verdachtsdiagnosen sind als solche zu deklarieren, der Begriff „Status nach“ ist zu vermeiden, die Diagnosen sind mit Datum zu versehen, sofern ein klarer Erkrankungsbeginn oder ein Unfallereignis vorliegt. Fachfremde Diagnosen müssen aufgrund der Aktenlage belegbar sein. Die Differenzialdiagnose gehört nicht in die Diagnoseliste. Wenn eine Diagnose offenbleiben muss, soll dies eindeutig deklariert und im Abschnitt „Beurteilung“ diskutiert werden. Bei der gutachterlichen Auflistung von Diagnosen sollen wo immer möglich in der Literatur publizierte Diagnose-

Klassifikationskriterien, ansonsten anerkannte Formulierungen des jeweiligen Sprachraumes respektive sonst die ICD-Klassifikation verwendet werden. Allfällige diagnostische Unschärfen und Unsicherheiten bei der Diagnosestellung sollen in einem kommentierenden Abschnitt dargelegt werden und es soll bei den gutachterlich relevanten Hauptdiagnosen Stellung genommen werden zum Schweregrad der etikettierten Erkrankungen oder Zustände aus dem rheumatologischen Fachgebiet.

- **Beurteilung:** Die Beurteilung ist das Kernstück eines Gutachtens, in dem die Entwicklung des Leidens, die Diagnosen und die differenzialdiagnostischen Überlegungen erläutert und gewichtet werden. Auf ausführliche Wiederholungen des Krankheitsverlaufes ist zu verzichten. Ferner sollen hier Zeiträume und nicht Daten aufgeführt werden (e.g. leidet seit 12 Jahren, anstatt seit 12/2004). Der Rechtsanwender soll nachvollziehen können, warum eine bestimmte Diagnose vorliegt oder ausgeschlossen wurde. Die Diagnose ist laut Rechtsprechung «Referenz für allfällige Funktionseinschränkungen.» (BGE 141 V 281, E. 2.1.2). Der Gutachter muss zum Schweregrad der Erkrankung Stellung nehmen. Bei schwieriger Beweislage soll auch der Wahrscheinlichkeitsgrad angegeben werden. Es ist wichtig, dass der Gutachter die Verbindung herstellt zwischen dem festgestellten Gesundheitsschaden (Funktionsstörung) und den Auswirkungen bezüglich Aktivität und Partizipation. Beobachtungen aus Eingliederungsversuchen können wichtige Hinweise auf motivationale Aspekte wie auch auf Behinderungen geben. Es sollen nicht nur die Defizite, sondern auch die erhaltenen Restfunktionen (Ressourcen) dargestellt und gewürdigt werden. In BGE 141 V 281 hält das Bundesgericht fest: «Arbeitsunfähigkeit leitet sich gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen ab.». In der Beurteilung muss sich der Gutachter auch mit Berichten und Vorgutachten aus seinem eigenen Fachgebiet auseinandersetzen und allfällige Abweichungen begründen.
- **Fragenkatalog:** Die Fragen sollen klar, gegebenenfalls mit dem entsprechenden Wahrscheinlichkeitsgrad, beantwortet werden.. Der Gutachter soll sich nicht dazu verleiten lassen, Fragen zu beantworten, die er nicht schlüssig beantworten kann. Solche Fragen müssen entsprechend kommentiert werden. Stellungnahmen sollen nur zu Fragen abgegeben werden, die den eigenen Fach- und Kompetenzbereich betreffen. Fragen, die unklar gestellt werden oder bei denen sich der Experte nicht auf persönliche Berufserfahrung oder publizierte Forschungsergebnisse abstützen kann (Methodik der evidenzbasierten Medizin), können nicht beantwortet werden.
- **Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit:** Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit aus medizinischer Sicht sollte unter Abstützung auf ICF die Aspekte Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, Teilhabe (Partizipation, z.B. Arbeitsleistung), Umgebungsfaktoren (z.B. Arbeitsanforderungen, Belastungsfaktoren und Ressourcen) und Personenbezogene Faktoren (Belastungsfaktoren und Ressourcen) berücksichtigen. Die Arbeitsunfähigkeit nimmt primären Bezug auf den angestammten Arbeitsplatz. Die Möglichkeit von Teilarbeitsunfähigkeiten z.B. durch die Ausübung medizinisch zumutbarer Teilaufgaben sollte festgehalten werden. Wenn ein Einsatz in der angestammten Tätigkeit nicht mehr in Frage kommt, so soll der Gutachter ein medizinisch zumutbares Belastbarkeitsprofil für eine Verweistätigkeit beschreiben. Grundsätzlich kann eine Arbeitsunfähigkeit in Form einer Reduktion der Leistungsfähigkeit und der Arbeitszeit erfolgen. Es sollte immer zuerst geprüft werden, ob das Festlegen von Einschränkungen der Belastung bzw. der Arbeitsleistung auf der Basis einer ganztägigen Präsenz möglich ist. Nur wenn eine ganztägige Präsenz als nicht zumutbar erachtet wird, ist eine Einschränkung der Arbeitszeit in Betracht zu ziehen.

- **Konsistenzprüfung:** Die Konsistenzprüfung in der rheumatologischen Exploration bezweckt die Klärung der Frage ob die gestellte Diagnose schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine funktionelle Einschränkung der Leistungsfähigkeit begründet. Diese Validierung erfordert eine kritische Zusammenschau von Anamnese, Befunden, Verhaltensbeobachtung und Aktenlage. Dabei ist oft ein interdisziplinärer Ansatz notwendig, da chronische Schmerzen ganz, teilweise oder überhaupt nicht muskuloskelettal bedingt sein können. Zu prüfen ist die gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (Erwerbstätigkeit, privates Umfeld) sowie der Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesene Leidensdruck (Wahrnehmen von Therapiemöglichkeiten und Compliance). Hinterfragt werden sollen Diskrepanzen zwischen:
 - der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden;
 - subjektiven Beschwerden, Selbsteinschätzung und objektiven Befunden;
 - eigenen Angaben und fremdanamnestischen Informationen einschliesslich der Aktenlage;
 - Behinderung im Beruf und Einschränkung bei der Alltagsbewältigung sowie Freizeitaktivitäten, Sport, Reisen und sozialen Kontakten;
 - Ausmass der Beschwerden und Inanspruchnahme von Therapien;
 - angegebener Medikamenteneinnahme und Blutspiegel der Medikamente.
- **Medizinische Massnahmen:** Den Rechtsanwender interessiert insbesondere die Frage, ob die bisherige Therapie adäquat war, der Versicherte sich kooperativ zeigte (Compliance) und ob mit zumutbaren Behandlungsmassnahmen die Arbeitsfähigkeit und die Prognose verbessert werden können. Im Rahmen von Unfallfolgen steht oft auch zur Diskussion, ob eine weitere Behandlung geeignet ist, das Leiden noch weiterhin namhaft zu verbessern oder lediglich stationär zu halten.
- **Berufliche Eingliederungsmassnahmen:** Bei der Empfehlung beruflicher Eingliederungsmassnahmen soll der Gutachter aufgrund der festgestellten Behinderungen (Defizite) und vorhandenen Restfunktionen (Ressourcen) ein Anforderungsprofil an eine Verweisungstätigkeit beschreiben. Er soll weder die konkrete durchzuführende Massnahme noch konkrete Berufe vorschlagen.
- **Prognose:** im Zusammenhang mit dem Begriff des langdauernden Gesundheitsschadens ist wichtig, ob mit einem realistischen, zumutbaren und auch zur Verfügung stehenden Behandlungskonzept in absehbarer Zeit eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht werden kann oder ob die Prognose schlecht ist. Da Langzeitprognosen oft unmöglich sind, hat es sich bewährt, sich auf einen Zeitraum von etwa zwei Jahren zu beschränken. Bei der Einschätzung der Prognose soll sich der Gutachter auf die eigene Berufserfahrung und/oder publizierte Forschungsergebnisse abstützen (Methodik der EBM). Ob sich die Arbeitsfähigkeit durch eine noch offenstehende Behandlung relevant verbessern wird, kann in der Regel nicht zuverlässig vorausgesagt werden.
- **Ausschlussgründe:** Der Rechtsanwender benötigt eine Stellungnahme des Gutachters zu den «Ausschlussgründen (BGE 131 V 49, BGE 141 V 281): *«Aggravation, sekundärer Krankheitsgewinn, vage Schilderung der Beschwerden, erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen (Beschwerden) und dem gezeigten Verhalten, Diskrepanz zwischen geschilderten Beschwerden und Inanspruchnahme von Therapien, demonstrativ vorgetragene Klagen, Behauptung von schweren Einschränkungen im Alltag bei weitgehend intaktem Umfeld.»* Die Argumente sollen wertfrei dargelegt werden. Die Prüfung der Ausschlussgründe gehört aus medizinischer Sicht an den Schluss der Beurteilung. Der Gutachter hat sorgfältig darzulegen, inwieweit festgestellte Auffälligkeiten zur Symptomatik der Erkrankungen gehören. Ob genügend Ausschlussgründe vorliegen, um eine geltend gemachte Behinderung in Frage zu stellen, ist eine Rechtsfrage und vom Rechtsanwender zu prüfen.

4. Glossar

Aggravation	Bewusst intendierte, verschlimmernde oder überhöhende Darstellung einer vorhandenen Störung zum Zweck der Erlangung von (materiellen) Vorteilen.
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 (Art. 6 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist letztlich ein Rechtsbegriff und wird abschliessend vom Rechtsanwender festgelegt (BGE 140 V 193). Der Gutachter beurteilt die medizinisch zumutbare Arbeitsunfähigkeit aus medizinischer Sicht in Form einer Einschätzung der Leistungsfähigkeit und des zeitlichen Umfanges im Vergleich zu den Arbeitsanforderungen zu Händen des Rechtsanwenders. Diese soll möglichst transparent unter Anwendung möglichst objektivierbarer medizinischer Befunde begründet werden.
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (SR 830.1).
Ausschlussgründe	In BGE 131 V 49 und erneut in BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht folgende Ausschlussgründe genannt: «Aggravation, sekundärer Krankheitsgewinn, vage Schilderung der Beschwerden, erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen (Beschwerden) und dem gezeigten Verhalten, Diskrepanz zwischen geschilderten Beschwerden und Inanspruchnahme von Therapien, demonstrativ vorgetragene Klagen, Behauptung von schweren Einschränkungen im Alltag bei weitgehend intaktem Umfeld.» Liegen wesentliche Ausschlussgründe vor, wird in der Regel eine geltend gemachte Behinderung nicht als Invalidität im Rechtssinn anerkannt.
Behinderung	Art. 2 des Behindertengleichstellungsgesetzes (BehiG) hält fest: «In diesem Gesetz bedeutet Mensch mit Behinderungen (Behinderte, Behinderter) eine Person, der es eine voraussichtlich dauernde körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigung erschwert oder verunmöglicht, alltägliche Verrichtungen vorzunehmen, soziale Kontakte zu pflegen, sich fortzubewegen, sich aus- und fortzubilden oder eine Erwerbstätigkeit auszuüben.»
Beweisgrad	Für die Anerkennung durch die Sozialversicherung muss ein Sachverhalt (z.B. Unfallkausalität) mindestens mit <i>überwiegender Wahrscheinlichkeit</i> nachgewiesen sein. Eine <i>Vermutung</i> oder die blosse <i>Möglichkeit</i> reichen nicht aus. <ul style="list-style-type: none"> – <i>möglich</i>: Wahrscheinlichkeit unter 50% – <i>mit überwiegender Wahrscheinlichkeit</i>: (deutlich) über 50% – <i>mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit</i>: nahezu 100%

BGE	In der amtlichen Sammlung veröffentlichte Entscheide des Bundesgerichts. Alle materiellen Entscheide sind im Internet zugänglich [www.bger.ch].
Bundesgericht	Höchstes Schweizer Gericht. Die zwei sozialrechtlichen Abteilungen befinden sich in Luzern die restlichen Abteilungen und der Hauptsitz in Lausanne.
EBM	Evidenzbasierte Medizin
EFL	Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit der IG Ergonomie der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (SAR): Bidisziplinäre, mit Physiotherapeut und Arzt durchgeführte Untersuchung. Sie beinhaltet neben einer Befragung und problemorientierten Untersuchung durch den Arzt eine umfassende Leistungserprobung mittels insgesamt 29 (mindestens 15) standardisierter funktioneller Tests für physische Funktionen der Arbeit (zum Beispiel Heben, Tragen, Arbeit über Brusthöhe etc.) im Hinblick auf eine realitätsnahe Beurteilung der arbeitsbezogenen, ergonomisch sicheren Belastbarkeit. Zusätzlich erfolgt im Rahmen der Tests eine standardisierte Einschätzung von Einsatzbereitschaft und Konsistenz. Für eine EFL beauftragte Institutionen müssen durch die IG Ergonomie akkreditiert sein.
Ergänzungsleistungen	Die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV helfen dort, wo die Renten und das übrige Einkommen die minimalen Lebenskosten nicht decken. Auf sie besteht ein rechtlicher Anspruch, wenn die entsprechenden Bedingungen erfüllt sind.
Erwerbsunfähigkeit	Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).
Hilflosigkeit	Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art 9. ATSG). Es werden drei Schweregrade von Hilflosigkeit unterschieden.
Hilfsmittel	Der Versicherte hat im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, deren er für die Ausübung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich, zur Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, für die Schulung, die Aus- und Weiterbildung oder zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung bedarf. Kosten für Zahnprothesen, Brillen und Schuheinlagen werden nur übernommen, wenn diese Hilfsmittel eine wesentliche

	Ergänzung medizinischer Eingliederungsmassnahmen bilden (Art. 21 IVG).
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): Die ICF wurde von der Weltgesundheitsorganisation WHO als Ergänzung zur Klassifikation der Krankheiten (International Classification of Diseases ICD) geschaffen. Leitend war die Erkenntnis, dass sich aus der Diagnose keine direkten Hinweise auf den funktionalen Gesundheitszustand der Menschen ableiten lassen. Die ICF basiert auf einem biopsychosozialen Krankheitsmodell.
Invalidität	Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeitdauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG).
Invaliditätsgrad	Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Bei der Berechnung des Invaliditätsgrades wird das zuletzt erwirtschaftete Einkommen (sog. Valideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum potenziell mit Behinderung erzielbaren Einkommen (sog. Invalideneinkommen): IV-Grad = 1 – (Invalideneinkommen/Valideneinkommen).
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (SR 831.20)
IVV	Verordnung über die Invalidenversicherung (SR 831.201)
Krankheit (im Rechtssinn)	Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (Art. 3 ATSG). Im Bereich der Invaliden-, Unfall- und Militärversicherung sind der medizinische und der juristische Krankheitsbegriff nicht identisch, der medizinische Krankheitsbegriff (biopsychosoziales Krankheitsmodell) ist weiter gefasst als der juristische, der psychosoziale Faktoren als invaliditätsbegründende Ursachen ausschliesst.
Leistung	(engl. Performance): Das Beurteilungsmerkmal für Leistung beschreibt, was ein Mensch in seiner gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt tut.

Leistungsfähigkeit	(engl. Capacity): Das Beurteilungsmerkmal für Leistungsfähigkeit beschreibt die Fähigkeit eines Menschen, eine Aufgabe oder eine Handlung durchzuführen. Dabei wird das höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit beschrieben, das ein Mensch in einer bestimmten Domäne zu einem bestimmten Zeitpunkt erreichen kann.
Medizinische Massnahmen	Als medizinische Massnahmen im Sinne von Art. 12 IVG gelten namentlich chirurgische, physiotherapeutische und psychotherapeutische Vorkehren, die eine als Folgezustand eines Geburtsgebrechens, einer Krankheit oder eines Unfalls eingetretene Beeinträchtigung der Körperbewegung, der Sinneswahrnehmung oder der Kontaktfähigkeit zu beheben oder zu mildern trachten, um die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Die Massnahmen müssen nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sein und den Eingliederungserfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 IVV).
Ressourcen	Mit Ressourcen sind die gesunden Anteile des Menschen gemeint: Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse, Geschicke, Erfahrungen, Talente, Neigungen und Stärken. Dazu gehören auch die Fähigkeiten, sich im Leben zurechtzufinden, sich an Neues anzupassen und Stürme zu überstehen. Gute Beziehungen zu Mitmenschen und ein tragfähiges soziales Netz sind ebenso bedeutende Bestandteile der persönlichen Ressourcen. Das Ausmass der persönlichen Ressourcen hat wesentlich mit der zugrundeliegenden Persönlichkeit zu tun.
Schadenminderungspflicht	Die Schadenminderungspflicht besagt, dass dem Geschädigten Massnahmen zuzumuten sind, die ein vernünftiger Mensch in der gleichen Lage ergreifen würde, wenn er keinerlei Leistungen zu erwarten hätte. Beispiele schadenmindernder Vorkehren sind die Arbeitssuche und die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, deren Kosten die Krankenversicherung vergütet. Einer versicherten Person können nur Massnahmen zugemutet werden, die auch verhältnismässig sind. Der medizinische Experte liefert die Grundlagen für diesen Entscheid.
Simulation	Bewusstes Vortäuschen einer krankhaften Störung zu bestimmten, klar erkennbaren Zwecken. Die Beschwerden werden präsentiert, aber nicht erlebt, im Gegensatz zu psychosomatischen und somatoformen Beschwerden.
Somatisierung	Präsentation körperlicher Symptome ohne adäquaten organischen Befund bei psychischem Stress (ältere Bezeichnung: funktionelle Störung)
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts. Gesetze und Verordnungen sind unter der entsprechenden SR Nummer im Internet zu finden [www.admin.ch]

Status quo ante	Ist ein unfallfremdes (krankhaftes) Grundleiden vorhanden, kann dieses durch den Unfall eine Verschlimmerung erfahren. Ist diese nur vorübergehend, wird zu einem bestimmten Zeitpunkt (Terminierung) der Status quo ante erreicht, in dem sich lediglich noch der Vorzustand auswirkt, die Unfallfolgen aber abgeheilt sind.
Status quo sine	Hat das vorbestandene Grundleiden ohnehin einen progredienten Verlauf, ist der Status quo sine in jenem Zeitpunkt erreicht, in dem sich die vorübergehende unfallbedingte Verschlimmerung nicht mehr auf den schicksalsmässigen Verlauf der Krankheit auswirkt.
Symptomausweitung	Der Begriff "Symptomausweitung" ist keine Diagnose und kein nosologisches Konstrukt. Er beschreibt nur ein Phänomen, welches im Wesentlichen folgende Beobachtungen umfasst: Der Patient beklagt übermässig starke und allenfalls auch topographisch ausgeweitete Symptome (im Widerspruch zur klinischen Erfahrung bei der gegebenen medizinischen Problematik), er zeigt eine ausgeweitete Funktionseinschränkung und Einschränkung von Aktivitäten und eine mangelnde Leistungsbereitschaft bei der Belastungserprobung. Bei der Untersuchung finden sich deutliche Inkonsistenzen.
Umschulung	Der Versicherte hat Anspruch auf Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder verbessert werden kann (Art. 17 IVG).
Unfall (im Rechtssinn)	Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).
Verschlimmerung	Das vorbestandene Grundleiden kann durch ein Unfallereignis
- dauernd	eine dauernde Verschlimmerung erfahren, in dem der Status quo ante nie mehr erreicht wird und ein Defektzustand zurück bleibt.
- richtunggebend	Eine richtunggebende Verschlimmerung hat das unfall-unabhängige Leiden erfahren, wenn es durch den Unfall früher zur Entwicklung gebracht bzw. in seinem zeitlichen Ablauf beschleunigt oder erst in ein bleibend schmerzhaftes Stadium gebracht worden ist.
- vorübergehend	Ein Vorzustand wird durch den Unfall temporär verschlimmert, danach wird wieder der Status quo ante (Terminierung) erreicht.

Zumutbarkeit

Zumutbarkeit ist ein juristischer Begriff, der bisher in keinem Gesetz definiert wurde. Zumutbarkeit als Rechtsbegriff dient der Begrenzung von Versicherungsansprüchen. Der Begriff steht in enger Beziehung zum Begriff der Verhältnismässigkeit: zumutbare Massnahmen müssen verhältnismässig sein. Nach allgemeinem Sprachgebrauch versteht man unter dem Begriff Zumutbarkeit, dass man von einer bestimmten Person ein bestimmtes Verhalten erwarten oder verlangen darf, auch wenn dieses Verhalten mit Unannehmlichkeiten und Opfern verbunden ist. Aus medizinischer Sicht orientiert sich die Zumutbarkeit grundsätzlich an den vorhandenen Fähigkeiten und Defiziten der betreffenden Person in Bezug auf arbeitsbezogene Anforderungen. Die Begriffe Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit sind eng miteinander verknüpft. Für den Mediziner ist die Zumutbarkeit in der Regel dann nicht mehr gegeben, wenn eine Krankheit von erheblichem Schweregrad mit schlechter Prognose vorliegt, welche die Fähigkeit, angepasste Arbeit zu leisten, ganz oder teilweise aufhebt oder ein erhebliches Risiko einer Verschlechterung der Gesundheitssituation durch die Arbeitsbelastung besteht.

Literatur

1. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Deutschland): Leitlinien für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen. Version 2012 [www.awmf.org]
2. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Deutschland): Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei Bandscheiben- und bandscheibenassoziierten Erkrankungen. Version 2010 [www.awmf.org]
3. Egle U, Kappis B, Schairer U, Stadtland C (Hrsg.): Begutachtung chronischer Schmerzen. Verlag Elsevier Urban & Fischer, München (2014).
4. Escorpizio R, Brage S, Homa D, Stucki G (ed.): Handbook of Vocational Rehabilitation an Disability Evaluation. Application and Implementation of the ICF. Verlag Springer, Heidelberg/New York (2015).
5. Meyer-Blaser U: Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invalidenversicherung. In «Schmerz und Arbeitsunfähigkeit». Schriftenreihe IRP-HSG, Band 23, St. Gallen (2003), S. 27ff.
6. Oesch P, Hilfiker R, Keller S, Kool J: Assessment in der Rehabilitation. Band 2: Bewegungsapparat. 2. Auflage. Verlag Hans Huber, Bern (2011).
7. Oliveri M et al.: Grundsätze der ärztlichen Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit. Teil 1: Schweiz Med Forum 2006; 6: 420-31; Teil 2: Schweiz Med Forum 2006; 6: 448-54.
8. Riemer-Kafka G (Hrsg.): Versicherungsmedizinische Gutachten. 2. Auflage. Stämpfli Verlag, Bern (2012).
9. Schuntermann M: Einführung in die ICF. Grundkurs – Übungen – offene Fragen. 4. Auflage. Ecomed Verlag, Landsberg/Lech (2013).
10. Swiss Insurance Medicine: Arbeitsunfähigkeit. Leitlinie zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nach Unfall und bei Krankheit. [www.swiss-insurance-medicine.ch], 4. Aufl. (2013)
11. Swiss Insurance Medicine: Zumutbare Arbeitstätigkeit. Wegleitung zur Einschätzung der zumutbaren Arbeitstätigkeit nach Unfall und bei Krankheit. [www.swiss-insurance-medicine.ch], 2. Aufl. (2013).
12. Villiger P, Seitz M: Rheumatologie in Kürze. 2. Auflage. Stuttgart, Thieme Taschenbuch (2006).
13. Weise K, Schiltenswolf M: Grundkurs orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung. 2. Auflage. Springer Verlag, Heidelberg (2014).

Arbeitsgruppe Versicherungsmedizin der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie (SGR), in Zusammenarbeit mit der Interessengemeinschaft Swiss Insurance Medicine (SIM) und der Schweizerischen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (SGPMR)

21.07.2016