

Medinfo Mitteilungen zu Themen der Privatversicherer

Infoméd Bulletin des assureurs privés

ICF im versicherungsmedizinischen,
therapeutischen und juristischen
Kontext / Schadenminderung

La CIF dans le contexte de la médecine
des assurances ainsi que dans le
contexte thérapeutique et juridique /
réduction des dommages et obligation
de restreindre le dommage

2017 / 2

ASA | SVV

Schweizerischer Versicherungsverband
Association Suisse d'Assurances
Associazione Svizzera d'Assicurazioni
Swiss Insurance Association

Herausgeber

Schweizerischer Versicherungsverband SVV
Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14
Postfach
CH-8022 Zürich
info@svv.ch
www.svv.ch

Redaktionsmitglieder

Dr. med. Bruno Soltermann, SVV, Vorsitz
PD Dr. med. Stephan Becher, SCOR
Dr. med. Susanne Habicht, CSS Versicherung
Thomas Lack, Basler Versicherungen
Dr. med. Thomas Mall, Basler Versicherungen
Dr. med. Achim Regenauer, PartnerRe
Dr. med. Philip Strasser, Swiss Life
Dr. med. Urs Widmer, Swiss Re
Anton Zumstein, Helvetia Versicherungen

Download

[www.svv.ch / Publikationen / Versicherungsmedizin](http://www.svv.ch/Publikationen/Versicherungsmedizin)

Jörg Jeger

Die Verwendung der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in der somatischen Begutachtung. 6

Gerhard Ebner

ICF und Begutachtung in der Psychiatrie 16

Urban Schwegler

ICF aus therapeutischer Sicht: Anwendung im Rehabilitations- und Reintegrationskontext 27

Andreas Traub

ICF und Begutachtung aus juristischer Sicht. 39

Hubert Bär

Schadenminderungspflicht – Relevanz für Mediziner und Gutachter. 48

Liebe Leserinnen und Leser

Die aktuelle Ausgabe des Medinfo bringt Ihnen die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in all ihren Facetten näher. Die ICF ist die Nachfolgeklassifikation der ICDH, welche sich an den Defiziten orientierte. Die ICF ist hingegen ressourcenorientiert und dient in erster Linie der interprofessionellen Sprache zur Festlegung und Überprüfung der Rehabilitationsziele. Diese Denkart hat in den letzten Jahren auch in der Begutachtung Einzug gehalten, wobei die Publikationen diesbezüglich noch spärlich sind. Die vorliegenden Aufsätze sollen dazu etwas beitragen.

Es geht bei der Begutachtung nicht um die feingegliederte Klassifikation der ICF, sondern vielmehr um deren Grundgerüst (Framework). Hierbei geht man von einem Gesundheitsschaden aus, welcher mit einer gebräuchlichen Diagnosecodierung festgelegt wird. Die Diagnose gilt als «Eintrittskarte», um überhaupt an Versicherungsleistungen zu gelangen. Vom Gesundheitsschaden aus erfasst man im Framework dann die Körperstruktur resp. die Körperfunktion, die sich daraus ergebenden möglichen Aktivitäten und insbesondere die Teilhabe in allen Lebensbelangen, wobei diese von Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren abhängig sind. Diese Denkweise, welche von vielen Medizinern schon seit Jahren auch für die medizinische Begutachtung ins Feld geführt wird, haben die Bundesrichter aufgenommen und in ihrem wegweisenden Bundesgerichtsentscheid vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) als Grundlage für die Ermittlung der Arbeitsunfähigkeit resp. des Rentenanspruchs festgelegt.

Als letzter Beitrag wird die Schadenminderungspflicht in den verschiedenen Versicherungsbereichen abgehandelt. Ausgehend vom rechtsstaatlichen Grundsatz des Handelns nach Treu und Glauben und den Verhältnissen von Privaten untereinander wird aufgezeigt, warum der Geschädigte verpflichtet ist, seinen Schaden möglichst gering zu halten und seine an sich missliche Situation nicht zulasten des Schädigers zu missbrauchen.

Ich wünsche Ihnen viel Vergnügen beim Lesen all dieser interessanten Beiträge.
Bruno Soltermann

Chères lectrices, chers lecteurs,

La présente édition d'Infoméd se penche sur la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) et l'aborde sous toutes ses facettes. La CIF remplace la classification CIH qui portait essentiellement sur les déficits. La CIF, quant à elle, met l'accent sur les ressources et permet en premier lieu aux différents professionnels impliqués de mieux communiquer entre eux sur les questions de détermination et de vérification des objectifs de rééducation. Ce mode de pensée commence à être pris en compte lors des expertises depuis quelques années, même si les publications à ce sujet sont encore rares. Les articles présentés ici entendent contribuer à son affirmation. L'expertise ne consiste pas en le résultat précis de la classification CIF, mais plutôt en sa structure de base (cadre de référence). On part d'une atteinte à la santé qui est qualifiée à l'aide d'un code usuel pour le diagnostic considéré. Le diagnostic sert de billet d'entrée pour accéder aux prestations d'assurance. A partir de l'atteinte à la santé, on enregistre alors dans le cadre de référence la structure du corps, c'est-à-dire la fonction corporelle atteinte, les activités potentielles qui y sont liées et, en particulier, la participation aux différentes activités de la vie quotidienne, sachant que ces dernières dépendent de facteurs environnementaux et de facteurs liés à la personne. Cette approche présentée par de nombreux médecins depuis plusieurs années comme adaptée à l'expertise médicale vient d'être adoptée par les juges du Tribunal fédéral qui l'ont qualifiée dans leur arrêt du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281) de fondement en matière de détermination de l'incapacité de travail et du droit à une rente.

Le dernier article porte sur l'obligation de restreindre le dommage ressortant de plusieurs domaines d'assurance. A partir du principe fondamental selon lequel les personnes agissent en toute bonne foi et au regard des rapports entre individus, cet article montre les raisons pour lesquelles le lésé est tenu de restreindre son dommage au maximum et de ne pas abuser de sa situation, même déplorable, au détriment du responsable du dommage.

Je vous souhaite beaucoup de plaisir à la lecture de ces différents articles tous plus passionnants les uns que les autres.

Bruno Soltermann

Die Verwendung der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in der somatischen Begutachtung

Jörg Jeger

Luzern

Résumé

La CIF est un outil approprié et transparent permettant l'évaluation et la description des personnes présentant un handicap. Dans le cadre des expertises, l'utilisation de la classification CIF est recommandée (cadre de référence). Une codification qui reposerait exclusivement sur la CIF serait trop compliquée et n'apporterait pas grand-chose de plus. S'inspirer de la CIF permet de créer une passerelle entre le diagnostic posé et l'évaluation du fonctionnement de la personne, mais aussi entre la médecine et l'application du droit. Elle accroît la transparence des expertises réalisées aux fins de déterminer le fonctionnement et le handicap de la personne considérée. Quant à savoir si cela permet également d'améliorer la validité et la fiabilité des expertises, rien n'a permis de le prouver jusqu'ici. Or, pour nombre de questions relevant de la médecine des assurances (causalité, déroulement, thérapie, pronostics), le travail intellectuel et complémentaire de l'expert demeure encore nécessaire.

Une étude complète illustrée d'une expertise sera publiée dans InfoMéd 2018/1.

Zusammenfassung

Die ICF ist ein Hilfsmittel für eine adäquate und transparente Evaluation und Beschreibung von Menschen mit Behinderungen. Im gutachterlichen Kontext empfiehlt sich die Verwendung des ICF-Grundgerüsts (Frameworks). Eine vollständige Codierung nach ICF ist zu aufwendig und bringt keinen relevanten Mehrwert. Eine Anlehnung an die ICF baut die Brücke von der Diagnose zur Leistungseinschätzung, aber auch von der Medizin zur Rechtsanwendung. Sie erhöht die Transparenz gutachterlicher Leistungseinschätzungen. Ob damit auch die Validität und Reliabilität verbessert werden, ist bis anhin nicht bewiesen. Für die Klärung vieler versicherungsmedizinischer Fragestellungen (Kausalität, Verlauf, Therapie, Prognose) sind aber zusätzliche intellektuelle Leistungen des Gutachters notwendig.

Eine ausführliche Abhandlung anhand eines Gutachtens wird im Medinfo 2018/1 publiziert werden.

Einleitung

Die Gesundheitssysteme der Industrienationen werden zunehmend durch chronische Erkrankungen und Multimorbiditäten belastet. Gerade im gutachterlichen Kontext sind Multimorbiditäten die Regel. Die aus einer Multimorbidität resultierende Behinderung kann mit den Diagnosen aber nur schlecht beschrieben werden.

Im Entscheid BGE 107 V 17 vom 23.01.1981 hielt das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht (heute Bundesgericht Luzern) fest: *«Der Arzt sagt, inwiefern der Versicherte in seinen körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist, wobei es als selbstverständlich gilt, dass sich der Arzt vor allem zu jenen Funktionen äussert, welche für die nach seiner Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten des Versicherten wesentlich sind (so etwa, ob der Versicherte sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob er Lasten heben und tragen kann usw.)»* Schon vor über 35 Jahren hat die bundesgerichtliche Rechtsprechung von Funktionen gesprochen, nicht von strukturellen

Schäden. Bei der Beurteilung von Menschen mit Behinderungen geht es nicht allein um die Beschreibung struktureller Läsionen, sondern wesentlich auch um die Evaluation von funktionellen Defiziten und die Beurteilung ihrer Auswirkungen auf konkrete Tätigkeiten. In der Neufassung der Rechtsprechung zur Leistungsbeurteilung bei psychosomatischen Erkrankungen hat das Bundesgericht in BGE 141 V 281 vom 03.06.2015 die funktionelle Sichtweise – zumindest für den Bereich der Sozialversicherungen – bekräftigt, wenn es schreibt: *«Arbeitsfähigkeit leitet sich gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen ab.»*

Kurze Geschichte der ICF

Die *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* gehört – wie die *International Classification of Diseases (ICD)*, zur Familie der Klassifikationen der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die ICD war ursprünglich eine Todesfallstatistik aus dem 19. Jahrhundert, was man ihr im Aufbau immer noch ansieht. Die Behörden von Paris wollten wissen, woran ihre Einwohner starben. Diagnosen geben aber kaum Auskunft über das Ausmass der daraus resultieren-

den Behinderung. Sie liefern keine Informationen über die funktionellen Defizite. Die WHO hat deshalb als Ergänzung zur ICD mit der ICF eine Klassifikation zur Beschreibung von Menschen mit Behinderungen geschaffen. Die Vorgängerversion wurde – damals unter dem Namen *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)* – 1980 publiziert, die aktuell gültige Version der ICF besteht seit 2001.

Die ICF basiert auf einem bio-psycho-sozialen Krankheitsbegriff und auf systemischem Denken: Behinderung ist das Resultat aus einem Wechselspiel zwischen dem Menschen mit einem Gesundheitsproblem und seiner Umwelt. Die verschiedenen Faktoren beeinflussen sich wechselseitig, nicht nur einseitig linear-kausal.

Die Sprache der ICF

Die ICF kann auch als fächerübergreifende Sprache verstanden werden. Wenn alle Fachleute die gleichen Termini verwenden, können sie sich besser untereinander verständigen. So benutzt die ICF ein eigenes Vokabular, das der Anwender wie eine Fremdsprache zuerst lernen muss. Einige oft verwendete Fachausdrücke sind:

Aktivitäten

Sie bezeichnen die Durchführung von Aufgaben oder Handlungen durch eine Person.

Barrieren

Kontextfaktoren (insbesondere Umweltfaktoren), die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Teilhabe) auswirken.

Behinderung

Jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit einer Person.

Domäne

Sinnvolle und praktikable Menge von Items aus einer Teilklassifikation der ICF.

Kontextfaktoren

Alle Gegebenheiten des Lebenshintergrundes einer Person. Sie sind in Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren gegliedert.

Körperfunktionen

Physiologische Funktionen von Körpersystemen (einschliesslich psychische Funktionen).

Körperstrukturen

Anatomische Teile des Körpers wie Organe, Gliedmassen und ihre Bestandteile.

Personbezogene Faktoren

Der besondere Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person (ihre Eigenschaften und Attribute). Sie umfassen Gegebenheiten des Individuums, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems sind.

Schädigung

Oberbegriff für eine Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder -struktur.

Teilhabe

Das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich (auch Partizipation genannt).

Umweltfaktoren

Sie bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.

Der Begriff der funktionalen Gesundheit nach ICF

Eine Person gilt nach ICF als funktional gesund, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren):

- 1) ihre körperlichen Funktionen (einschliesslich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und -strukturen)
- 2) sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Konzept der Aktivitäten), und
- 3) sie zu allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, Zugang hat und sich in diesen Lebensbereichen in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).

Aufbau der ICF

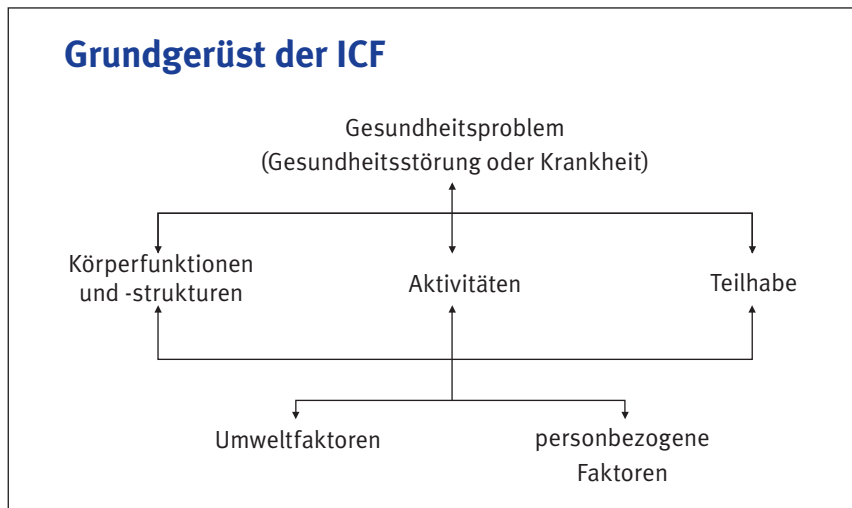
Das Gesundheitsproblem kann nach ICD oder einem anderen international aner-

kannten Diagnosesystem kodiert werden. Das Gesundheitsproblem ist vergesellschaftet mit gestörten Körperfunktionen und geschädigten Körperstrukturen. Die beiden Begriffe werden sowohl für somatische wie auch für psychische Störungen verwendet. Die Faktoren Gesundheitsproblem – Körperfunktion- und Strukturen – Aktivitäten – Teilhabe (Partizipation) – personbezogene Faktoren – Umweltfaktoren beeinflussen sich wechselseitig. Umweltfak-

toren können sowohl fördernd wie auch behindernd (sog. Barrieren) sein. Die ICF geht von einem systemischen Denken aus, nicht von linear-kausalem Denken.

Man muss klar auseinanderhalten: Die ICF ist sowohl ein Grundgerüst (Framework) wie auch eine Klassifikation. Im gutachterlichen Kontext interessiert in erster Linie das Framework. Eine Codierung nach ICF ist zu aufwendig und bringt keinen relevanten Mehrwert.

Abbildung 1



Das Grundgerüst (Framework) der *International Classification of Functioning, Disability and Health*

Das Framework unterscheidet folgende Komponenten:

- das Gesundheitsproblem (codierbar nach ICD oder einem anderen international anerkannten Diagnosesystem)
- Körperstrukturen und -funktionen (codierbar, b-Codes)
- Aktivitäten und Teilhabe (codierbar, d-Codes)
- Umweltfaktoren (codierbar, e-Codes)
- personbezogene Faktoren (noch nicht codierbar, nur beschreibbar)

Das Framework gibt vor, wie man vorgehen soll, um Menschen mit Behinderungen zu beschreiben, es ist eine *Denkweise*. Die vollständige Klassifikation umfasst über 1400 Items (z. B. b280 für Schmerz, b310 für Funktion der Stimme). Da die vollständige Version der ICF sehr umfangreich und entsprechend nicht einfach anzuwenden ist, wurden für verschiedene Krankheiten sogenannte «Core-Sets» (Auszüge der wichtigsten Items für die Anwendung bei bestimmten Krankheitsbildern oder -gruppen) entwickelt, validiert und publiziert. So existieren Core-Sets für Arthrosen, rheumatoide Arthritis, Low Back Pain, Chronic Widespread Pain,

Zustand nach cerebrovaskulärem Insult (Stroke), Multiple Sklerose, Spinal Cord Injuries. Weitere Core-Sets sind in Entwicklung. Die meisten Core-Sets, die bisher publiziert wurden, geben aber lediglich eine Anleitung, *worauf* bei der Evaluation einer Behinderung geachtet werden soll. Sie sagen in der Regel (noch) nicht, *wie* diese Evaluation geschehen soll. So ist die ICF für sich noch kein Assessmentinstrument. Aber auf der Basis der ICF können solche Instrumente entwickelt werden. Das erste Core-Set, das auch konkrete Anleitungen gibt, wie die einzelnen Fähigkeitsstörungen beurteilt werden sollen, ist das von Michael Linden et al. entwickelte Mini-ICF-APP für die Erfassung von psychischen Störungen.

«Leistung» und «Leistungsfähigkeit»

Die beiden Begriffe sind nicht identisch. Nach dem handlungstheoretischen Ansatz von Lennart Nordenfelt ist eine gezeigte Leistung abhängig von drei Faktoren:

- der Leistungsfähigkeit
- der Handlungsbereitschaft (Wille zur Handlung)
- äusseren Gegebenheiten (Umständen)

Leistungsfähigkeit (capacity) ist das maximale Leistungsniveau einer Person in einem Lebensbereich unter Testbedingungen oder hypothetischen Bedingungen (Standard-, Ideal- bzw. Optimalbedingungen). *Leistung (performance)* ist die tatsächliche Durchführung einer Handlung oder Aufgabe in einem Lebensbereich unter realen Lebensbedingungen («Exposition im Felde»), insbesondere unter den gegenwärtigen Alltagsbedingungen der Person mit ihren bestehenden Förderfaktoren und Barrieren. Damit ist der Leistungsbegriff der ICF mit dem Handlungsbegriff der Handlungstheorie vergleichbar. Die ICF erfasst aber in der Regel nur, was der Betroffene an Handlungen zeigt, nicht den (allenfalls mangelnden) Willen, der hinter der Handlung steckt. Dessen muss sich der medizinische Gutachter bewusst sein. So muss bei der Erfassung einer Behinderung nach ICF mitberücksichtigt werden, unter welchen Umständen die beobachtete Leistung zustande gekommen ist (Motivation, Wille, Versuchsanordnung, Umweltbedingungen).

Beispiel einer somatischen Erkrankung

Das Gesundheitsproblem: Die zuletzt als Floristin tätige, aktuell 56-jährige Frau erlitt bei einem Treppensturz vor drei Jahren eine Radiusfraktur rechts, welche zuerst konservativ behandelt wurde. Von Anfang an beklagte sie in der Gipsfixation starke Schmerzen und es bestand eine auffällige Schwellung der rechten Hand. Wegen zunehmender Fehlstellung wurde die Fraktur sekundär operativ stabilisiert. Es entwickelte sich in der Folge ein chronisches regionales Schmerzsyndrom (Complex Regional Pain Syndrome, CRPS Typ I), das auch auf eine aufwendige ambulante und stationäre Behandlung nur teilweise ansprach. Zum Zeitpunkt der Begutachtung liess sich die Diagnose CRPS in Anlehnung an die international gebräuchlichen Budapest-Kriterien zweifellos bestätigen.

Körperfunktionen und -strukturen: Die aktuellen Befunde korrelieren gut mit den über mehr als zwei Jahre in den Akten geschilderten Befunden. Es besteht eine Schwellung mit vermehrter Schweisssekretion, eine rötlich-livide Verfärbung, ein sichtbarer Seitenunterschied im

Haarwuchs über dem Handrücken, eine massiv eingeschränkte Beweglichkeit von Handgelenk und Fingern, eine Allodynie und eine mit einem Infrarot-Thermometer objektivierbare Seitendifferenz der Hauttemperatur von 2,5 Grad Celsius, zudem eine stark eingeschränkte Schulterbeweglichkeit im Sinne einer Periarthropathia humeroscapularis partim ankylosans. Die Explorandin kann die rechte Hand nur noch wenig als Hilfs-hand einsetzen und imponiert in weiten Teilen als funktionell einarmig. Als Begleitpathologie besteht eine unter Therapie wenig symptomatische Multiple Sklerose mit bisher zwei Schüben einer Retrobulbärneuritis.

Auswirkungen auf Aktivität und Partizipation: Hinsichtlich arbeitsrelevanter Einschränkung besteht eine funktionelle Einarmigkeit /Einhändigkeit. Diesbezüglich können der Versicherten keine körperlich schweren und mittelschweren Tätigkeiten insbesondere mit bimanueller Durchführung und mit dem rechten Arm auch keine Tätigkeiten mit Anheben des rechten Armes über die Schulterebene hinaus zugemutet werden. Hinsichtlich der zuletzt ausgeübten und angestammten beruflichen Tätigkeit als Gärtnerin/Floristin ist

die Versicherte von rheumatologischer Seite her nicht mehr einsetzbar. Medizinisch zumutbar sind jegliche, ausschließlich körperlich leichten Tätigkeiten ohne Gebrauch der dominanten, rechten oberen Extremität. Diesbezüglich ist eine vollschichtige Präsenz möglich mit einer geschätzten Leistungseinbuße von 20% aufgrund des schmerzbedingten, vermehrten Pausenbedarfs und des langsameren Arbeitstempos. Bezüglich einer optimalen, leidensadaptierten Tätigkeit beträgt die Arbeitsfähigkeit schätzungsweise 80%. Die Behinderungen wirken sich konsistent in allen Lebensbereichen aus. So musste die Explorandin ihre Teilnahme im Frauenturnverein und in der Theatergruppe einstellen und wesentliche Teile der Hausarbeiten wurden von Familienangehörigen und von einer guten Freundin übernommen.

Personbezogene Faktoren: Positiv wirkt sich aus, dass die Versicherte aufgrund ihrer Person übertragfähige Beziehungen verfügt. Sie ist familiär gut eingebettet und hat auch ein Netz von Verwandten und Bekannten, die sie punktuell zu Hilfe rufen kann. Auch ihre vielfältigen Interessen stellen eine Ressource dar.

Umweltfaktoren: Negativ wirkt sich aus, dass die Versicherte sehr abgelegen wohnt und bei der bisherigen beruflichen Tätigkeit auf das Auto angewiesen war. Mit der funktionellen Einarmigkeit ist das Führen eines Motofahrzeuges nicht mehr möglich, was bei einer Wiedereingliederung erschwerend wirkt. Dass die Familie am jetzigen Wohnort nur eine sehr geringe Miete bezahlen muss, verringert den Anreiz zu einem Wohnortwechsel.

Vorteile der Verwendung der ICF in der Begutachtung

- Die ICF zielt darauf ab, Menschen mit Behinderungen zu beschreiben. Behinderung ist ein komplexes Wechselspiel zwischen dem betroffenen Menschen und seiner Umwelt. Dies kann die ICD nicht abbilden. Deshalb hat die WHO als Ergänzung (nicht als Ersatz) dazu die ICF geschaffen.
- Die Verwendung der ICF erhöht die Transparenz gutachterlicher Einschätzungen. Ob sie auch die Validität und die Reliabilität erhöht, ist bis anhin nicht belegt.
- Die ICF hilft mit, einerseits die Brücke von der Diagnose zur

Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, andererseits von der Medizin zur Rechtsanwendung zu bauen.

- Wenn der Gutachter durch Verwendung der ICF den Einfluss der personbezogenen Faktoren und der Umweltfaktoren transparent darlegt, so ist es dem Rechtsanwender leichter möglich, versicherte und nicht versicherte Faktoren auseinanderzuhalten.

Grenzen der ICF

- Die ICF kann keine Verläufe abbilden.
- Die ICF ist per se kein Assessment-Instrument. Auf der Basis der ICF können aber solche Instrumente entwickelt werden.
- Die ICF kann keine Prognose herleiten.
- Die ICF kann keine Kausalitäten erklären.
- Die ICF äussert sich nicht zur Motivation und zur Zumutbarkeit.

Empfehlenswerte Literatur zur ICF

1. Schuntermann M.: Einführung in die ICF. Ecomed Verlag. 4. Aufl. (2013). [Sehr gute Einführung für alle, die sich erstmals mit der ICF auseinandersetzen. Allgemein gehalten, nicht spezifisch auf den versicherungsmedizinischen Kontext ausgelegt.]
2. Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Springer Verlag, 7. Aufl. (2011) [Umfangreiches Buch zur Begutachtung verschiedenster Krankheitsbilder, wobei in jedem Kapitel auf die Leistungsbeurteilung eingegangen wird. In der 7. Aufl. wurde vermehrt das Framework der ICF eingebaut.]
3. Egle U.T., Kappis B., Schairer U., Stadtland C. (Hrsg.): Begutachtung chronischer Schmerzen. Elsevier Urban & Schwarzenberg (2014). [Aktuelles Buch mit einem guten einführenden Kapitel zur ICF.]
4. Riemer-Kafka G. (Hrsg.): Versicherungsmedizinische Gutachten. Ein interdisziplinärer juristisch-medizinischer Leitfaden. Stämpfli Verlag, 3. Aufl. (2017). [Ein Leitfaden, der auf dem rechtlichen Kontext der Schweiz basiert; enthält ein ausführliches Kapitel zu den Möglichkeiten der ICF bei der versicherungsmedizinischen Leistungsbeurteilung.]
5. Linden M., Baron St., Muschalla B., Ostholt-Corsten M.: Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP. Verlag Hans Huber (2015). [Das unentbehrliche Manual für alle, welche das Mini-ICF in der Psychiatrie verwenden wollen.]
6. WHO: Die International Classification of Functioning, Disability and Health. Abrufbar unter www.dimdi.de [diese Website enthält sowohl die ICD wie auch die ICF mit Erklärungen.]

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Jörg Jeger
 Rheumatologie FMH, EMBA
 MAS Versicherungsmedizin
 Chefarzt MEDAS Zentralschweiz
 Hirschengraben 33, 6003 Luzern
 Mail: joerg.jeger@medaslu.ch

ICF und Begutachtung in der Psychiatrie

Gerhard Ebner

Zürich

Résumé

La CIF s'est établie en Suisse sous la forme de la « Mini-ICF-APP » (APP = limitations de l'activité ou de la participation en cas de maladies psychiques); les possibilités et les limites de cet instrument non encore validé en psychiatrie de l'assurance sont à l'étude; cet article présente les exigences posées aux instruments à développer. Les présentes lignes directrices en matière d'établissement d'expertises relevant de la psychiatrie de l'assurance contribuent à une meilleure compréhension et à une plus grande acceptation des jugements formulés par les experts. Il faut que la recherche se poursuive.

L'article présente la méthodologie employée pour effectuer le nécessaire travail de « traduction » dans le cadre d'une expertise conforme aux lignes directrices.

Une étude complète illustrée d'une expertise sera publiée dans InfoMéd 2018/1.

Zusammenfassung

ICF hat sich in der Schweiz in Form des «Mini-ICF-APP» (APP = Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen) etabliert; die Möglichkeiten und Grenzen dieses für die Versicherungspsychiatrie aktuell noch nicht validierten Instrumentes werden diskutiert, die Anforderungen an noch zu entwickelnde Instrumente vorgestellt. Die vorliegenden Leitlinien für die Erstellung versicherungspsychiatrischer Gutachten liefern einen Beitrag zur besseren Nachvollziehbarkeit und Übereinstimmung der gutachtlichen Beurteilungen. Weitere Forschung ist nötig.

Es wird die Methodik der notwendigen «Übersetzungsarbeit» im Rahmen einer leitliniengerechten Begutachtung vorgestellt.

Eine ausführliche Abhandlung anhand eines Gutachtens wird im Medinfo 2018/1 publiziert werden.

Einleitung

Die Zeiten, in welchen das Stellen einer Diagnose oder nur wenige Zeilen zur Beurteilung der «zumutbaren» Arbeitsfähigkeit in der Versicherungspsychiatrie

genügt haben (vgl. Baer et al. 2009), sind definitiv vorbei. Eine Diagnose sagt alleine wenig über die Arbeitsfähigkeit einer Person aus; hingegen steht «im Mittelpunkt der Beurteilung (...) die Frage, welche Einschränkungen hinsichtlich Fähigkeiten aus der Psychopathologie resultieren und einen Menschen an der Wahrnehmung von Rollenfunktionen hindern können» (Linden und Baron 2005). Das ICF ist hierbei eine Methodik, deren Grundlagen normativ-konsensuell durch Expertengruppen im Auftrag der WHO entwickelt wurde und dient letztendlich dazu, die Übereinstimmung (Reliabilität) bei der Beurteilung von Funktionseinschränkungen zu erhöhen. Für die Psychiatrie liegt sie in operationalisierter Form als «Mini-ICF-APP» (Linden et al. 2015) vor (eine für die versicherungspsychiatrischen Erfordernisse angepasste Version steht vor der Veröffentlichung).

Die Bedeutung des Einsatzes von standardisierten (vereinheitlichten) und operationalisierten (messbarmachenden) Verfahren, welche den «State of the Art» abbilden, d. h. welche möglichst objektive (vom einzelnen Gutachter unabhängige), reliable (zuverlässige) und valide

(gültige) Beurteilungsergebnisse liefern, nahm und nimmt mit der Entwicklung der evidenzbasierten Medizin für die Versicherungsmedizin zu; das Fehlen von evidenzbasierten Grundlagen in Bezug auf die Beurteilung von Funktionsstörungen im versicherungspsychiatrischen Kontext (Canela et al. 2016; Dittmann et al. 2010) ist in Anbetracht der hohen Varianz der Expertisen umso schmerzlicher (Dickmann und Brooks 2007), aber aufgrund der hohen Anzahl zu berücksichtigender Variablen erklärbar und erkenntnistheoretisch betrachtet auch nicht vermeidbar (Linden 2007). Dennoch zeigt die Forschung, dass mithilfe standardisierter Verfahren die Komplexität der Beurteilungen vermindert und deren Übereinstimmung (Interraterreliabilität) erhöht werden kann (Barth et al. 2017), was nicht nur dem Ansehen der Gutachter zugutekommt, sondern vor allem der Rechtssicherheit und der Verteilungsgerechtigkeit im Rahmen der Zusprechung von Versicherungsleistungen. Zur Verbesserung der Übereinstimmung sind Qualitätsleitlinien, welche die Methodik der versicherungspsychiatrischen Begutachtung vorgeben, geeignet. Sie liegen in der Schweiz in dritter Auflage vor (Ebner et al. 2016).

Abschliessend seien Grenzen bei der Anwendung von ICF in der psychiatrischen Begutachtung in der Version des «Mini-ICF-APP» erwähnt: In diese Beurteilungen fliessen nicht nur die Angaben der Exploranden ein, sondern auch Befunde, Testergebnisse, allenfalls Angaben von Drittpersonen etc. Diese «unbestimmte Datengrundlage, auf die sich die Einschätzungen beziehen, aber auch die Unsicherheit darüber, wie die Ratings zustande kommen, sind Schwächen des Verfahrens» (Schneider et al. 2016), hängt die Güte ja entscheidend von der Güte der vorliegenden Informationen ab. «Ebenso problematisch erscheinen die Interkorrelation der Konstrukte, deren variabler Abstraktions- und Konkretheitsgrad sowie der Verzicht auf Messwiederholungen und Plausibilitätschecks» (ebenda). Dies führt zu Problemen in Bezug auf Validität, Reliabilität, aber auch Nachvollziehbarkeit beim Einsatz im versicherungsrechtlichen Kontext; zudem stellt das «Mini-ICF-APP» kein Prognoseinstrument dar, sondern zeichnet ein Querschnittsbild. Für die Beurteilung der «zumutbaren» Arbeitsfähigkeit im versicherungsrechtlichen Kontext ist jedoch die Prognose der festgestellten Einschränkungen

entscheidend; auch bezieht sich das Instrumentarium jeweils auf das Profil einer konkreten Tätigkeit; es ist aber geeignet, eine annähernde aktuelle Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer bestehenden Tätigkeit vorzunehmen sowie ein annäherndes Profil für eine behinderungsadaptierte (angepasste) Tätigkeit zu zeichnen; das ist nicht wenig, aber keinesfalls genügend, um die hohe Varianz bei den gutachtlichen Beurteilungen zu senken und deren Gültigkeit in Bezug auf die «zumutbare Arbeitsfähigkeit» zu erhöhen; weitere Forschung ist notwendig, um gültige und handhabbare Kriterien und Instrumente für die gutachtliche Beurteilung zu entwickeln.

Methodik der Begutachtung

Ein Gutachten beantwortet die Frage, ob und in welchem Umfang mit welchen Einschränkungen das Ausüben der bisherigen oder einer angepassten Tätigkeit aus medizinischer Sicht dauerhaft noch möglich ist. Es hat nachvollziehbar aufzuzeigen, welche Tätigkeiten mit welchen Einschränkungen in welchem Umfang nach Durchführen von welchen medizinischen und beruflichen Massnahmen aus medizinisch-gutachtlicher Sicht noch ausgeübt werden

- 1. Diagnostik inkl. Komorbidität, Persönlichkeit(ssstörung)**
- 2. Schweregrad (Reha-/Therapieverlauf, Symptombelastung, Ressourcen)**
- 3. Konsistenz und Plausibilität**
- 4. Prognose (mit/ohne Massnahmen)**
- 5. Fähigkeiten («Aktivitäten» gemäss Mini-ICF-APP)**
- 6. Arbeitsfähigkeit/Partizipation**

Abbildung 1

können. Hierzu ist eine «Übersetzungsarbeit des Gutachters» mit den in Abbildung 1 aufgeführten Schritten notwendig (vgl. Ebner et al. 2016).

1. Diagnostik und 2. Schweregrad

Das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose (Art. 6 ATSG: «Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit») unter **F** kodiert nach ICD-10 respektive DSM-5 stellt die «Eingangsvoraussetzung» für eine Arbeitsunfähigkeit im Sozialversicherungsrecht dar. Verdachtsdiagnosen oder Kontextfaktoren genügen nicht. Letztere werden nach ICD-10 unter **Z** «Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen» kodiert. Hierzu gehören auch akzentuierte Persönlichkeitszüge, welche per se die

Kriterien für eine klinisch relevante «F-Diagnose» nach ICD-10 nicht erfüllen, aber massgeblichen Einfluss auf Entstehung, Verlauf sowie Prognose psychischer Störungen haben.

Der Schweregrad einer psychischen Störung ist massgeblich von der Art, vom Ausmass, von der Anzahl der Symptome und vom Verlauf der Symptomatik, unter Berücksichtigung von Behandlungs- und Rehabilitationsergebnissen, abhängig (Ebner et al. 2016).

3. Konsistenz und Plausibilität (vgl. Ebner et al. 2016)

Eine Stellungnahme hierzu ist ein obligatorischer Bestandteil eines versicherungspsychiatrischen Gutachtens; das Bundesgericht hat hierzu normativ festgelegte Begutachtungsparameter formu-

liert (BGE 141 V 281). Diese Beurteilung beinhaltet eine Stellungnahme zur Frage, ob berichtete Beschwerden und präsentierte Symptome konsistent sind oder ob Diskrepanzen bestehen. Dies gelingt am ehesten durch eine Gegenüberstellung der erhobenen Informationen mithilfe der verschiedenen methodischen Zugänge. Diesbezüglich relevant sind Hinweise aus Verhaltensbeobachtung und Anamneseverlauf, wie sie in entsprechenden Kriterienkatalogen aufgeführt sind (bspw. in Dressing und Habermeyer 2015); hierzu gehören z. B. eine auffallend diffuse Beschwerdeschilderung mit fehlenden Angaben von Details oder Beispielen, Widersprüchlichkeiten innerhalb der Anamnese, zwischen Anamnese und Verhalten, zu Auskünften von Dritten etc. Auch ist der Einsatz von standardisierten Testverfahren zur Validierung (Prüfung, wie authentisch Beschwerden und Leistungsverhalten sind) sinnvoll.

Wenn der Gutachter die Arbeitsfähigkeit nach den ihm zur Verfügung stehenden Anhaltspunkten und gewonnenen Erkenntnissen als nicht zuverlässig einschätzbar erachtet, dann hat er das auch so zu benennen.

4. Prognose

Die Beurteilung der Prognose ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Sie sind entsprechend, sofern möglich, zu gewichten.

Bei der Prognose der Leistungsfähigkeit müssen die Merkmale der unterschiedlichen Beurteilungsebenen nicht nur im «Hier und Jetzt» (Querschnitt) untersucht, sondern auch in ihrem Verlauf (Längsschnitt, retrospektiv und prospektiv) eingeschätzt werden, um Aussagen über die zukünftige Entwicklung und Beeinflussbarkeit durch therapeutische und /oder rehabilitative Interventionen treffen zu können. Nicht-medizinische Faktoren sind zu benennen, um dem Rechtsanwender die Grundlage zur Beurteilung von «invaliditätsfremden» Faktoren zu geben (Riemer-Kafka 2017; Swiss Insurance Medicine 2013).

Abschliessend ist eine Stellungnahme dazu notwendig, ob und in welchem mutmasslichen Zeitrahmen nach Beginn der empfohlenen therapeutischen Massnahmen (gemäss Therapieleitlinien) mit einer «bedeutsamen» Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen ist. Gegebenenfalls sollte ein Zeitpunkt für die Neubeurteilung empfohlen werden.

1. **Anpassung an Regeln und Routine**
2. **Planung und Strukturierung der Aufgaben**
3. **Flexibilität und Umstellung**
4. **Kompetenz und Wissensanwendung**
5. **Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit**
6. **Proaktivität und Spontanaktivitäten**
7. **Widerstands- und Durchhaltefähigkeit**
8. **Selbstbehauptungsfähigkeit**
9. **Konversation und Kontaktfähigkeit**
10. **Gruppenfähigkeit**
11. **Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen**
12. **Fähigkeit zu Selbstpflege und Selbstversorgung**
13. **Mobilität und Verkehrsfähigkeit**

Abbildung 2

5. Fähigkeiten («Aktivitäten»)

Zunächst ist eine Qualifizierung und Quantifizierung von noch möglichen Aktivitäten nach ICF erforderlich, bevor die arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit beurteilt werden sollte. Hierzu gibt es ein strukturiertes, standardisiertes, für die Psychiatrie, nicht aber für die Versicherungspsychiatrie adaptiertes Instrument (Linden et al. 2015, siehe Einleitung).

Beim Einsatz dieses Instrumentes ist zu beachten, dass der Gutachter sich bei

dessen Anwendung auf die Angaben der Exploranden stützen muss. Das Ergebnis kann keinesfalls mit «objektivem Befund» oder mit einem «Testergebnis», wie manchmal in juristischen Stellungnahmen zu lesen ist, gleichgesetzt werden. Die Angaben der Exploranden sind entsprechend auf ihre Validität, auf allfällige Verzerrungen hin, zu prüfen. Das Mini-ICF-APP umfasst 13 Fähigkeitsdimensionen, bei welchen es aufgrund von Psychopathologie zu Einschränkungen kommen kann, welche die Betroffenen an der Wahrnehmung an Rollenfunktio-

nen hindern können (siehe Abbildung 2, Linden et al. 2015).

Das Mini-ICF-APP bezieht sich auf die Komponente «Aktivitäten und Partizipation» der ICF, soweit sie einen Bezug zu psychischen Störungen hat. Beurteilt werden störungsbedingte Fähigkeitseinschränkungen und nicht konstitutionell oder ausbildungsbedingte Leistungsgrenzen. Es wird nicht beurteilt, ob die Fähigkeiten tatsächlich ausgeführt werden, sondern ob sie ausgeführt werden könnten, wenn der Explorand wollte oder die Situation dies erlaubte oder erforderte.

Das Rating erstreckt sich über 5 Schweregrade (Linden et al. 2015):

- 1) Keine Beeinträchtigung
- 2) leichte Beeinträchtigung ohne negative Konsequenzen
- 3) mittelgradige Beeinträchtigung mit negativen Konsequenzen

- 4) schwere Beeinträchtigung mit Benötigung von Unterstützung durch Dritte
- 5) vollständige Beeinträchtigung

6. Arbeitsfähigkeit

Der Gutachter liefert dem Rechtsanwender die Grundlagen (siehe Abbildung 2) zu dessen Beurteilung der «zumutbaren Arbeitsfähigkeit» (siehe Abbildung 3, Oliveri et al. 2006a, 2006b).

Zur Beurteilung der «zumutbaren» Arbeitsfähigkeit durch den Rechtsanwender bedarf es aber nicht nur der gutachtlichen Darlegung der Aktivitäten / Fähigkeiten, sondern auch der Begründung, weshalb aus medizinisch-gutachtlicher Sicht Einschränkungen bei der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit vorliegen. Zu diesem Zweck hat sich in der Schweiz die Einteilung nach Oliveri et al. 2006 etabliert (Oliveri et al. 2006a, 2006b); die Graduierung wurde konsensuell durch die Autoren der Leitlinienarbeitsgruppe als Vorschlag erstellt (siehe Abbildung 4, Ebner et al. 2016).



Abbildung 3

Sicherheit

[keine Einschränkungen – Einschränkungen mit Unterstützungsbedarf durch Dritte – kein Einsatz in sicherheitsrelevanten Bereichen][Begründung]

Gesundheit

[keine negativen gesundheitlichen Einschränkungen zu erwarten – gesundheitliche Konsequenzen zu erwarten mit Handlungsbedarf, welcher? – Arbeitseinsatz kontraindiziert][Begründung]

Arbeitsleistung

[keine oder geringe Einschränkung qualitativ / quantitativ mittelgradige Einschränkung qualitativ / quantitativ – schwergradige Einschränkung qualitativ / quantitativ – Aufhebung][Begründung]

Lebensqualität

[keine oder geringe negativen Folgen zu erwarten – erhebliche negative Folgen zu erwarten, welche? – Arbeitseinsatz ausgeschlossen][Begründung]

Weitere

[Welche][keine oder geringe Einschränkung – mittelgradige Einschränkung – schwergradige Einschränkung – Aufhebung][Begründung]

Abbildung 4

Bei der Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit muss eine Integration der Leistungsfähigkeit des Exploranden für die einzelnen Aufgabenbereiche vorgenommen werden. Hierbei ist für die Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit wie für behinderungsadaptierte (angepasste) Tätigkeiten ein Anforderungsprofil zu erstellen, wofür die Kriterien nach ICF die Grundlage darstellen.

Vom Gutachter wird abschliessend eine konkrete Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit erwartet; zum Beispiel hat er gemäss revidiertem, ab 2018 verbindlichem Gutachtenauftrag der Invalidenversicherung hierzu folgende Fragen zu beantworten:

Berufliche Leistungsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit

- Wie viele Stunden kann die versicherte Person am bisherigen Arbeitsplatz anwesend sein?
- Besteht während dieser Anwesenheitszeit auch eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit? Wenn ja, in welchem Umfang und warum?
- Wie gross schätzen Sie insgesamt die berufliche Leistungsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit, bezogen auf ein 100 %-Pensum?
- Wie ist der zeitliche Verlauf der Entwicklung dieser beruflichen Leistungsfähigkeit?

Berufliche Leistungsfähigkeit in angepasster Tätigkeit

- Welche Merkmale müsste ein der Behinderung ideal angepasster Arbeitsplatz aufweisen?
- Welche maximale Präsenz wäre an einem solchen idealen Arbeitsplatz möglich (in Stunden pro Tag)?
- Besteht während dieser Anwesenheitszeit auch eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit in einer ideal angepassten Tätigkeit? Wenn ja, in welchem Umfang und warum?

- Welche berufliche Gesamtleistungsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt (bezogen auf ein 100 %-Pensum) könnte die versicherte Person aus medizinischer Sicht an einem ideal angepassten Arbeitsplatz erbringen?
- Wie ist der zeitliche Verlauf der Entwicklung dieser beruflichen Leistungsfähigkeit?

Die normative Würdigung dieser Angaben, das heisst die Würdigung, ob aufgrund dieser Angaben die Leistungsvoraussetzungen (z. B. «Zumutbarkeit» einer Massnahme oder Verwertung eines Restarbeitsvermögens, Bemessung des Invaliditätsgrades) gegeben sind, ist Sache der Rechtsanwendung respektive der Rechtsprechung.

Aber beachten Sie: «Je genauer und sorgfältiger der medizinische Sachverständige die Diagnose erhoben, die Einschränkungen der funktionellen Leistungsfähigkeit eingeschätzt und die Kausalität zwischen Gesundheitsschaden und funktioneller Einschränkung dem Rechtsanwender begründet hat, desto weniger Spielraum verbleibt diesem, zu einer abweichenden Beurteilung zu gelangen» (Gächter und Meier 2015).

Literaturverzeichnis

1. Baer, Niklas; Frick, Ulrich; Fasel, Tanja (2009): Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe. Bericht im Rahmen des mehrjährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP-IV). In: Beiträge zur sozialen Sicherheit, Bundesamt für Sozialversicherung (6), S. XII–XXIV.
2. Barth, Jürgen; de Boer, Wout E L; Busse, Jason W.; Hoving Jan L; Jan L Kedzia, Jan L; Couban, Rachel (2017): Interrater agreement in evaluation of disability: systematic review of reproducibility studies. In: British Medical Journal 356, j14.
3. Canela, Carlos; Schleifer, Roman; Dube, Anish; Hengartner, Michael P.; Ebner, Gerhard; Seifritz, Erich; Liebreinz, Michael (2016): Funktionsbeschreibung in der Begutachtung der Arbeitsfähigkeit. Was ist «evidence-based»? In: Psychiatrische Praxis 43 (2), S. 74–81.
4. Dickmann, J. R.M.; Brooks, Andreas (2007): Das psychiatrische Gutachten im Rentenverfahren – wie reliabel? In: Fortschritte Neurologie Psychiatrie, 75 (7), S. 397–401.
5. Dittmann, Volker; Ebner, Gerhard; Herdt, Jörg; Junge, Caroline; Träbert, Silke (2010): Literaturstudie als Grundlage zur Entwicklung von evidenzbasierten Gütekriterien zur Beurteilung von psychischen Behinderungen. Erarbeitet für das Bundesamt für Sozialversicherungen im Rahmen des mehrjährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP-IV). Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel. Basel. Online verfügbar unter www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen/00098/index.html, zuletzt geprüft am 04.04.2016.
6. Dressing, Harald; Habermeyer, Elmar (Hg.) (2015): Venzlaff, Dressing et al. (Hg.) 2015 – Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Lehrbuch für Ärzte und Juristen. 6., neu bearb. und erw. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer.
7. Ebner, Gerhard; Colomb, Etienne; Mager, Ralph; Marelli, Renato; Rota, Fulvia (2016): Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten. Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP. Leitlinien für die Begutachtung psychiatrischer und psychosomatischer Störungen in der Versicherungsmedizin.
8. Gächter, Thomas; Meier, Michael E. (2015): Schmerzrechtsprechung 2.o. Bemerkung zur grundlegenden Praxisänderung im Urteil des Bundesgerichts 9_C_492 / 2014 vom 3. Juni 2015, zur Publikation vorgesehen. In: Jusletter
9. Linden, Michael (2007): Das psychiatrische

- Gutachten im Rentenverfahren – wie reliabel? In: Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie 75 (7), S. 379–381. DOI: 10.1055 / s-2007-959233.
10. Linden, Michael; Baron, Stefanie (2005): Das Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P). Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. In: Rehabilitation 44 (3), 144–151.
 11. Linden, Michael; Baron, Stefanie; Muschalla, Beate (2015): Mini-ICF-APP. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Manual und Materialien, 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe.
 12. Oliveri, Michael; Kopp, Hans Georg; Stutz, Klaus; Klipstein, Andreas; Zollikofer, Jürg (2006a): Grundsätze der ärztlichen Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit. Teil 1. In: Schweizerisches Medizin-Forum 6, S. 420–431.
 13. Oliveri, Michael; Kopp, Hans Georg; Stutz, Klaus; Klipstein, Andreas; Zollikofer, Jürg (2006b): Grundsätze der ärztlichen Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit. Teil 2. In: Schweizerisches Medizin-Forum, S. 448–454.
 14. Riemer-Kafka Gabriela (2017): Versicherungsmedizinische Gutachten. Ein interdisziplinärer juristisch-medizinischer Leitfaden. Stämpfli Verlag, 3. Aufl.
 15. Schneider, Wolfgang; Henningsen, Peter; Dohrenbusch, Ralf; Freyberger, Harald J.; Irle, Hanno; Köllner, Volker; Widder, Bernhard (Hg.) (2016): Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Autorisierte Leitlinien und Kommentare. Verlag Hans Huber. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.
 16. Swiss Insurance Medicine (2013): Arbeitsunfähigkeit. Leitlinie zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nach Unfällen und bei Krankheit. Unveränd. Nachdr. Winterthur: SIM Swiss Insurance Medicine, 5, 4–12.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Gerhard Ebner M.H.A.
 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
 (CH), Mitglied FMH
 Seefeldstrasse 25
 8008 Zürich
 gerhard.ebner@hin.ch

ICF aus therapeutischer Sicht: Anwendung im Rehabilitations- und Reintegrationskontext

Urban Schwegler

Schweizer Paraplegiker-Forschung

Résumé

Des objectifs de participation touchant tous les domaines (habitat, participation socioculturelle, travail) et une communication interdisciplinaire orientée dans cette direction sont essentiels pour un processus de rééducation efficient et efficace. Le modèle biopsychosocial de la CIF propose une approche globale visant la planification, la mise en œuvre et l'évaluation d'interventions orientées sur la participation. En complément, la classification CIF constitue une base documentaire transdisciplinaire pour la gestion des cas dans les cliniques de réadaptation et dans le contexte de la médecine des assurances. Il est ainsi possible, par exemple, de visualiser la participation au travail comme consistant en l'adaptation du profil de compétences d'une personne reposant sur la CIF avec le profil d'exigences requises pour l'activité exercée jusque-là ou une activité recommandée (Job Matching), ce qui facilite l'élaboration d'une documentation reposant entièrement sur la CIF permettant de déterminer des interventions aux fins d'amélioration de la

bonne adéquation entre la personne et son travail. L'instauration d'un mode de pensée correspondant dans le secteur suisse de la santé requiert néanmoins l'adaptation des cursus de formation spécifiques, une certaine ouverture de la part des fournisseurs de prestations et de ceux qui les financent ainsi que des preuves empiriques attestant de la plus-value apportée par une approche fondée sur la CIF en matière de réadaptation et de rééducation.

Zusammenfassung

Übergreifende Partizipationsziele (Wohnen, soziokulturelle Teilhabe, Arbeit) und eine darauf ausgerichtete interdisziplinäre Kommunikationsgrundlage sind zentral für einen effizienten und effektiven Rehabilitationsprozess. Das biopsychosoziale Modell der ICF liefert einen ganzheitlichen Ansatz zur Planung, Umsetzung und Evaluation partizipationsorientierter Interventionen. Ergänzend bildet die ICF-Klassifikation eine disziplinübergreifende Dokumentationsgrundlage für das Fallmanagement in Rehakliniken und im versicherungsmedizinischen Kontext. So kann beispielsweise Arbeitspartizipation als Passung des ICF-basierten Fähigkeits-

profils eines Betroffenen mit dem Anforderungsprofil seiner bisherigen Tätigkeit oder einer Verweistätigkeit visualisiert werden (Job Matching) und eine ganzheitliche ICF-basierte Dokumentation die Bestimmung berufsrehabilitativer Interventionen zur Steigerung des Person-Job-Matches erleichtern. Die Etablierung einer entsprechenden Denkweise im Schweizer Gesundheitswesen bedarf jedoch einer Anpassung disziplinspezifischer Ausbildungscurricula, Offenheit seitens der Leistungserbringer und Leistungsträger sowie empirische Evidenz, die den Mehrwert eines ICF-basierten Vorgehens für die Rehabilitation aufzeigt.

Partizipation als übergreifendes Ziel einer interdisziplinären Rehabilitation

Das Wiederherstellen der gesellschaftlichen Partizipationsfähigkeit eines Betroffenen ist eine der zentralen Aufgaben der Rehabilitation nach einem Unfall- oder Krankheitsereignis. Partizipation im Sinne unabhängigen Wohnens, soziokultureller Teilhabe und Arbeitsintegration ist sowohl aus Sicht des Individuums als auch aus gesellschaftlicher Sicht von höchster Relevanz, da sie zum einen mit Lebenszufriedenheit, Autono-

mie und finanzieller Unabhängigkeit einhergeht und zum anderen Sozial- und Gesundheitskosten senkt. Die Relevanz von Partizipation als zentralem Outcome im Rehabilitationsprozess reflektiert sich auch darin, dass der *Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken* (ANQ; www.anq.ch) dem Erreichen von Partizipationszielen bei der Qualitätsmessung in der Rehabilitation mittlerweile grosse Beachtung schenkt.

Da Partizipation durch eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren auf Ebene Person (z. B. körperliche oder mentale Einschränkungen, individuelle Fähigkeiten und Ressourcen) und Umwelt (z. B. die physische oder beziehungsbezogene Umgebung eines Menschen) beeinflusst werden kann, bedingt die Orientierung an Partizipationszielen in einem Rehabilitationsprozess die Anwendung eines übergreifenden Top-down-Ansatzes [1, 2]. Dieser Ansatz richtet alle im Rehab-Cycle [3] visualisierten Schritte (Assessment, Zuweisung, Intervention und Evaluation) und die Bildung von Subzielen auf das Erreichen des übergeordneten Partizipationsziels aus. Im Kontext eines Rehabilitations- oder Reintegrationspro-

zesses, bei dem eine Vielzahl medizinischer und paramedizinischer Fachdisziplinen beteiligt sind, ist dabei eine funktionierende interdisziplinäre Kommunikation für die Zielkoordination und die Durchführung partizipationsorientierter Interventionen von zentraler Bedeutung. Ein übergreifendes Dokumentationssystem für das Fall- und Prozessmanagement kann als interdisziplinäre Kommunikationsgrundlage dienen und dadurch die effiziente Bestimmung, Koordination und Umsetzung partizipationsorientierter Interventionen auf Ebene Person oder Umwelt erleichtern.

ICF: eine ganzheitliche partizipationsorientierte Denkweise für die Rehabilitation

Die Umsetzung eines partizipationsorientierten Ansatzes im Kontext interdisziplinärer Rehabilitations- und Reintegrationsbemühungen bedarf einer ganzheitlichen und von allen Disziplinen geteilten Denkweise, die sich am übergeordneten Partizipationsziel ausrichtet. Das Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) bietet sich dafür an, da es die Funktionsfähigkeit eines Menschen ganzheitlich als Zusam-

mensspiel zwischen Gesundheitsstörung, Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, Partizipation sowie umwelt- und personbezogener Kontextfaktoren darstellt. Die ICF kann zudem partizipationsorientiert verwendet werden und im Sinne des Top-down-Ansatzes die Ausrichtung rehabilitativer Zielprozesse und Interventionen an den übergeordneten Zielen Wohnen, soziokulturelle Teilhabe und Arbeitspartizipation erleichtern (vgl. Abb. 1). Nach der Festlegung des Partizipationsziels zu Beginn der Rehabilitation erfolgt ein umfassendes Assessment zur Bestimmung von Interventionsansätzen und Subzielen auf den verschiedenen ICF-Ebenen. Partizipationsorientierte Interventionen können dabei auf den Ebenen Körperstruktur (z. B. chirurgische Eingriffe), Körperfunktion (z. B. medikamentöse Behandlungen), Aktivität (z. B. ergotherapeutisches Training), Umweltfaktoren (z. B. Wohnungs- und Arbeitsplatzanpassungen) oder personbezogene Faktoren (z. B. Selbstwirksamkeitstraining) ansetzen und werden von der für die Erreichung der Subziele zuständigen Fachdisziplin umgesetzt.

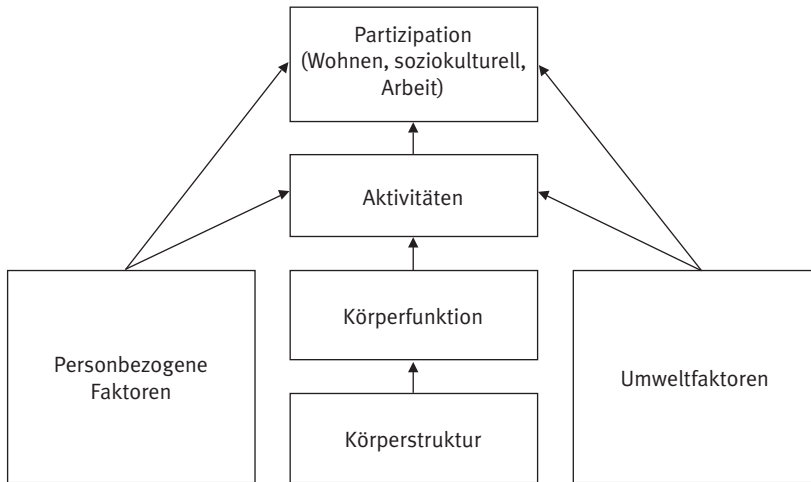


Abbildung 1

Partizipationsorientierte Rehabilitation nach ICF.

Eine funktionierende Zielkoordination im interdisziplinären Rehabilitations- und Reintegrationsprozess erfordert aber nicht nur eine ganzheitliche, partizipationsorientierte Denkweise, sondern auch ein disziplinübergreifendes Dokumentationssystem für ein übergeordnetes Fallmanagement. Dieses Dokumentationssystem sollte auf einer gemeinsamen, disziplinunabhängigen Sprache basieren und so die interdisziplinäre Kommunikation und die Interventionskoordination vereinfachen. Die standardisierten Kategorien der

ICF-Klassifikation bieten sich als Hintergrundsprache für ein disziplinübergreifendes Dokumentationssystem an, ergänzt durch eine standardisierte Liste personbezogener Faktoren [4], die aktuell in der ICF nicht klassifiziert sind. Zur Sicherung der Praktikabilität können ICF-Core-Sets herangezogen werden, d.h. Kurzlisten von ICF-Kategorien, welche für eine bestimmte Störung (z. B. Rückenschmerzen, Depression) oder in einem bestimmten Setting (z. B. Berufsrückführung) von besonderer Relevanz sind [5]. Da ICF-Kategorien für die Doku-

mentation auf therapeutischer Mikroebene, d. h. die fundierte Verlaufsdokumentation therapeutischer Behandlungen aber zu wenig präzise sind, ist es sinnvoll, wenn die Fachdisziplinen in einem ICF-basierten Rehabilitationsprozess primär mit ihren fachspezifischen Dokumentations- und Assessmentinstrumenten arbeiten. Zur Gewährleistung eines funktionierenden und am Partizipationsziel ausgerichteten Fallmanagements sind die fachspezifischen Informationen dabei automatisiert mit den ICF-Kategorien im übergreifenden Dokumentationssystem zu verknüpfen. An der Schweizer Paraplegiker-Forschung wie auch am Schweizer Paraplegiker-Zentrum in Nottwil wurden hierzu bereits Anstrengungen unternommen [6].

Eine übergreifende partizipationsorientierte und ICF-basierte Falldokumentation erleichtert die rehabilitationsübergreifende Prozesskoordination und damit die Umsetzung der zentralen Schritte in der Rehabilitation gemäss dem Rehab-Cycle. Dies betrifft insbesondere die Zielbestimmung basierend auf einem ganzheitlichen Assessment, die Zuweisung der Ziele zu den einzelnen Fachdisziplinen, die Umsetzung der Ziele

durch geeignete Interventionen sowie die regelmässige Überprüfung der Zielerreichung. Das übergreifende Dokumentationssystem kann Problemfelder aufzeigen, welche die Erreichung des Partizipationsziels behindern (z. B. das Nichteintreten erwarteter Veränderungen auf Subzielebene) und welche durch die fachspezifischen Dokumentationen der zuständigen Disziplinen genauer beleuchtet werden können. So kann ein ICF-basiertes Dokumentationssystem als übergreifendes Controlling-Instrument auch zum Qualitätsmanagement beitragen und gleichzeitig den Rehabilitationsfortschritt über die Gesamtrehabilitation nachvollziehbar aufzeigen, was auch für die Leistungsträger von zentraler Bedeutung ist. Mögliche Einsatzgebiete für ein solches Dokumentationssystem sind alle interdisziplinären Rehabilitationsprozesse, die primär auf den Outcome Partizipation ausgerichtet sind. Darunter fallen grössere Rehabilitationseinrichtungen, aber auch das Wiedereingliederungsmanagement im versicherungsmedizinischen Kontext. In all diesen Bereichen ist eine prozessübergreifende partizipationsorientierte Verlaufsdokumentation zentral für eine effiziente Fallführung, transparente

Abklärungen und eine effektive und nachhaltige Wiedereingliederung.

Partizipationsorientierte Dokumentation in der beruflichen Reintegration

Die Wiedereingliederung eines Betroffenen in eine bezahlte Arbeit bildet den Fokus beruflicher Reintegrationsbemühungen im versicherungsmedizinischen Kontext. Auch hier kann eine ganzheitliche, partizipationsorientierte Dokumentation die interdisziplinäre Koordination auf das Partizipationsziel «Arbeit» ausrichten und so eine effiziente und effektive berufliche Reintegration begünstigen. Dies kann anhand der folgenden Schritte umgesetzt werden (vgl. Abb. 2) [7].

Assessment und Zielbestimmung: Die ganzheitliche Erfassung der beruflichen Situation des Betroffenen bildet den Beginn beruflicher Reintegrationsbemühungen. Diese kann fachspezifisch erfolgen, soll aber im Hintergrund mit den ICF-Kategorien im Gesamtdokumentationssystem verlinkt bleiben. Zunächst ist das Jobprofil der bisherigen Tätigkeit des Betroffenen zu erfassen, d.h. die konkreten Arbeitstätigkeiten, die ein Betroffener in seiner bisherigen Tätigkeit zu ver-

richten hat (z. B. Platten legen, Lastwagen beladen) und die als Gesamtes seine Arbeitspartizipation ausmachen. In einem zweiten Schritt ist zu bestimmen, welche Anforderungen auf Aktivitätsebene (z. B. Knien, sich beugen) diesen konkreten Arbeitsaktivitäten zugrunde liegen. Dies beinhaltet auch die Festlegung des Anforderungslevels. Im Sinne eines Job-Matching-Assessments werden dann die korrespondierenden Fähigkeiten des Betroffenen auf Aktivitätsebene ermittelt (Fähigkeitsprofil), z. B. mittels einer *Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit*, und den Anforderungen auf Aktivitätsebene (Anforderungsprofil) gegenübergestellt. Mismatches zwischen Fähigkeiten und Anforderungen indizieren Rehabilitationsbedarf. Im nächsten Schritt ist die Ursache für die Mismatches festzustellen und im Schädigungs- und / oder Kontextprofil festzuhalten, was gleichzeitig Ansatzpunkte für Interventionen zur Reduktion der Mismatches bzw. zur Verbesserung der Arbeitspartizipation liefert. Dabei geht es um die Frage, welche körperlichen oder mentalen Schädigungen oder welche umwelt- oder personbezogenen Barrieren die Mismatches auslösen. So kann beispielsweise ein Mismatch bei der Aktivität Knien, die

Schädigungsprofil Körperfunktionen und -strukturen		Assessment				
		—	—	—	—	—
		5	4	3	2	1
b152 Emotionale Funktion						
b280 Schmerz						
s760 Struktur des Rumpfes						
...						

Kontextprofil Umweltfaktoren Personbezogene Faktoren		Assessment									
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		5	4	3	2	1	4	3	2	1	5
e130 Technische Hilfsmittel											
e150 Zugänglichkeit Arbeitsplatz											
e330 Arbeitgeber											
I Selbstwirksamkeit											
...											

Fähigkeitsprofil einer Versicherungsperson		Matching-Profil Assessment										Anforderungsprofil Angestammte Tätigkeit oder Verweistätigkeit	
		5	4	3	2	1	1	2	3	4	5		
Konkrete Arbeitsaktivität: Platten legen													
Partizipation													
Zugrundeliegende Fähigkeiten		Matching Aktivitäten										Zugrundeliegende Anforderungen	
d4102 Knieen												d4102 Knieen	
d4105 Sich beugen												d4105 Sich beugen	
Konkrete Arbeitsaktivität: Lastwagen beladen													
Partizipation													
Zugrundeliegende Fähigkeiten		Matching Aktivitäten										Zugrundeliegende Anforderungen	
d430 Heben und tragen												d430 Heben und tragen	
d450 Gehen												d450 Gehen	
...												...	

1= schwach ausgeprägt
5= stark ausgeprägt

Abbildung 2

Job Matching im Kontext beruflicher Reintegration

für das Plattenlegen (Partizipation) benötigt wird, durch Schmerzen (Körperfunktion) entstehen (vgl. **Abb. 2**). Gleichzeitig kann ein Mismatch bei der Aktivität Gehen, die beim Beladen eines Lastwagens (Partizipation) benötigt wird, durch eine inadäquate Prothesenversorgung (Umweltfaktor) verursacht sein. Schließlich kann auch die Bestimmung von Ressourcen auf Ebene Umweltfaktoren (z. B. Unterstützung durch den Arbeitgeber) oder personbezogener Faktoren (z. B. hohe Selbstwirksamkeit) zentrale Anhaltspunkte für die Reduktion von Mismatches bzw. die Verbesserung der Arbeitspartizipation liefern.

Basierend auf dieser umfassenden Dokumentation wird festgestellt, ob ein Potenzial für die Reintegration in die angestammte Tätigkeit besteht. Ist dies zu verneinen, kann die gleiche Art Job-Matching-Assessment für die Bestimmung geeigneter Verweistätigkeiten durchgeführt werden, was die Gegenüberstellung des Fähigkeitsprofils des Betroffenen mit standardisierten Berufsanforderungsprofilen erfordert und zusätzlich den Einbezug zentraler personbezogener Faktoren wie z. B. Ausbildung, Grundfähigkeiten oder Berufsinteressen bedingt. Im Versicherungskontext kann diese ganzheitliche Auslegung

auch für die Entscheidung dienlich sein, ob Mismatches in der bisherigen Tätigkeit oder in Verweistätigkeiten auf unfall- oder krankheitsbedingte Schädigungen oder auf kontextuelle Faktoren zurückzuführen sind, was letztlich über die Zuständigkeit des Leistungsträgers und die Art der gewährten Leistung (z. B. Reintegration in bisherige Tätigkeit, Umschulung oder Rente) bestimmt.

Zielzuweisung: Kann ein Potenzial zur Reintegration in die bisherige Tätigkeit oder in eine bestimmte Verweistätigkeit aufgezeigt werden, können mittels der Dokumentation des umfassenden beruflichen Assessments Ziele und Subziele zur Erreichung des Person-Job-Matches generiert, die entsprechenden Interventionen ausgearbeitet und an die verantwortlichen Fachdisziplinen zugewiesen werden. Interventionen können dabei auf Ebene Körperfunktion und -struktur (z. B. medizinische Massnahmen), Aktivität (z. B. Belastbarkeitstrainings), Umweltfaktoren (z. B. Hilfsmittelversorgung, Arbeitsplatzanpassung) und personbezogene Faktoren (z. B. Selbstwirksamkeitstraining) oder direkt auf Ebene der Arbeitspartizipation in der konkreten Tätigkeit (z. B. Job Coaching,

Arbeitsversuch) ansetzen. Die Subziele und Interventionen werden den zuständigen Fachdisziplinen zugewiesen (z. B. Belastbarkeitstrainings durch Physiotherapie) und können durch die Beseitigung körperlicher, mentaler und aktivitätsbezogener Einschränkungen oder kontextueller Barrieren sowie durch den Einbezug kontextueller Ressourcen (z. B. technische Hilfsmittel), die Arbeitspartizipation verbessern.

Intervention und Zielverfolgung: In der Folge werden die Interventionen zur Reduktion der Mismatches auf Aktivitätsebene bzw. zur Verbesserung der Arbeitspartizipation in der bisherigen Tätigkeit oder einer Verweistätigkeit durch die zuständigen Fachdisziplinen umgesetzt. Interventionen können bei der Person oder am Arbeitsplatz ansetzen und direkt jobbezogen (z. B. Job Coaching, Anpassungen des Arbeitsplatzes oder der Arbeitsaufgaben) oder indirekt sein (z. B. medizinische Eingriffe, Motivationstraining oder Einbezug des familiären Umfeldes).

Zielevaluation: Der Fortschritt der Interventionen auf Subzielebene, die Veränderung des Mismatches auf Aktivitätsebene und die darauf basierende Annäherung ans Partizipationsziel wird durch eine ganzheitliche Verlaufsdokumentation evaluiert, festgehalten und wenn nötig angepasst. Dabei steht das Matching-Profil mit seinem direkten Bezug zur Arbeitspartizipation im Zentrum. Durch die Visualisierung der Determinanten der Mismatches und die Ausrichtung am übergreifenden Partizipationsziel erlaubt die Dokumentation eine nachvollziehbare Darstellung der Annäherung ans Partizipationsziel als Basis für die Evaluation des Interventionserfolgs. Die berufliche Reintegrationsphase endet mit einer fundierten Schlussevaluation und der Beantwortung der folgenden zentralen Fragen: Sind alle Mismatches im Matching-Profil geschlossen und der Betroffene somit wiedervollständig arbeitsfähig? Sind die zentralen Mismatches zum Teil geschlossen und der Betroffene wieder teilweise arbeitsfähig? Ist durch weitere Massnahmen keine weitere Reduktion der Mismatches mehr zu erwarten, besteht also keine Chance mehr zur Steigerung der Arbeitsfähigkeit und soll somit der Fall-

abschluss (die Berentung) angestrebt werden?

Ausblick

Partizipation stellt den grössten gemeinsamen Nenner im Gesundheitswesen dar und ist sowohl für das Individuum als auch für die Gesellschaft von höchster Relevanz. Das ICF-Modell liefert eine ganzheitliche Denkweise für die Planung, Umsetzung und Strukturierung eines partizipationsorientierten Rehabilitations- und Reintegrationsmanagements. Zusätzlich bilden die ICF-Kategorien und die darauf basierenden ICF-Core-Sets eine gemeinsame Sprache für ein übergeordnetes Dokumentationssystem innerhalb einer Rehabilitationsklinik oder innerhalb eines versicherungsmedizinischen Abklärungs- und Reintegrationsprozesses.

Um den partizipationsorientierten und ICF-basierten Ansatz im Schweizer Gesundheitswesen zu etablieren, muss aber zunächst die ICF-basierte Denkweise in den verschiedenen am Rehabilitationsprozess beteiligten Fachdisziplinen Fuss fassen. Dies bedingt die Vermittlung dieser Denkweise in der Ausbildung der einzelnen Fachdiszipli-

nen, insbesondere auch in der medizinischen Grundausbildung, was auf Weiterbildungsebene auch die Schaffung eines Vertiefungslehrgangs zum Rehabilitationskoordinator beinhalten kann. Im praktischen Anwendungskontext ist die Bereitschaft der verschiedenen Disziplinen, interdisziplinär zu denken und zu handeln, entscheidend für den Erfolg eines übergreifenden Vorgehens. Dies setzt voraus, dass die einzelnen Fachdisziplinen sich ihrer Position im Gesamtsystem bewusst sind und verstehen, auf welcher Ebene sie zum übergeordneten Partizipationsziel beitragen. Zudem ist das Bewusstsein zu schärfen, dass der Beitrag aller Disziplinen für die Erreichung des Partizipationsziels zentral ist und dass fehlende Dokumentationen einer Fachdisziplin sich gleichsam dem Ausfall eines Zahnrads in einem Gesamtsystem negativ auf die Zielerreichung auswirken.

Voraussetzung für die Etablierung und Weiterentwicklung eines partizipationsorientierten Vorgehens ist auch eine kritische und reflektierte Grundhaltung, die es dem Anwender erlaubt, die postulierten Stärken ICF-basierter Dokumentation zu hinterfragen und ihre Schwächen zu

erkennen und zu thematisieren. Dies soll einhergehen mit dem Bewusstsein, dass die Anwendung der ICF nicht ein Allheilmittel zur Meisterung von Herausforderungen im Rehabilitationskontext darstellt. Hier ist auch die Forschung gefordert, evidenzbasierte und benutzerfreundliche Dokumentationsinstrumente für den klinischen Gebrauch zu entwickeln und diese anhand solider Outcomekriterien (z. B. Effizienzsteigerung der Prozesse, Nachhaltigkeit der beruflichen Reintegration) zu testen. Um die Brauchbarkeit und Akzeptanz solcher ICF-basierter Dokumentationsinstrumente zu gewährleisten, ist die Mitwirkung von Vertretern aus der Praxis bei der Entwicklung und Testung unabdingbar.

Schliesslich braucht es für die Etablierung einer ICF-basierten Vorgehensweise aber nicht nur Pioniergeist aus Forschung und Praxis, sondern auch die entsprechende Unterstützung von Seiten Leistungsträger und Gesundheitspolitik. Den Versicherungsträgern muss klar werden, dass ein an der Partizipation und weniger an der Diagnose ausgerichteter Abklärungs- und Reintegrationsprozess zu einer validieren, nachvollziehbareren und effektiveren

Leistungsbestimmung beiträgt. Auch wenn dies kurzfristig Investitionen im Sinne von Weiterbildungen oder Umstellungen der Dokumentationssysteme bedeutet, kann es sich mittel- und langfristig in Form effizienter Prozesse und einer nachhaltigen Wiedereingliederung auszahlend auf Ebene der bundesgerichtlichen Gesetzgebung muss man sich zusätzlich mit der Frage auseinandersetzen, ob der in der 5. IV-Revision bekräftigte Fokus auf Wiedereingliederung vor Rente ausreichend in die Abklärungs- und Reintegrationspraxis der Sozialversicherungen Einzug gehalten hat oder ob über das BGE 141 V 281 [8] hinaus klarere Richtlinien für eine partizipationsorientierte und funktionsbasierte Dokumentation im Rahmen versicherungsmedizinischer Abklärungen notwendig sind.

Literatur

1. Fries W. Rehabilitation for participation: current state. In: Fries W., H. Lössl, S. Wagenhäuser (Hrsg.). *Participating! New concepts of neurorehabilitation – for a successful return to work and everyday life*. Stuttgart: Thieme; 2007. p. 1–6.
2. Staubli S., U. Schwegler, K. Schmitt und B. Trezzini (2015). *ICF-Based Process Management in Vocational Rehabilitation for People with Spinal Cord Injury*. In: R. Escorpizo, S. Brage, D. Homa und G. Stucki (Hrsg.), *Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation: Application and implementation of the ICF*. New York, Springer: 371-396.
3. Steiner W.A., L. Ryser, E. Huber, D. Uebelhart, A. Aeschlimann und G. Stucki (2002). Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Physical Therapy* 82(11):1098-107.
4. Grotkamp S.L., W.M. Cibis, E.A.M. Nüchtern, G. von Mittelstedt, W.K.F. Seger (2012). Personal factors in the International Classification of Functioning, Disability and Health: Prospective Evidence. *The Australian Journal of Rehabilitation Counseling* 18 (1):1-24.
5. Schwegler U., M. Selb, R. Escorpizo und G. Stucki (2015). Selection of ICF Core Sets

- for Functioning Assessments in Disability Evaluation Toward the Assignment to Return to Work Programs and /or Disability Benefits. In: R. Escorpizo, S. Brage, D. Homa und G. Stucki (Hrsg.), Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation: Application and implementation of the ICF. New York, Springer: 413-435.
6. Prodingen B., A. Tennant, G. Stucki, A. Cieza, B. Üstün (2016). Harmonizing routinely collected health information for strengthening quality management in health systems: requirements and practice. Journal of Health Service Research and Policy 21(4):223-8.
 7. Schwegler U. (2017). ICF und ressourcenorientierte Abklärung der Arbeitsfähigkeit. In: Riemer-Kafka (Hrsg.). Das indikatorenorientierte Abklärungsverfahren, 18. Zentrumstag Luzern 2017, Bern (erscheint demnächst).
 8. Traub A. (2016), BGE 141 V 281 – Auswirkungen des Urteils auf weitere Fragestellungen, in: Kieser (Hrsg.), Sozialversicherungsrechtstagung 2016, Zürich, S. 117ff.

Korrespondenzadresse

Dr. Urban Schwegler
 Projektleiter
 Schweizer Paraplegiker-Forschung
 Guido A. Zäch Strasse 4
 6207 Nottwil
urban.schwegler@paraplegie.ch

ICF und Begutachtung aus juristischer Sicht

Andreas Traub

Schweizerisches Bundesgericht, Luzern

Résumé

Toute évaluation d'un droit à prestations repose sur la détermination de l'incapacité de travail. Il faut également définir dans quelle mesure la personne présentant des problèmes de santé pourrait mieux participer à son travail (ou dans son domaine de compétences, par exemple à la maison). Les assureurs et les tribunaux sont tributaires, là comme ailleurs, des connaissances relevant de la médecine des assurances. On attend des experts médicaux qu'ils déduisent rationnellement la restriction fonctionnelle à l'aide de critères reconnus et qu'ils présentent ce processus de manière parfaitement intelligible. En la matière, la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) constitue l'outil approprié. Il est tout naturel de l'utiliser également pour la clarification des possibilités de réinsertion. Des expertises relevant de la médecine des assurances qui obéissent à une structure CIF répondent parfaitement aux besoins en informations des juristes en droit des assurances sociales. Ceci devrait s'appliquer par analogie

également au domaine des assurances privées couvrant la perte de gain.

Zusammenfassung

Bei der Beurteilung eines Rentenanspruchs steht die Ermittlung der Arbeitsunfähigkeit im Zentrum. Zugleich gilt es herauszufinden, wie die Teilhabe der gesundheitlich beeinträchtigten Person im Beruf (oder in einem Aufgabenbereich wie dem Haushalt) verbessert werden kann. Versicherungsträger und Gerichte sind hier wie dort auf versicherungsmedizinisches Fachwissen angewiesen. Von den ärztlichen Sachverständigen wird erwartet, dass sie die funktionelle Einschränkung anhand anerkannter Kriterien rational herleiten und diesen Vorgang gut nachvollziehbar darlegen. Dazu hat die «Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit» (ICF) geeignetes Werkzeug anzubieten. Es liegt nahe, dieses auch für die Abklärung von Eingliederungsmöglichkeiten zu benutzen. Versicherungsmedizinische Begutachtungen, welche einer «ICF-Struktur» folgen, kommen den Informationsbedürfnissen der Rechtsanwender im Sozialversicherungsrecht stark entgegen. Dies dürfte sinngemäss auch für den

Bereich privater Erwerbsausfallversicherungen gelten.

1. Der rechtliche Rahmen für die versicherungsmedizinische Evaluation von Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit ist die «(...) 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 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Im Zusammenhang mit der Prüfung eines Rentenanspruchs ist die Arbeitsunfähigkeit meist nicht nur bezüglich der vor dem Auftreten der gesundheitlichen Probleme ausgeübten Arbeit festzulegen, sondern vor allem auch mit Blick auf die noch in Betracht fallenden «leidensangepassten» Tätigkeiten. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit weist eine rechtliche und eine medizinische Seite auf: «Jedenfalls in der IV tragen Recht und Medizin, je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten, zur Feststellung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit bei» (BGE 141 V 281 E. 5.2.3).

Gesetz und Rechtsprechung formulieren für die Invaliden- und die (obligatorische) Unfallversicherung gewisse Anforderungen, von denen abhängt, ob eine medizinische Begutachtung beweistauglich ist, das heisst, ob ihre Ergebnisse als Grundlage für eine Entscheidung über Versicherungsleistungen dienen können (vgl. BGE 141 V 281 und 141 V 574 E. 5.2). Die beiden Hauptanforderungen ergeben sich aus Art. 7 Abs. 2 ATSG: «Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.» Das Bundesgericht hat diese Prinzipien bisher auf psychische Leiden bezogen konkretisiert. Die betreffende Rechtsprechung ist aber verallgemeinerungsfähig:

- Gesetzlich versichert sind «*ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung*». Ausgangspunkt für alle gutachterlichen Feststellungen und Überlegungen ist die medizinische Befundlage, soweit diese einer anerkannten Diagnose zugeordnet werden kann: Funktionelle Ausfälle sind nur

anspruchserheblich, wenn sie Befunden entsprechen, die schon für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgebend gewesen sind (BGE 141 V 281 E. 2.1 mit Literaturhinweisen).

- Die Vorgabe, wonach zu einer Arbeits- resp. Erwerbsunfähigkeit nur beiträgt, was «aus objektiver Sicht nicht überwindbar» ist, meint, dass es für die Beurteilung, wie weit der versicherten Person eine Arbeitsleistung noch zumutbar ist, nicht auf deren subjektives Empfinden ankommt. Der Gutachter muss eine objektive Sicht einnehmen, indem er sich nicht von der Selbsteinschätzung der betroffenen Person leiten lässt (BGE 141 V 281 E. 3.7.1).

Die Rechtsanwender überprüfen die gutachterlichen Angaben insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die genannten versicherungsmedizinischen (und damit im Grunde genommen versicherungsrechtlichen) Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob die attestierte Arbeitsunfähigkeit ausschliesslich auf Funktionsausfälle zurückzuführen ist, welche ihrerseits Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung darstellen, so-

wie ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung nach objektiven Massstäben erfolgt ist (BGE 141 V 281 E. 5.2.2). Trifft dies – überprüfbar – zu, ist die Rechtsanwendung grundsätzlich an die gutachterlichen Feststellungen gebunden. Einen verbindlichen methodischen Standard, wie die funktionellen Folgen einer versicherten Gesundheitsschädigung festzustellen sind, gibt es aber bisher nicht.

2. ICF und Begutachtung

2.1. Modell zur Umsetzung der rechtlichen Anforderungen

Erfolgen gutachterliche Festlegungen nach nicht standardisierten und daher zwangsläufig uneinheitlichen Regeln, so ist eine gleichmässige Rechtsanwendung (Art. 8 Abs. 1 Bundesverfassung) nicht sichergestellt. Gerade Funktionseinschränkungen bei psychischen und psychosomatischen Leiden sind kaum messbar, ihre erwerblichen Auswirkungen nicht evident. Aus rechtlicher Sicht ist es daher zu begrüssen, dass immer mehr medizinische Sachverständige dazu übergehen, für die Einschätzung von Arbeitsunfähigkeiten auf die ICF zurückzugreifen. Eine ICF-geleitete Ausübung des medizinischen Ermessens

hilft, die im angestammten Beruf oder in Verweisungstätigkeiten anfallenden funktionellen Auswirkungen der diagnostizierten Gesundheitsschädigung konkret zu benennen sowie die Herleitung der Arbeitsunfähigkeit transparent und plausibel darzustellen. Werden die Ergebnisse der Begutachtung dadurch besser reproduzierbar, so gewinnt die gutachterliche Stellungnahme an Beweiskraft.

Als Klassifikation, anhand welcher Komponenten der Funktionsfähigkeit definiert und kodiert werden, dient die ICF traditionell den Bedürfnissen der Rehabilitationsmedizin. Indessen wird sich auch die Versicherungsmedizin zunehmend gewahr, dass die ICF für die gutachterliche Einschätzung der funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen nützlich sein kann. Dabei geht es freilich nicht um das Klassifikationssystem als solches mit seinen zahllosen Kategorien; massgebend ist die ICF vielmehr im Sinne eines «Denkmodells» (Riemer-Kafka et al., S. 140). Dieses Modell ist (auch) *ressourcenorientiert*. Es passt daher zu dem mit BGE 141 V 281 eingeleiteten Paradigmenwechsel, wonach Ressourcen systematisch einbezogen werden. Die früher vorherrschende defizitorientierte Sichtweise war

nicht nur schlecht mit dem Grundsatz der Schadenminderung vereinbar; sie war auch nicht geeignet, eine effektive Entschädigung tatsächlicher Ausfälle zu gewährleisten: Denn es brauchte Korrektive, mit denen wenn nötig eingegriffen und sichergestellt werden konnte, dass die Bezifferung der Arbeitsunfähigkeit auf das gesetzlich vorgesehene Mass begrenzt bleibt. Mit einer systematischen Erfassung und Einbeziehung auch von Ressourcen sinkt die Gefahr, dass solche Korrektive im Einzelfall allzu schematisierend eingesetzt werden und dadurch tatsächlich vorhandene Defizite ignoriert werden.

2.2. Auf der ICF beruhende Instrumente

In der Begutachtungspraxis bewähren sich kompakte, auf das versicherungsmedizinisch Wesentliche reduzierte Arbeitsinstrumente (*core sets*). Im psychiatrischen Bereich wird das «Mini-ICF-APP Rating» nach Linden mit seinen 13 «Fähigkeiten» (vgl. S. 21 **Abb. 2**) und dazugehörigen «Ankerdefinitionen» verwendet. Dieses Konzept beinhaltet Kategorien, die für die versicherungspsychiatrische Begutachtung üblicherweise bedeutsam sind. Solche Standardkataloge von erwerbsrelevanten

Fertigkeiten sorgen für eine gewisse Einheitlichkeit und Vergleichbarkeit der erfassten Funktionen.

Im Rahmen der Nationalfondsstudie «Reliable psychiatrische Begutachtung im Rentenverfahren» (RELY-Studie) entwickelte eine Projektgruppe am Universitätsspital Basel ein «Instrument für Funktionelle Aussagen in der Psychiatrie» (IFAP). Dieses sieht unter anderem ein funktionsorientiertes Interview als zentralen Bestandteil der gutachterlichen Abklärung vor. Danach erhebt der Gutachter konkrete mentale Funktionsstörungen, um diese dann den konkreten Erfordernissen einer infrage kommenden Erwerbstätigkeit gegenüberzustellen.

2.3. Relevante Elemente des ICF-«Frameworks»

Folgende Komponenten des begrifflichen Gerüsts (Framework) der ICF (vgl. dazu Riemer-Kafka et al., S. 141 ff.) spielen eine Rolle bei der versicherungsmedizinischen Begutachtung:

- 1) die pathologische Veränderung von Körper- bzw. psychischen Strukturen und die damit einhergehende Beeinträchtigung von körperlichen und psychischen *Funktionen*;

- 2) die Auswirkung der Funktionseinbussen auf Aktivitäten: beschreibt das Potenzial in einer standardisierten Umwelt (*Capacity*);
- 3) die Teilhabe an Erwerb und/oder Aufgabenbereich: beschreibt das effektiv zurechenbare Leistungsvermögen unter Berücksichtigung von Umwelt- und personbezogenen Faktoren (aus medizinischer Sicht tatsächlich zumutbare Leistung; *Performance*).

Ausgehend von diesen Elementen wird im Folgenden ein drei Schritte umfassendes Programm für eine gutachterliche Herleitung der Arbeitsunfähigkeit skizziert. Dieses soll zu Ergebnissen führen, die als Grundlage für die Prüfung eines Rentenanspruchs herangezogen werden können, weil sie den rechtlichen Rahmenbedingungen folgen, nach einer erkennbaren Methodik hergeleitet und für den Rechtsanwender nachvollziehbar aufbereitet sind. Die vorgeschlagene Vorgehensweise ist in erster Linie auf die öffentlich-rechtlichen Rahmenbedingungen gemäss ATSG, IVG und UVG abgestimmt. Soweit sich die vertraglichen Parameter von privaten Erwerbsausfallversicherungen nicht wesentlich davon

unterscheiden, sind die betreffenden Überlegungen dort wohl gleichermaßen von Interesse.

3. Herleitung der Arbeitsunfähigkeit anhand der ICF-Methodik

Vgl. zum Ganzen auch Riemer-Kafka et al., S. 166 ff.

3.1. Bestandesaufnahme der diagnostisch bedeutsamen Befunde sowie der beeinträchtigten und intakten Funktionen

Ausgangspunkt für die Einschätzung einer Arbeitsunfähigkeit sind die pathologischen Befunde (Störung der körperlichen oder psychischen Strukturen), welche die fachärztliche Diagnose begründen. Ausführliche Feststellungen über die konkreten Symptome der diagnostizierten Gesundheitsschädigung sind unabdingbar, um darauf zurückzuführende Funktionseinschränkungen von den (direkten) Auswirkungen nicht versicherter Faktoren trennen zu können.

Es folgt eine Bestandesaufnahme derjenigen Einbussen an körperlicher, psychischer sowie geistig-kognitiver *Funktion*, welche mit den pathologischen Befunden identisch oder direkt aus ihnen

ableitbar sind. Darzustellen sind zugleich intakte Funktionen. Diese bilden eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Eingliederungsmöglichkeiten.

3.2. Umschreibung des Potenzials (Capacity): Bestimmung des erwerbsrelevanten Funktionsprofils und von geeigneten Tätigkeiten

In einem zweiten Schritt werden die erhobenen funktionellen Verhältnisse in ein Anforderungsprofil für leidensangepasste Arbeiten umgesetzt, welche den sprachlichen Fertigkeiten, der Ausbildung etc. entsprechen. Gesundheitsschädigungsbedingte Defizite in erwerbs- und aufgabenbereichstypischen Fertigkeiten sowie – komplementär dazu – unbeeinträchtigte Aktivitäten, die den intakten Funktionen entsprechen, werden mit den Erfordernissen der infrage kommenden Erwerbsmöglichkeiten (resp. des fraglichen Aufgabenbereichs) verglichen («Job-Matching»). Dies erlaubt es, geeignete Tätigkeitsfelder zu identifizieren. Freilich ist es nicht Sache der medizinischen Sachverständigen, Berufsbilder und konkrete Einsatzmöglichkeiten im Arbeitsmarkt aufzuzeigen; Verweisungstätigkeiten müssen anschliessend durch Fachleute des Arbeitsmarkts bezeichnet werden.

Gegenstück des Anforderungsprofils für leidensangepasste Tätigkeiten ist das Leistungspotenzial («Capacity»), wie es in einem neutralen, standardisierten Umfeld (ohne Kontextfaktoren) besteht. Der Sinn einer Darstellung des – in der Sprache der ICF – «höchstmöglichen Niveaus der Funktionsfähigkeit in einer Standardumwelt» besteht darin, mögliche Spielräume und sichere Grenzen der Schadenminderung aufzuzeigen. Es werden Potenziale für berufliche Integrations- und Rehabilitationsmassnahmen (vgl. Art. 7d ff. IVG) sichtbar. Zudem können bereits in diesem Rahmen zeitliche Einschränkungen und solche bezüglich der Leistungsdichte (Rendement) definiert werden, die sich aus den funktionellen Beeinträchtigungen zwingend ergeben und daher auch unter den günstigsten Voraussetzungen zu beachten sein werden. Besonderheiten des persönlichen und sozialen Kontextes werden auf dieser Stufe aber noch ausgeklammert.

3.3. Einschätzung der effektiv zumutbaren Leistung (Performance): Grad der Arbeitsunfähigkeit

Den Überlegungen entsprechend, welche in der ICF unter dem Titel «Teilhabe» (Partizipation: Einbezogenheit in eine Lebenssituation) laufen, filtert der medizinische Gutachter schliesslich aus dem vorher definierten Potenzial die effektive Arbeitsunfähigkeit (Einschränkung bezüglich Arbeitszeit und Rendement) heraus. Die tatsächlich mögliche und auch zumutbare Leistung («Performance») hängt von den individuellen Kontextfaktoren ab. Diese beeinflussen die Schwere und Dauer der funktionellen Auswirkungen einer Gesundheitsschädigung. Die Kontextfaktoren erscheinen als «personbezogene» oder Umweltfaktoren; sie können die Leistung hemmen (bspw. ein besonders schwieriges soziales oder familiäres Umfeld, belastende biografische Faktoren, das Alter) oder fördern (z. B. ein stützendes soziales Umfeld). Dass für die Bestimmung der anrechenbaren Folgen auch soziale sowie in der Persönlichkeit der versicherten Person liegende individuelle Merkmale massgebend sind, widerspricht den rechtlichen Vorgaben nicht. Denn der im Hinblick auf Rentenleistungen geltende

Krankheitsbegriff klammert soziale Faktoren nur so weit aus, als es darum geht, die für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit massgeblichen kausalen Faktoren zu umschreiben. Dagegen werden die funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen sowohl mit Blick auf besondere Ressourcen wie auch auf psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren eingeschätzt. Letztere tragen zur Arbeitsunfähigkeit bei, soweit sie eine verselbständigte Gesundheitsschädigung aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad ihrer Folgen beeinflussen. Wesentlich ist, dass sich Arbeitsunfähigkeit stets als Produkt der Kausalkette «diagnoserelevanter pathologischer Befund – Funktionsausfall – Aktivitätseinbusse» darstellt. Die nicht versicherten direkten Auswirkungen von sozialen Belastungen bleiben automatisch ausgeklammert, wenn die Arbeitsunfähigkeit konsequent aus den diagnoserelevanten Befunden und den sich daraus ergebenden Funktionsausfällen abgeleitet wird (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3).

Im Bereich der psychischen Leiden wird die Festsetzung der Arbeitsunfähigkeit durch inhaltliche Wegweiser, die sogenannten *Indikatoren*, gesteuert (vgl. BGE

141 V 281 E. 4). In angepasster Form eignen sich die Indikatoren m. E. für die Folgenabschätzung bei allen Arten von Gesundheitsschädigungen. Der Indikatorenkatalog soll eine Gesamtschau ermöglichen. Er erfasst daher sämtliche für die Einschätzung der quantitativen Arbeitsunfähigkeit nützlichen Elemente, angefangen von den Eigenschaften der gesundheitlichen Beeinträchtigung («Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» [BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1], «Komorbiditäten» [E. 4.3.1.3]) bis hin zu den individuellen Kontextfaktoren. Die Indikatoren fokussieren (im Gegensatz zum früheren Kriterienkatalog) nicht mehr nur auf Belastungen, sondern auch auf Ressourcen (dazu BGE 141 V 281 E. 4.1.1, im Einzelnen «Persönlichkeit» [E. 4.3.2], «sozialer Kontext» [E. 4.3.3], «konsistente Einschränkung in verschiedenen Lebensbereichen» [E. 4.4.1], ferner implizit auch «Behandlungs- und Eingliederungserfolg» [E. 4.3.1.2]).

Weiterführende Literatur

1. DeBoer / Marelli / Fischer / Jeger / Hoffmann-Richter / Eichhorn / Colomb / Mager / Kunz, Die funktionsorientierte Begutachtung in der Psychiatrie: Ein Manual, Universitätsspital Basel, 2016.
2. Jeger Jörg, Unklare Beschwerdebilder: Ist die Rechtsprechung klar? Von der Überwindbarkeitspraxis zum Beweis der Behinderung, in: Kieser (Hrsg.), Sozialversicherungsrechtstagung 2015, Zürich 2016, S. 95 ff.
3. Linden / Baron / Muschalla, Mini-ICF-APP: Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen, Bern 2009.
4. Riemer-Kafka Gabriela (Hrsg.), Versicherungsmedizinische Gutachten: Ein interdisziplinärer juristisch-medizinischer Leitfaden, 3. Auflage, Bern / Basel 2017, S. 140 ff.
5. Schwegler Urban, ICF und ressourcenorientierte Abklärung der Arbeitsfähigkeit, in: Riemer-Kafka (Hrsg.), Das indikatorenorientierte Abklärungsverfahren, 18. Zentrumstag Luzern, Bern 2017 (erscheint demnächst).
6. Traub Andreas, BGE 141 V 281 – Auswirkungen des Urteils auf weitere Fragestellungen, in: Kieser (Hrsg.), Sozialversicherungsrechtstagung 2016, Zürich 2017, S. 117 ff.

7. Weitere Literaturangaben finden sich bei Riemer-Kafka, S. 179 ff.

Korrespondenzadresse:

Dr. iur. Andreas Traub
c / o Schweizerisches Bundesgericht
Schweizerhofquai 6
6004 Luzern.
andreas.traub@bger.ch

Schadenminderungspflicht – Relevanz für Mediziner und Gutachter

Hubert Bär

Schweizerischer Versicherungsverband

La version française de l'intégralité de cet article sera publiée dans l'Infoméd 2018/1.

1. Ausgangslage

Nach einem Unfall oder bei einer schweren Krankheit ist die primäre Erwartung des Patienten, dass der Arzt ihn möglichst optimal behandelt und idealerweise die Gesundheit vollkommen wiederhergestellt werden kann. Der Arzt seinerseits will den Patienten bestens versorgen und ein optimales Resultat (Wiederherstellung der körperlichen Integrität) erreichen. Die Aufgabe des Arztes und die Hoffnung des Patienten decken sich.

Sehr bald nach Beginn der akuten Heilungsbemühungen rücken oft finanzielle Bedürfnisse des Patienten in den Vordergrund und es stellen sich auch rechtliche Fragen des Straf- und Versicherungsrechtes, welchen sich primär der Patient, aber eben auch der Mediziner stellen muss. Der beauftragte Arzt ist nämlich gegenüber Strafbehörden, Sozial- und anderen Versicherern von

Gesetzes wegen oder vertraglich verpflichtet, wahrheitsgemäss Auskunft über den Gesundheitszustand des Patienten zu geben. Das führt zu einem vom Recht geschaffenen Dilemma zwischen Fürsorgepflicht gegenüber dem Patienten und Wahrheitspflicht gegenüber auskunftsberechtigten Dritten.

Der Arzt muss allenfalls noch während der Heilbehandlung über Zusammenhänge zwischen Krankheit und Aktivitätsvermögen/-willen des Patienten urteilen und Fragen beantworten, welche nicht seine Kernkompetenz betreffen. Um finanzielle Folgen eines Unfalles oder einer Krankheit klären zu können, bedarf es rechtlich der Beurteilung des kausalen Zusammenhanges zwischen Ursache und Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung. Kausalität kann man aber medizinisch (faktisch zurechenbar) und juristisch (rechtlich zurechenbar) allenfalls anders verstehen. Mediziner kennen die evidenzbasierte Medizin und beurteilen Gesundheitszustände erfahrungsgemäss empirisch. Juristen beurteilen das Leistungsvermögen unter Berücksichtigung der rechtlichen Vorgaben von Gesetz und Gerichten, verlangen mithin eine objektiviertere Analyse medizinischer

Krankengeschichten. Die eine Sicht ist mensch- und behandlungsbezogen, die andere die rechtliche Einordnung von Tatsachen. So kann Invalidität (Versehrtheit des Körpers) eben medizinisch anders beurteilt werden als juristisch (tatsächliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit).

Was sich die verletzte Person selber (subjektiv) zutraut zur Verbesserung der Gesundheit oder Leistungsfähigkeit beitragen zu können, ist ein entscheidender Faktor in diesem Beurteilungsprozess. Der Patient ist nicht nur Gegenstand der Betrachtung, er hat auch eine Aufgabe. Der Patient selber soll nämlich das Mögliche tun, dass Kosten durch Krankheit und Unfall möglichst tief bleiben. Gemeint sind da sowohl Heilungs- wie auch Reintegrationsbemühungen. Sein Beitrag wird von den Juristen als «Schadenminderungspflicht» umschrieben.

Weil der Gesundheitsschaden einerseits im Interesse der Versichertengemeinschaft möglichst klein gehalten, die Entschädigung des Versicherten aber gesetzeskonform ausfallen soll, muss jemand den juristisch objektiven Schaden unter Berücksichtigung des zumut-

baren Mitwirkens des Patienten beurteilen. An dieser Beurteilung hat der medizinische Gutachter wesentlichen Anteil.

Primär wird in diesem Aufsatz die gesetzliche Grundlage dieser Schadenminderungspflicht unter Hinweis auf die Erwartung an den Exploranden umschrieben. Anhand einiger aus Urteilen abgeleiteten Kriterien kann sich der medizinische Gutachter ein Bild darüber machen, was in den verschiedenen Sozialversicherungszweigen und bei versicherungs- und haftpflichtrechtlichen Streitigkeiten zwecks Schadenminderung vom Exploranden erwartet wird. Daraus kann er ableiten, welche Aussagen zur Schadenminderungspflicht von ihm als Mediziner erwartet werden.

1.1. Definition Schadenminderungspflicht

Die Schadenminderungspflicht findet sich als Begriff nirgends im Gesetz. Sie ist ein unbestimmter Rechtsbegriff oder Grundsatz aus dem Haftpflicht- und Sozialversicherungsrecht. Es ist der Ausfluss des rechtsstaatlichen Grundsatzes des Handelns nach Treu und Glauben. Gemäss Bundesverfassung ist der

Staat zu Handeln nach Treu und Glauben gegenüber den Bürgern verpflichtet (Art. 5 und 9 BV). Im Verhältnis unter Privaten findet man den Grundsatz im schweizerischen Zivilgesetzbuch Art. 2 ZGB. Demnach hat jedermann in der Ausübung seiner Rechte und in der Erfüllung seiner Pflichten nach Treu und Glauben zu handeln. Der offenbare Missbrauch eines Rechtes findet keinen Rechtsschutz. Das ist der Grund für die Verpflichtung des Geschädigten, seinen Schaden möglichst gering zu halten und seine an sich missliche Situation nicht zulasten des Schädigers zu missbrauchen. Dieser Grundsatz findet sich in allen Schadenausgleichssystemen in irgendeiner Form und Begrifflichkeit wieder.

Die Bezeichnung Schadenminderungspflicht bezeichnet den Grundsatz also unzutreffend. Die Pflicht entpuppt sich nach obigen Ausführungen eher als Obliegenheit des Geschädigten. Es geht auch nicht darum, den entstandenen Schaden zu mindern. Entstandener Personenschaden ist per se ein Fakt, höchstens heilbar oder Verdienstaufälle resultierend aus gesundheitsbedingten Einschränkungen ersetzbar. Es kann bei der «Schadenminderungspflicht» folglich nur darum gehen,

- a. entstandenen Schaden nicht anwachsen zu lassen (durch Behandlung)
- b. künftigen Schaden möglichst zu vermeiden / tief zu halten (durch Pflege, Umschulung, Reintegration etc.)

Die Nichtbeachtung der Obliegenheit durch den Geschädigten hat Konsequenzen. Sie führt zu teilweisem oder totalem Verlust des Ersatzanspruches des Geschädigten. Es gilt also für den Geschädigten der Grundsatz schonender Inanspruchnahme des Schädigers / Schadenersatzrechtes.

Die für die Versicherer häufigsten Anwendungsformen der «Schadenminderungspflicht» finden sich in den folgenden Rechtsgebieten und unter folgenden noch auszuführenden Begrifflichkeiten:

- allg. Teil Sozialversicherung (ATSG) und Unfallversicherung (UVG):
Auskunfts- und Mitwirkungspflicht
- Krankenversicherung (KVG):
Wirtschaftlichkeit als Voraussetzung der Leistung
- Invalidenversicherung (IV):
aktive Teilnahme an zumutbaren Massnahmen

- **Haftpflichtrecht (OR):**
Schadenminderungspflicht i.e.S.
(=Umstände, für die der Geschädigte einstehen muss)
- **Versicherungsvertragsrecht (VVG):**
Obliegenheitsverletzung

2. Schadenminderung in Recht und Praxis verschiedener Rechtsgebiete

Im Folgenden wird die gesetzliche Grundlage in diversen Rechtsgebieten kurz dargestellt und anhand von Gerichtsbeispielen die Praxis dazu illustriert.

2.1. im ATSG und UVG – Auskunft- und Mitwirkungspflicht

Der allgemeine Teil des Sozialversicherungsrechtes gilt für alle Sozialversicherungszweige und wird im ATSG geregelt. Aufgrund von Art. 21 ATSG kann der versicherten Person die Leistung vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden, wenn sie sich einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben entzieht oder widersetzt. Personen, die Versicherungsleistungen beanspruchen, haben alle Personen und Stellen, namentlich Arbeitgeber, Ärztinnen und Ärzte, Versicherungen sowie Amtsstellen im Einzelfall zu ermächtigen, die Auskünfte zu erteilen,

die für die Abklärung von Leistungsansprüchen erforderlich sind. Diese Personen und Stellen sind zur Auskunft verpflichtet (Art. 28,3 ATSG). Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen.

In BGE 9C_385 / 2014 hat das Bundesgericht den Fall einer adipösen Arztgehilfin beurteilt. Die IV zahlte die Magenbandoperation, verweigerte dann aber weitere Leistungen deswegen, weil sie der Patientin vorwarf, zu lange mit dem Muskelaufbau zugewartet zu haben, weshalb sich die Wiedereingliederung massiv verlängerte. Im Urteil wurde explizit erwähnt, dass infolge der im gesamten Sozialversicherungsrecht geltenden allgemeinen Schadenminderungspflicht und der daraus abgeleiteten Selbsteingliederungslast versicherte Personen, bevor sie Leistungen beantragen, alles vorzukehren haben, um die Folgen ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung bestmöglich zu mildern. Es kann also auch notwendig sein, darüber zu urteilen, ob Behandlungen oder Therapien die Eingliederung fördern. Die willentliche Unterlassung bedarf aber

wegen der daraus folgenden Rechtsfolge eines rechtsgenügenden Beweises. Im vorliegenden Fall hätte ein Muskelaufbau ohne Weiteres eine schnellere Eingliederung gefördert und wäre auch zumutbar gewesen (vgl. zur Zumutbarkeit auch gleich nachstehenden Fall unten).

Gemäss Unfallversicherungsgesetz hat der Anspruchsberechtigte einen Unfall unverzüglich zu melden (Art. 45 UVG). Der Versicherer kann unter angemessener Rücksichtnahme auf den Versicherten und seine Angehörigen die nötigen Anordnungen zur zweckmässigen Behandlung des Versicherten treffen (Art. 48 UVG). Weigert sich ein Versicherter ohne zureichenden Grund, sich einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederungsmassnahme zu unterziehen, so werden ihm nur die Leistungen gewährt, die beim erwarteten Erfolg dieser Massnahmen wahrscheinlich hätten entrichtet werden müssen (Art. 61 UVV).

In BGE 8C_662 / 2013 verweigerte ein Modellflugbauer wegen Klaustrophobie eine notwendige Magnetresonanztuntersuchung an seiner verletzten Schulter. Das Bundesgericht stellte dem Grundsatz nach klar, dass einer versicherten

Person die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden können, wenn diese sich einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, entzieht oder widersetzt oder wenn sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu beiträgt. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden samt angemessener Bedenkzeit. Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, seien nicht zumutbar. Eine Magnetresonanztuntersuchung zwecks Abklärung der therapeutischen Möglichkeiten bei Schulterverletzung wäre in casu aber zumutbar gewesen. Aber weil der Versicherer nicht explizit auf der Untersuchung bestand und die Folgen der Schadenminderungspflicht nicht aufzeigte (Leistungsverweigerung), wurde die Leistungskürzung abgelehnt.

2.2. im KVG – Wirtschaftlichkeitskriterium

Nach Art. 32 KVG werden die vom Krankenversicherungsgesetz angebotenen

medizinischen Leistungen dann übernommen, wenn diese wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Fehlt eine dieser drei Voraussetzungen, so wird die Leistung nicht erbracht.

Das Bundesgericht hatte in BGE 127 V 138 die Zweckmässigkeit von Operationsvarianten für die Revision einer residuellen Hüftdysplasie zu beurteilen. Der Patient wollte eine (teurere) Operation im Inselspital Bern bezahlt haben, weil die dortige OP-Technik fortgeschrittener sei als die im Wohnkanton St. Gallen. Das BGER hat den Fall nach dem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen unter Berücksichtigung der mit dem Eingriff verbundenen Risiken beurteilt. Zweckmässig ist, was aufgrund des Verhältnisses von Erfolg und Misserfolg (Fehlschlägen) sowie der Häufigkeit von Komplikationen noch zumutbar ist. Auch wird geprüft, ob es alternative und günstigere Behandlungen (mit denselben Risiken / Chancen) gibt. Sofern es sich um keine Notoperationen handelt, wird die Wirtschaftlichkeit hoch gewertet. Die Frage, inwiefern die vom Beschwerdeführer bevorzugte periacetabuläre Osteotomie als zweckmässiger bezeichnet werden muss und, in diesem Zusammen-

hang ebenfalls von Bedeutung, ob der behandelnde Arzt in St. Gallen überhaupt bereit gewesen wäre, den Eingriff in seiner Klinik selber vorzunehmen, musste gemäss Urteil noch geklärt werden.

2.3. in der IV – aktive Teilnahme an zumutbaren Massnahmen

Die versicherte Person muss gemäss Art. 7,1 IVG alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit zu verringern und den Eintritt einer Invalidität zu verhindern (IVG 7,1). Die versicherte Person muss zudem an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich dienen, aktiv teilnehmen (Art. 7,2 IVG).

In BGE 9C_648/2010 urteilte das BGER über das Mass der aktiven Teilnahme. Ein selbständiger Kunststeinbearbeiter litt an autoimmuner Bindegewebskrankheit, welche ihm das Arbeiten mit Steinen inskünftig verunmöglichte. Die IV lehnte das Rentengesuch deshalb ab, weil sie davon ausging, dass die versicherte Per-

son einen Handwerker im Betrieb hätte anstellen und dafür zu 29 % Büroarbeit hätte verrichten können. Das BGer gab aber dem Handwerker recht, weil beim Handwerksbetrieb der Erfolg vom Geschick des Chefs abhängt und es nicht zuzumuten war, diese Kernkompetenz des Chefs eines Gewerbebetriebes an Angestellte zu delegieren.

2.4. Schadenminderung im VVG – Obliegenheiten wahrnehmen

Anwendungsfall für dieses Rechtsgebiet sind etwa Krankentaggeldversicherungen nach VVG. Gesetzlich findet sich die Anzeigepflicht nach Eintritt des befürchteten Ereignisses durch den Anspruchsberechtigten in Art. 38 VVG «Anzeigepflicht nach Eintritt des befürchteten Ereignisses». Sobald Schaden eintritt, muss der Anspruchsberechtigte den Versicherer benachrichtigen. Der Vertrag kann verfügen, dass die Anzeige schriftlich erstattet werden muss. Verletzt der Versicherte die Anzeigepflicht schuldhafterweise, so kann der Versicherer die Entschädigung um den Betrag kürzen, um den sie sich bei rechtzeitiger Anzeige gemindert hätte. Im Weiteren sieht Art. 45 VVG vor, unter welchen Umständen wegen Verletzung von Obliegenheiten

dem Versicherungsnehmer oder dem Anspruchsberechtigten ein «Rechtsnachteil» auferlegt werden darf. Schliesslich darf der Versicherer gemäss Artikel 61 VVG auch Weisungen erteilen, wie der Anspruchsberechtigte die Schadenminderung bewerkstelligen soll.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen dem Sozialversicherungs-, dem Haftpflicht- und dem Privatversicherungsrecht liegt gemäss BGE 4A_314 / 2015 in der vertraglichen Grundlage des letzteren. Die Parteien können in den Schranken des Gesetzes definieren, welche Risiken versichert sind, und so die Anspruchsvoraussetzungen festlegen. Im Versicherungsvertragsrecht ist Ausgangspunkt die zwischen den Parteien getroffene Vereinbarung.

Das VVG schliesst also eine vertragliche Parteivereinbarung mit Obliegenheiten nicht aus. Solche ergeben sich aus den allgemeinen Versicherungsbestimmungen (AVB) und den allfälligen Weisungen des Versicherers. Das Sozialversicherungsgericht Zürich hat dazu einmal ausgeführt: «Die Pflicht zur Verminderung des Schadens besteht nur insoweit, als sie dem Anspruchsberechtigten zu-

zumuten ist. Zumutbar sind Massnahmen, die ein vernünftiger Mensch in der gleichen Lage ergreifen würde, wenn er keinerlei Ersatz von Dritten zu erwarten hätte ... In der Krankenversicherung ist der Anspruchsberechtigte verpflichtet, sich im Versicherungsfall in [zumutbare] ärztliche Behandlung zu begeben....»

AVB enthalten derartige vertragliche Obliegenheiten in mannigfacher Form. Beispielhaft sind etwa folgende Pflichten zu finden

- unverzüglich einen Arzt beizuziehen und für fachgemässe Behandlung zu sorgen
- hat der Versicherungsnehmer dies der Gesellschaft auf dem zur Verfügung gestellten Formular wie folgt zu melden
- in ein Spital, eine Klinik oder Kuranstalt einzutreten, wenn dies für die Heilung zweckmässig erscheint
- die Gesellschaft ist berechtigt, Patientenbesuche durchzuführen
- die Gesellschaft ist berechtigt, zusätzliche Belege und Auskünfte, insbesondere ärztliche Zeugnisse zu verlangen
- auf Verlangen hat sich die versicherte Person einer Untersuchung

durch einen von der Gesellschaft bestimmten Arzt zu unterziehen
Wegen dieses bunten Strausses von Pflichten hat der medizinische Gutachter genau zu klären, welche Aussagen von ihm denn verlangt werden. Grundsätzlich hat er sich aber auf die Darstellung der medizinischen Fakten zu beschränken und darauf, inwiefern medizinische Eingriffe nach obigen Kriterien zumutbar sind. Die rechtliche Zumutbarkeit sowie Schlüsse und Bewertungen muss dann der Versicherer aufgrund der medizinischen Fakten selber beurteilen.

2.5. Schadenminderung im Haftpflichtrecht – Schadenminderungspflicht im engeren Sinn

Gemäss Art. 42 OR hat, wer Schadenersatz beansprucht, den Schaden zu beweisen. Das ist eine Spezifizierung der zentralen Beweisregel des Art. 8 ZGB, wonach derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen hat, der aus ihr Rechte ableitet. Diese Regel betrifft vorab die Schadenberechnung als solche. Kann der Schaden nicht zahlenmässig nachgewiesen werden, hat ihn der Richter im Streitfall mit Rücksicht auf den gewöhnlichen Lauf der Dinge und auf die vom Geschädigten getroffene

nen Massnahmen abzuschätzen (Art. 44 OR). Hier wird also umschrieben, wie viel des gesamten nach Art. 42 OR errechneten Schadens der Schädiger nun effektiv vertreten muss. Es werden also Umstände, für welche der Geschädigte selber eintreten muss, quasi von der Berechnung subtrahiert. Das Resultat ist die Schadensbemessung.

Die Schadenminderungspflicht hat das Bundesgericht in seinem Urteil BGE 4A 37 / 2011 als Obliegenheit umschrieben, deren Berücksichtigung im Grunde genommen eine Konsequenz der haftpflichtrechtlich zurechenbaren Schadenberechnung sei, weil nicht als vom Haftpflichtigen verursachter Schaden gelten könne, was von einem Menschen in der gleichen Lage, der keinerlei Schadenersatz zu erwarten hätte, unter Würdigung sämtlicher Umstände selber zu tragen (oder zu vermeiden) sei. Die so anrechenbare Zumutbarkeit der Schadenminderung müsse unter Berücksichtigung der Persönlichkeit des Geschädigten, insbesondere in Hinsicht auf seine Persönlichkeit (z. B. Fähigkeiten, Handfertigkeit, Anpassungsfähigkeit, Intelligenz, Alter, Bildungsgrad etc.) beurteilt werden.

Die Aufgabe des Arztes ist es in diesem Zusammenhang, die Vorzustände, die Fähigkeiten des Patienten und allenfalls die medizinischen Möglichkeiten einer Verbesserung des Gesundheitszustandes aufzuzeigen. Der Jurist muss dann beurteilen, wie viel dem Geschädigten von den Möglichkeiten zuzumuten ist, dieser andernfalls selber zu vertreten hat.

2.6. Exkurs – Überwindbarkeitspraxis bei somatoformen Schmerzstörungen nach BGE 141 V 281

Die bisherige Rechtsprechung und Praxis etablierte bei nicht objektivierbaren Gesundheitsschäden die Schmerz- oder Überwindbarkeitsrechtsprechung. Eine somatoforme Schmerzstörung sei nicht naturgesetzlich mit objektivierbaren funktionellen Einschränkungen verbunden. Das Bundesgericht ging deshalb davon aus, dass die somatoforme Schmerzstörung grundsätzlich überwindbar und deren Überwindung zumutbar sei. Damit bestand zulasten der Patienten eine gesetzliche Vermutung, sie könnten die Schmerzstörung mit Willen überwinden. Rechtsanwendende Stellen akzeptierten deshalb häufig teils die Einschätzung behandelnder

Ärzte zu einem fixen Kriterienkatalog und schlossen von der Diagnose (Beschwerdebilder) auf die Arbeits(un)fähigkeit. Eine Diagnose allein sagt aber nichts aus über den Grad der Behinderung.

An Stelle der gesetzlichen Vermutung mit Widerlegungsmöglichkeit tritt mit BGE 141 V 281 nun ein strukturiertes normatives Prüfungsverfahren. Neu müssen in jeder Begutachtung somatoformer Schmerzstörungen wie aber auch bei anderen gesundheitsbedingten Belastungen auch Gesichtspunkte gegenübergestellt werden, welche sich allenfalls schadenmindernd auswirken. Es greift eine ergebnisoffene Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens. Die Indikatoren teilen sich in zwei Kategorien, jene des «funktionellen Schweregrades» und jene der «Konsistenz», insbesondere die Substantiierung der Behinderung in allen Lebensbereichen. Die Defizite und Ressourcen müssen dargelegt und diskutiert werden. Der Gutachter ist damit wieder medizinischer Berater und nicht Abarbeiter einer (juristisch orientierten) Checkliste. Er muss das Leistungsvermögen und die Ressourcen des Exploranden objektiv beurteilen. Es entfällt die wenig

aussagekräftige Abbildung der Selbsteinschätzung und -limitierung des Exploranden im Gutachten, welche oft auch zur irrtümlichen Annahme des Rechtsanwenders führte, der Arzt dokumentiere eigene Feststellungen anstatt dass er diese als Aussagen der Selbstlimitierung des Exploranden eruierte.

3. Fazit

3.1. Fazit Schadenminderungspflicht

Die Schadenminderungspflicht taucht in dieser Begrifflichkeit im Gesetz nirgends auf. Sie ist höchstens eine Obliegenheit der anspruchstellenden Person. Die Grenze findet die Obliegenheit in der Zumutbarkeit. Konkretisiert wird diese Zumutbarkeit unter Berücksichtigung des allgemeinen Grundsatzes von Treu und Glauben. Was zumutbar ist, kann sich im Laufe der Zeit ändern. Es ist deshalb die aktuelle Rechtsprechung dazu immer genau zu beobachten.

3.2. Fazit für die medizinische Begutachtung

Ob und wie der Geschädigte seiner Schadenminderungspflicht nachkommt / nachkommen soll, ist nicht für jedermann und jederzeit einsichtig. Als Basis der rechtlichen Zuordnung bei

Gesundheitseinschränkungen dienen den Juristen Arztzeugnisse oder medizinische Gutachten. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist aber nicht einzige Aufgabe der Ärzte oder Ärztinnen. Die medizinische Einschätzung bietet einzig, aber immerhin eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 141 V 281 und BGE 9C_289 / 2017). Zu beachten ist dabei, dass Mediziner und Juristen nicht aus derselben Optik urteilen. Ich verweise auf Ziffer 1. oben.

Ein Gutachten muss folglich klar strukturiert sein und unterscheiden zwischen Feststellungen und Parteiaussagen. Wichtig ist, dass der Arzt sich nicht rechtlicher, sondern medizinischer Terminologie bedient und nicht vermeintlich identische Begriffe aus dem Recht verwendet. Er soll also nicht Aussagen zur rechtlichen Zurechnung von Kausalitäten oder zum Verschulden machen und sich idealerweise einer allgemein verständlichen Sprache, ohne Parteinahme bedienen.

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist gemäss BGE 122 V 157

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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt.

In BGE 8C_448 / 2015 wird eine klare Gliederung des Gutachtens verlangt. Es wurde im konkreten Fall bemängelt, dass das Gutachten nicht klar gegliedert sei, indem bereits bei der Zusammenfassung der bisherigen Akten sowie der Wiedergabe der Angaben der versicherten Person kommentiert werde und daher nicht immer ganz klar sei, was Grundlage des Gutachtens und was Bewertung durch den Gutachter sei. Die Vornahme der juristischen Beurteilung eines Falles sei nicht Sache des medizinischen Sach-

verständigen. Entgegen der Ansicht der Vorinstanz vermögen entsprechende Ausführungen des medizinischen Gutachters den Beweiswert seiner Aussagen zu schmälern, sind sie doch Zeichen dafür, dass der zur Unparteilichkeit verpflichtete Sachverständige seine Kompetenzen überschreitet und den Anschein erweckt, er wisse nicht um die Grenzen seines Auftrags (!). Dies schloss das Gericht daraus, dass der Gutachter sich nicht nur in seiner Funktion als sachlicher und unabhängiger Gutachter äusserte, sondern den Fall in seinem Sinne erledigt sehen wollte. Er nahm mit seinen Äusserungen im Gutachten doch gleich auch die juristische Beurteilung vorweg. So verfiel er denn auch in die Wortwahl eines Parteivertreters.

In BGE 141 V 281 haben die Bundesrichter dargelegt, dass der Gutachter darlegen sollte, wo denn in anderen vergleichbaren Lebensbereichen das Aktivitätsniveau eingeschränkt ist und ob aus der Anamnese ein ausgewiesener Leidensdruck betreffend Behandlung oder Eingliederung besteht.

Vom Gutachter werden also trotz allem einige rechtliche Kenntnisse abverlangt.

Er sollte Recht und Praxis des Bundesgerichtes in ihn betreffenden Belangen kennen. Er muss Wert darauf legen, zu beweisen und nicht zu behaupten. Aussagen eines Patienten werden beispielsweise nicht dadurch bewiesen, dass sie der Gutachter wiederholt. Dieser muss eigene Feststellungen treffen. Er sollte sich aber von keiner Seite instrumentalisiert lassen und sich auf medizinisch relevante Aussagen beschränken.

Im Sinne von Erich Fromm hat sich also der Mediziner als Gutachter wohl an Folgendes zu halten: «Die Wahrheit muss nicht nur bedeutsam und ganz sein, sie muss auch radikal sein, nicht geschönt, gesüsst, mit Zuckerguss überzogen. Die Erfahrung zeigt, dass die Wahrheit, das heisst die Konfrontation mit der Wirklichkeit, dort eine besondere Wirkung hat, wo man sie vollständig, klar und ohne Kompromisse sieht.»

Korrespondenzadresse:

Hubert Bär, Fürsprecher
Leiter Haftpflichtversicherung und
Schadenmanagement
Schweizerischer Versicherungsverband SVV

ASA | SVV

Schweizerischer Versicherungsverband
Association Suisse d'Assurances
Associazione Svizzera d'Assicurazioni
Swiss Insurance Association

Schweizerischer Versicherungsverband SVV
Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14
Postfach
CH-8022 Zürich
Tel. +41 44 208 28 28
Fax +41 44 208 28 00
info@svv.ch
www.svv.ch

ISSN 2504-2203