

Was bedeutet Arbeitsunfähigkeit?

Die medizinische Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit ist keine triviale Angelegenheit und keineswegs mit der Diagnose allein geklärt. Vielmehr handelt es sich um ein Puzzle mit verschiedenen Hinweisen und Befunden, die innerhalb eines rationalen Rasters gewichtet werden müssen [1].

Andreas Klipstein

Arbeitsunfähigkeit (AUF) ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt [2]. Soweit die juristischen Vorgaben, die der Mediziner umsetzen sollte.

Die Diagnose

Erste Voraussetzung für das Aussprechen einer AUF ist demnach das Vorhandensein einer (ICD-10-)Diagnose. Diese ist vor allem bei «syndromalen»¹ Diagnosen nicht immer eindeutig. So konnten in einer eigenen Studie² Probandinnen mit und ohne chronische Rückenschmerzen aufgrund üblicher «objektiver» Kriterien wie klinische Untersuchung

und MRI nicht auseinandergehalten werden (siehe *Abbildung*) [3]. Hinzu kommt, dass die ICD-10-Diagnose alleine selten funktionelle Einschränkungen, welche für die Bemessung der AUF relevant sind, begründet [4]. Entsprechend ist die Diagnose häufig nur für die Plausibilisierung einer Einschränkung bedeutend.

Beschreibende Elemente

Aufgabe der medizinischen Beurteilung ist die Festlegung der Elemente Belastbarkeitsniveau, zumutbare Arbeitszeit und allfällige zusätzliche arbeitsrelevante Leistungseinbusen oder das Einhalten spezifischer Voraussetzungen. Unter dem Belastbarkeitsniveau ist zum Beispiel das Hantieren von Lasten bis zu einem gewissen Schweregrad, in einer bestimmten Höhe und Wiederholungszahl zu verstehen. Die zu leistende Arbeitszeit wird beschrieben als Präsenzzeit (ganztags, 3 Stunden pro Tag) und gegebenenfalls als zusätzliche Pausen (2 Stunden vermehrte Pausen über den Tag verteilt), welche als reduzierter Arbeitsumfang zu verstehen sind. Vermindertes Arbeitstempo oder grössere Fehlerhaftigkeit betreffen häufig neuropsychologische Defizite oder psychoaffektive Voraussetzungen und können zu arbeitsrelevanten Leistungseinbussen führen. Unter den spezifischen Voraussetzungen sind Kälteexposition oder Nachtschichten zu verstehen. Gestützt auf Prinzipien der beruflichen Reintegration setzten sich gewisse Prioritäten durch. An erster Stelle soll dabei eine Ganztagesarbeit, gegebenenfalls mit Einschränkungen gewisser Belastungen (Gewichte, Dauer oder Häufigkeit von Einzelaktivitäten,



Andreas Klipstein

1 Diagnosen, welche durch Beschwerden und Befunde, nicht durch ein strukturell definiertes Krankheitsbild beschrieben werden (syndromal: z.B. Fibromyalgie-Syndrom, lumbosakrals Syndrom; strukturell: z.B. rheumatoide Arthritis, Myokardinfarkt)

2 Rheumaklinik Unispital und Zentrum für Arbeits- und Organisationswissenschaften ETH Zürich

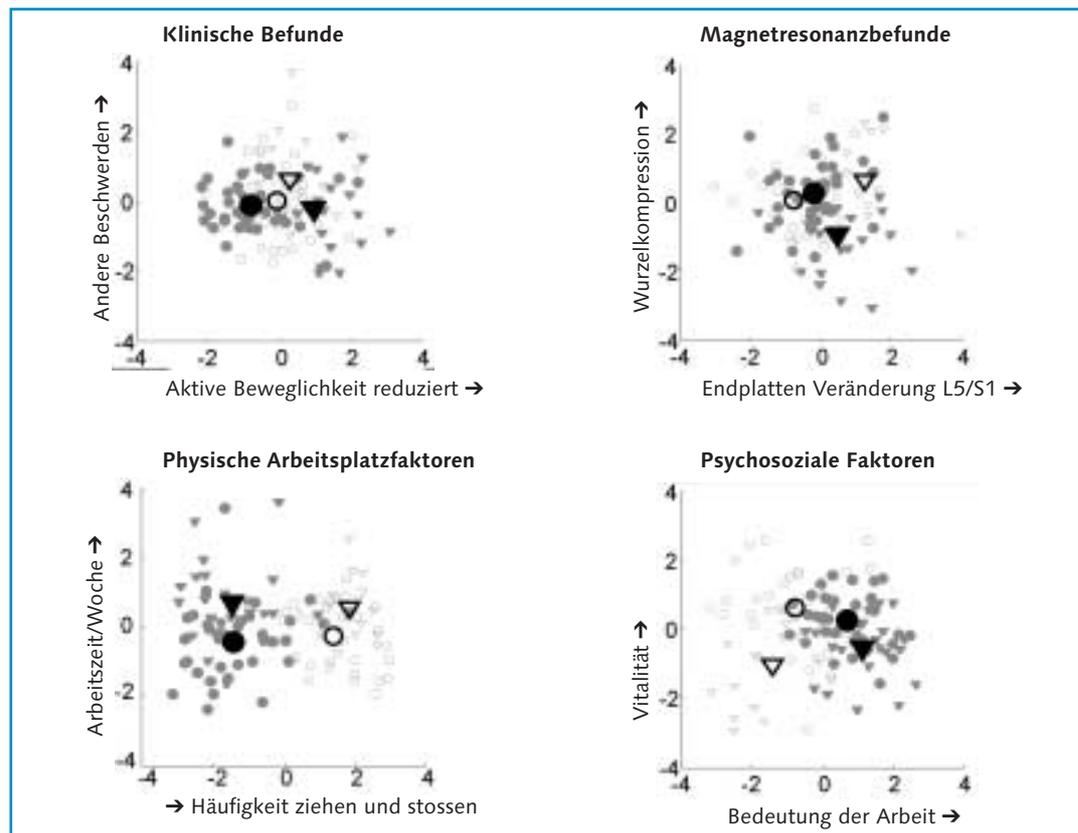


Abbildung: Lassen sich Schmerzen objektivieren?

Die Studie zeigt, ob und durch welche Befunde sich Krankenschwestern mit ▼ und ohne ● respektive Sekretärinnen mit ▽ und ohne ○ chronische Rückenschmerzen unterscheiden lassen. Klinische Befunde und MRI waren nicht geeignet, die Gruppen auseinanderzuhalten. Psychosoziale Faktoren unterschieden lediglich die Sekretärinnen mit und ohne Beschwerden. Nur die Arbeitsbeschreibung unterschied die beiden Berufsgruppen. Die Beschreibung der Achsen bezieht sich auf das jeweils deutlichste Ergebnis innerhalb eines Bereiches (z.B. «Vitalität» unterschiedlich bei Sekretärinnen mit und ohne Beschwerden).

Hilfsmiteileinsatz) oder mit vermehrten Pausen (häufigere Kurzpausen) und/oder verminderter Arbeitsleistung (verlangsamter Arbeitsrhythmus/Produktivität) resultieren. In zweiter Priorität stehen kürzere Arbeitspräsenzzeiten bei voller Leistung (halbtags, Ausfall von durchschnittlich 5 Tagen pro Monat) und in dritter Priorität kürzere Arbeitszeiten und reduzierte Leistung. Die Möglichkeiten sollten jeweils in dieser Reihenfolge geprüft und rational abgewogen werden.

Eingeschränkte Arbeitsfähigkeit

Folgende vier Aspekte begründen aus medizinischer Sicht mit absteigendem Gewicht eine Einschränkung:

1. Die **Sicherheit** ist bei einer erhöhten Unfallgefahr (Eigen-, Fremd- oder Sachgefährdung) beeinträchtigt. Ursachen dafür können Fehlleistungen in anforderungsreichen Situationen oder Gleichgewichtsstörungen infolge neuropsychologischer Defizite, starker Bewe-

gungseinschränkung, motorischer Störung oder Medikamenteneinnahme sein. Eine Einschränkung setzt häufig eine spezifische Anforderung voraus (Arbeit in der Höhe mit Absturzgefahr, Arbeiten mit erheblichen Folgen bei Fehlmanöver, Arbeiten mit gefährlichen Maschinen oder Substanzen) und begründet kaum je eine absolute AUF.

2. Die **Gefährdung der Gesundheit** kann unter Annahme einer drohenden Schädigung oder Verschlechterung des Zustandes bei Beibehaltung einer fortdauernden Belastung zu einer Einschränkung führen. Die Beurteilung dieses Aspektes ist keineswegs so eindeutig, wie gelegentlich angenommen, und gerade in diesem Punkt weichen die Einschätzungen wohl am deutlichsten auseinander. Lebenseinstellungen und Krankheitskonzepte sowohl des Patienten und seines Umfeldes wie auch der betreuenden Medizinalpersonen spielen hier stark hinein [4]. Die Argumentation beruht auf Kennt-

nissen von Risikofaktoren, des dokumentierten Krankheitsverlaufes (Rückfälle etc.) und der Kohärenz zwischen Beschwerden, Befund und Belastungen (im Objektiven wie im Subjektiven). «Arbeit macht krank» lässt sich meist schlechter belegen als «Keine Arbeit macht krank»!

3. Die **reduzierte Arbeitsleistung/Produktivität** im Vergleich zu den Anforderungen der Arbeit ist häufig ein stichhaltiges Argument für eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Dieser liegen physische Einschränkungen (Kraft/Ausdauer, Beweglichkeit, Koordination), wiederholte Arbeitsausfälle und (neuro-)psychologisch bedingte Einschränkungen (Verhaltensstörung, Verlangsamung, Fehlleistungen) zugrunde. Es geht hier also um eine Einschätzung der physischen und mentalen Funktionsfähigkeit aus medizinischer Sicht. Zusätzliche spezifische Assessments (Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit EFL, neuropsychologische Tests) sind dabei hilfreich. Zur EFL gehört auch die Erfassung eines möglichst exakten Anforderungsprofils. Bei neuropsychologischen Tests kann ergänzend das IMBA³ zum Vergleich mit vor allem mentalen Anforderungen eingesetzt werden. Eine Schwierigkeit besteht jedoch darin, dass eine reduzierte Produktivität aus ganz verschiedenen Gründen eintreten kann (veränderte Anforderungen am Arbeitsplatz, Doppelbelastung, Arbeitsklima, Alterung). Hier stellt sich dem Mediziner die Aufgabe der Plausibilisierung einer Einschränkung.

4. Eine Beeinträchtigung der **Lebensqualität** durch psychische Dekompensation infolge übermäßig strapazierter Schmerztoleranz oder Erschöpfung, Angst oder Depression kann unter bestimmten Voraussetzungen eine reduzierte Arbeitsfähigkeit oder Zumutbarkeit begründen. Dies sind dauernde zermürbende Schmerzen, plausibel hoher Schmerzmittelbedarf gegebenenfalls unter Inkaufnahme von Nebenwirkungen und stark reduzierte Erholungs- und Ausgleichsmöglichkeiten infolge erheblicher Schmerzen oder Erschöpfung am Abend und an Feiertagen im Zusammen-

hang mit der Arbeitsbelastung. Eine Einschränkung der Zumutbarkeit aufgrund gestörter Lebensqualität beziehungsweise psychischer Stabilität sollte zurückhaltend erfolgen. Gewichtige Argumente für die Plausibilität einer entsprechenden Einschränkung ergeben sich durch eine gute Kooperation und Leistungsbereitschaft sowie Konsistenz im Rahmen von Untersuchungen und Tests. Allenfalls beinhaltet dies auch eine Rehabilitation sowie Bemühungen des Patienten, zumutbare Vorschläge zur Verminderung des Leidens umzusetzen. Ausserdem sollen die Angaben aus der Geschichte kohärent erscheinen [5].

Die Situation am Arbeitsplatz

Der Arzt sollte sich ein Bild über die Arbeit seines Patienten machen. Dazu gehört die korrekte Berufsbezeichnung und die Stellung im Betrieb, die Benennung der Arbeitsaufgaben und die Bezeichnung allfälliger (in Bezug auf Belastungsspitzen oder Beschwerdezunahme) relevanter kritischer Einzelaufgaben und deren zeitliche Relevanz mit Bezug auf einen typischen Arbeitstag. Meist ergeben sich aus diesen Angaben auch wichtige Rückschlüsse auf psychosoziale Faktoren, welche eine Rückkehr an den Arbeitsplatz beeinträchtigen können. Die Wirklichkeit weicht jedoch häufig von diesem Wunsch ab. Durch die Versicherung übermittelte Arbeitsbeschreibungen können hilfreich sein, vorausgesetzt, sie sind zuverlässig aufgenommen und fair wiedergegeben (Stellenbeschreibungen ersetzen in der Regel keine Arbeitsbeschreibungen). In speziellen Fällen kann eine ergonomische Arbeitsplatzabklärung sinnvoll sein, insbesondere bei einer geplanten Reintegration am angestammten Arbeitsplatz. In diesem Zusammenhang können auch notwendige Anpassungen am Arbeitsplatz geprüft und einfache Massnahmen sofort durchgeführt werden. Auch hier zählt wieder die Kohärenz der Angaben. Es sollte nicht einer einzelnen Sichtweise der Vorrang gegeben werden, nur weil man jener mehr traut oder weil sie einem geläufiger ist. Bei längerem Verlauf sind nicht nur die aktuellen Befunde und Testergebnisse, sondern auch die bisherige Entwicklung bezüglich Arbeitsfähigkeit, der Verlauf von Arbeitsversuchen (Dauer/«Echtheit», wie hoch

³ Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt (www.imba.de)

war die Leistung, Gründe für den Abbruch) zu berücksichtigen.

Beurteilung der Zumutbarkeit

Eine allgemeine Zumutbarkeitsbeurteilung erfolgt langfristig im Vergleich zur jeweils punktuellen Festlegung der Arbeitsfähigkeit. Es wird von einem weitgehend stabilen Zustand ausgegangen, wobei zum Beispiel bei unspezifischen Rückenschmerzen mehrheitlich eine Dauer der AUF von drei bis sechs Monaten zur «Stabilisierung» angenommen werden kann. Die Zumutbarkeitsbeurteilung soll sich nicht auf Einstiegsszenarien beziehen, sondern die Situation nach einer allfälligen Übergangsphase festhalten. Entsprechend obiger Prioritäten soll die Arbeitsfähigkeit wenn immer möglich so formuliert werden, dass ein zeitlich nicht oder wenig limitierter Arbeitseinsatz definiert wird, da die Wiedereingliederungsmöglichkeiten dadurch wesentlich verbessert werden. Rein subjektive Kriterien, welche durchaus Relevanz haben, sollen durch objektiv stützende und allenfalls widerlegende «harte» Argumente (kohärente und konsistente Aktivitätseinschränkungen/Behinderungen, eindeutige Funktionseinbussen, Muskelatrophien, Spuren fehlender oder eben vorhandener Benutzung eines Körpergliedes etc.) gewertet werden. Als Ergebnis soll nach Möglichkeit die Leistungsfähigkeit für Gehen, Treppen steigen, Heben und Tragen von Lasten angegeben werden, sowohl in Bezug auf die Belastungsgrenzen wie auch hinsichtlich der Zeitdauer und Wiederholungszahl.

Zuletzt sollen «weiche» Kriterien (kohärente und konsistente Schonung, Schmerzverhalten etc.), welche allenfalls den zeitlichen Umfang für Argumente liefern können, gesucht und beschrieben werden. Zu diesen gehören auch Krankheitsüberzeugungen und der Umgang des Patienten mit Symptomen. Aktive Schmerzbewältigung, Eigenverantwortung und Willensanstrengung zur optimalen sozialen und beruflichen Eingliederung stehen hier oft einer passiven Heilerwartung sowie einem ausgeprägten Schon- und Vermeidungsverhalten gegenüber. Beobachtungen (oder fehlende Beobachtungen) hinsichtlich Zeichen von Anstrengung oder Schmerz (z.B. Muskelanspannung, Ausweichbewegungen, ungenügende Stabilisie-

rungsfähigkeit, erhöhter Puls, erhöhte Schweissekretion und Gesichtsrötung bei der Untersuchung und im Rahmen von Leistungstests) sind dabei relevant. Diese Beobachtungen sollten differenziert beschrieben werden («kann nicht», «sieht sich nicht in der Lage») und in der Argumentation für oder gegen eine Einschränkung dokumentiert sein. Letztendlich ist gerade die Gewichtung der Zumutbarkeit und der zumutbaren Willensanstrengung durch gesellschaftspolitische und Lebenseinstellungen beeinflusst. Deshalb sollten gerade diese Aspekte transparent erscheinen und eine Interpretation durch den Nichtmediziner ermöglichen [6].

Autor:

Dr. med. Andreas Klipstein MSc

Facharzt Physikalische Medizin/Rehabilitation
und Rheumatologie; Ergonome
Leiter Disability Management, AEH Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG, Zürich
Leiter arbeitsbezogene Rehabilitation Rheumaklinik
und Institut für Physikalische Medizin
Universitätsspital Zürich

AEH Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG
Militärstrasse 76
8004 Zürich
klipstein@aeh.ch

Literatur:

1. Raspe HH: Mindestanforderungen an das ärztliche Gutachten zur erwerbsbezogenen Leistungsfähigkeit von Kranken mit chronisch-unspezifischen Schmerzen. *Versicherungsmedizin*, 49: 118–125, 1997.
2. ATSG Art.6, www.admin.ch, Fassung gemäss Anhang Ziff. 2 des BG vom 21. März 2003 (4. IV-Revision), in Kraft seit 1. Jan. 2004.
3. Schenk P, Läubli T, Hodler J, Klipstein A: Do longstanding occupational workplace factors influence the symptomatology of low back pain? A comparison between elderly worker from nursing and administrative professions. *Eur Spine J*. 2007 Jul 5; [Epub ahead of print].
4. Waddell G: *The Back Pain Revolution*. Churchill Livingstone, 2. Auflage, 2005.
5. Oliveri M, Kopp HG, Stutz K, Klipstein A, Zollikofer J: Grundsätze der ärztlichen Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit. *Schweiz Med Forum* 2006; Teil 1: 6:420–431; Teil 2: 6: 448–454
6. Kopp HG, Willi J, Klipstein A: Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten. Teil I: Neue Entwicklungen in der Diagnose und Therapie von somatoformen Schmerzstörungen. *Schweiz Med Wochenschr* 127: 1380–1390, 1997.