

Leitlinien für die rheumatologische Begutachtung

1. Bedeutung der Leitlinien

1.1 Begriff

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

1.2 Adressaten

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

2. Grundsätze

2.1 Bedeutung eines Gutachtens

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

2.2 Rolle des Gutachters

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

2.3 Juristische Anforderungen an ein Gutachten

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

„Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob

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

2.4 Voraussetzungen auf Seiten des Gutachters

- Voraussetzung ist eine Facharztausbildung in Rheumatologie und eine gültige Berufsausübungsbewilligung.
- Zudem wird eine mindestens 5-jährige klinische Erfahrung im Fachgebiet Rheumatologie erwartet.
- Der Gutachter muss sich grundlegende Kenntnisse in Versicherungsmedizin aneignen. Im Sozialversicherungsbereich ist ab 1.1.2027 das Gutachterzertifikat der Swiss Insurance Medicine [www.swiss-insurance-medicine.ch] gesetzlich vorgeschrieben.
- Ärzte, die im Rahmen ihrer Facharztweiterbildung gutachterlich tätig sind, müssen von einem Facharzt überwacht werden, der das Gutachten mitunterzeichnen muss.
- Um eine bessere Qualität der Gutachten zu gewährleisten, sind die Sachverständigen verpflichtet, die von der EKQMB¹ festgelegten Qualitätsempfehlungen zu berücksichtigen.
- Wir empfehlen den Rheumatologen, die als Sachverständige in Begutachtungszentren tätig sind, sich von der Akkreditierung des entsprechenden Instituts zu überzeugen.

2.5 Unterschiedliche Denkweisen von Jurist und Mediziner

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

2.6 Das Gutachten als Beweismittel

- Gutachten sind in erster Linie Beweismittel. Das Gutachten dient dem Beweis der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Behinderungen) und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, je nach Fragestellung auch dem Beweis der Kausalität. Dabei gilt im Sozialversicherungsrecht das Beweismass der «überwiegenden Wahrscheinlichkeit».
- Dies hat zur Folge, dass Verdachtsdiagnosen in der Regel keine Dauerleistungen (Renten) auslösen können. Diagnosen müssen mindestens «überwiegend wahrscheinlich» sein, damit sie eine rechtlich anerkannte anhaltende Arbeitsunfähigkeit (Invalidität) begründen können.
- Die Kodierung der Krankheiten soll nach der «International Classification of Diseases» (ICD) erfolgen. Gemäss ständiger Rechtsprechung soll sich der Gutachter bei der Benennung von Diagnosen an international anerkannte Klassifikationssysteme halten, das ist aktuell in erster Linie die ICD-10. Für die Einteilung chronischer Schmerzen empfiehlt sich, die neue Terminologie der ICD-11 (siehe AWMF Leitlinie Ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen) zu verwenden.
- Diagnosen korrelieren schlecht mit dem Ausmass der funktionellen Beeinträchtigung. Die Beschreibung und Evaluation der Behinderung soll in Anlehnung an das Grundgerüst (Framework) der «International Classification of Functioning, Disability and Health» (ICF) erfolgen. Eine vollständige Kodierung nach ICF ist nicht notwendig und

¹ <https://www.ekqmb.admin.ch/ekqmb/de/home/empfehlungen/empfehlungen.html>

bringt keinen Mehrwert. Das Gutachten muss darlegen, welche Diagnosen zu funktionellen Einschränkungen führen und wie diese Einschränkungen die Aktivität und Partizipation beeinflussen. Ebenso soll der Einfluss von Umweltfaktoren und Person bezogenen Faktoren beschrieben werden, sofern diese eine wesentliche Rolle spielen.

- Die Verwendung der ICF in der Begutachtung dient der erhöhten Transparenz und Nachvollziehbarkeit attestierter Leistungseinschränkungen. Die ICF baut eine wichtige Brücke von der Medizin zur Rechtsanwendung.
- Mit dem Urteil BGE 141 V 281 hat das Schweizer Bundesgericht 2015 neue Anforderungen an den Beweis der Behinderung im Sozialversicherungsrecht gestellt. Das Urteil basiert auf einem modernen Verständnis von Krankheit und Behinderung in Anlehnung an die ICF. Der Fokus liegt dabei nicht allein auf den Diagnosen, sondern schweremässig auf den daraus resultierenden funktionellen Einschränkungen. Die Behinderung soll (indirekt) anhand von Indikatoren nachgewiesen werden: Schweregrad und Verlauf der Erkrankung, Komorbiditäten, funktionelle Einschränkungen, durchgeführte Behandlungen und deren Ergebnisse, Therapierbarkeit, Konsistenz der Einschränkungen in vergleichbaren Lebensbereichen.
- Die Evaluation und Beurteilung der Behinderung in Anlehnung an die ICF bedingt, dass die Ebene der funktionellen Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen eingehend erfragt und erfasst wird. Es genügt nicht, Symptome und subjektive Beschwerden abzufragen.

2.7. EbM in der versicherungsmedizinischen Begutachtung

- Die Versicherungsmedizin bedient sich prinzipiell der gleichen Methodik wie die klinische Medizin. Für viele versicherungsmedizinische Fragestellungen stehen aber deutlich weniger Forschungsergebnisse zur Verfügung als für klinische Fragestellungen. Forschungsergebnisse der Versicherungsmedizin liegen zudem meist auf einem geringeren Evidenzgrad als in der klinischen Medizin.
- Besonders bei seltenen und umstrittenen medizinischen Sachverhalten (seltene Krankheiten, ungewöhnliche Behandlungen und Verläufe, seltene Komplikationen, widersprüchliche Vorgutachten, schwierige Kausalitätsbeurteilungen) empfiehlt es sich, die Beurteilung im Gutachten auch auf Erkenntnisse aus der verfügbaren Fachliteratur abzustützen (klinische Forschung, Leitlinien und Lehrbücher zur Begutachtung). Die Textzitate (mit Quellenangabe) sollen dort eingefügt werden, wo sie zur Argumentation herangezogen werden. Wenig überzeugend ist die Beilage eines Literaturverzeichnisses ohne konkreten Bezug auf die Argumentation.

2.8. Stellenwert der rheumatologischen Expertise (Teilgutachten) in der bi- und polydisziplinären Begutachtung

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

- Bei einer bi- und polydisziplinären Begutachtung beteiligt sich der Rheumatologe aktiv an der konsensorientierten Betrachtung des Falles. Die SIM-Leitlinien zur Konsensfindung² bei bi- und polydisziplinären Begutachtungen bieten dazu eine Anleitung.

3. Praktisches Vorgehen

3.1 Aktenstudium und Information

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

3.2 Befragung

Die eingehende Befragung des Versicherten soll Auskunft geben über:

- **Krankheitsverlauf:** Beginn, hereditäre Einflüsse, Auswirkungen/Einflüsse früherer Krankheiten/Unfälle, Abhängigkeit von Position und Belastung, Resultate bisheriger Untersuchungen, Interventionen und Therapien. Eventuell sind Fremdauskünfte einzuholen.
- **Unfälle:** Vorzustand, Unfallhergang, Initialsymptome, Verlauf, Therapien und Reaktionen darauf.
- **Aktuelle Situation:** Symptome, Beschwerden, Beeinträchtigungen bezüglich Aktivitäten und Partizipation. Die Evaluation in Anlehnung an die ICF bedingt, dass die Ebene der funktionellen Einschränkungen im Alltag eingehend erfragt wird, beispielsweise: Können Sie sich selber anziehen/ausziehen? Können Sie die Körperpflege selbständig

² <https://www.swiss-insurance-medicine.ch/de/fachwissen-und-tools/medizinische-gutachten/leitlinien-medizinische-begutachtung>

bewältigen? Wozu benötigen Sie Hilfe? Welche Haushaltstätigkeiten üben Sie selber aus, bei welchen Tätigkeiten benötigen Sie Hilfe, was machen Sie gar nicht mehr selber? Treiben Sie Sport? Welchen Sport? Wie oft? War dies früher anders? Sind Sie Mitglied eines Vereins? Welche Hobbies üben Sie aus? Empfangen Sie Besuche? Gehen Sie zu Besuch? Gehen Sie ins Kino, ins Theater, ins Konzert, an sportliche Veranstaltungen? Können Sie Velofahren? Können Sie Autofahren? Wieviele km pro Jahr fahren Sie selber? Können Sie öffentliche Verkehrsmittel benützen? Wann haben Sie zum letzten Mal Ferien gemacht? Wo? Wie sind Sie gereist? Wie sieht ihr gegenwärtiger Tagesablauf aus? Was hindert Sie am meisten daran, einer bezahlten Arbeit nachzugehen?

- **Arbeitsbezogenes Beschwerdebild:** Das arbeitsbezogene Beschwerdebild kann wichtige Hinweise liefern, ob ein Zusammenhang zwischen konkreten Tätigkeiten und dem Entstehen, Unterhalt oder einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes besteht (sog. «arbeitsassoziierte Beschwerden»). Wichtige Hinweise bilden beispielsweise folgende Fragen: Wie waren die Beschwerden an freien Tagen, in den Ferien? Wirkten sich einzelne Tätigkeiten besonders negativ oder positiv auf die Beschwerden aus? Welche Tätigkeiten konnten problemlos, nur mit Mühe oder gar nicht ausgeführt werden?
- **Aktuelle Medikamente:** Regelmässig und nicht regelmässig eingenommene Medikamente, Dosierung, bei bedarfsweiser Einnahme Häufigkeit pro Woche/pro Monat, Auswirkungen auf die Beschwerden.
- **Tagesablauf:** Die minutiöse Erfassung des Tagesablaufes bringt wichtige Hinweise auf die Auswirkungen des Leidens in den verschiedenen Lebensbereichen.
- **Beruflicher Werdegang:** Ausbildung, Berufsabschlüsse, berufliche Entwicklung vor und nach Eintreten des Gesundheitsschadens.
- **Verlauf der Arbeitsunfähigkeit:** Verlauf der Arbeitsunfähigkeit, wiederholter oder kontinuierlicher Arbeitsausfall, Teilarbeitsfähigkeiten, Arbeitsversuche aus subjektiver Sicht. Abgleich mit den aktenanamnestischen Angaben.
- **Arbeitsanforderungen am angestammten Arbeitsplatz:** Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit an der angestammten Arbeit erfordert die Erhebung eines möglichst genauen Anforderungsprofils. Idealerweise liegt ein Anforderungsprofil des Arbeitgebers vor (zB. in Form des ReWork Profils von Compasso). Die nachträglich ergänzten IV-Fragebogen an den Arbeitgeber müssen mit gewisser Vorsicht behandelt werden: oft werden sie durch eine Person aus dem HR ausgefüllt, welche keine klaren Vorstellungen über die effektiv ausgeübten Tätigkeiten haben. Teilweise stimmen nicht einmal die Berufsbezeichnungen. Allfällige Aktenangaben und Ergänzungen durch die Befragung und Berichte über versuchte Eingliederungen sollen berücksichtigt werden. Im Falle reiner Betroffenenangaben sind diese kritisch und vergleichend zu hinterfragen und ggf. durch Fremdauskünfte zu ergänzen. Oft haben die versicherten Personen auch Fotos auf dem Handy, was allenfalls hilfreich sein kann (Cave Weiterverwendung von Abbildungen im Gutachten aus Datenschutzgründen!). Die Befragung umfasst die Erhebung des Beschäftigungsumfanges in Prozenten und in Arbeitsstunden pro Tag, der wichtigsten ausgeübten Teilaufgaben, deren zeitlichen Anteile, allfällige saisonale Schwankungen, körperliche Anforderungen (z.B. Hantieren von Lasten, häufiges Einnehmen von unergonomischen Haltungen oder andauerndes Stehen-Gehen oder Sitzen), Möglichkeit von Pausen und ergonomischen Anpassungen, Expositionen gegenüber Umgebungsfaktoren (Feuchtigkeit, Kälte, Hitze), Unfallgefährdung, psychosoziale resp. arbeitsorganisatorische Belastungsfaktoren. Ein pragmatisches Vorgehen beinhaltet die Erfassung der drei am häufigsten vorkommenden und die drei aus Sicht der versicherten Person belastendsten Aufgaben. Dies gibt einen guten Überblick als Basis für eine Einschätzung.

- **Tätigkeiten/Engagements:** Ausser-/nebenberufliche Tätigkeiten, Verpflichtungen, Hobbies.
- **Integration:** Familiär, beruflich, gesellschaftlich.
- **Initiativen und Compliance:** Therapien, Training, Arbeitsversuche, schadenmindernde Vorkehren.
- **Sicht und Beurteilung der Situation durch den Versicherten:** Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit, Lösungen, Zukunftsgestaltung, eigene Beurteilung der Prognose, eigenes Krankheitsmodell, Probleme mit Versicherung, Anträge an die Versicherung.

3.3 Klinische Untersuchung

- Die klinische Untersuchung ist von zentraler Bedeutung, um objektiv festzustellen, ob die subjektiven Beschwerden Auswirkungen auf den Allgemeinzustand und die allgemeine körperliche Verfassung haben. Dabei sind Parameter wie Gewicht, Grösse, BMI, Blutdruck und Herzfrequenz zu ermitteln. Die mit einem Dynamometer messbare Greifkraft liefert Aufschluss über den Allgemeinzustand und die Mitwirkung des Patienten. Die Analyse der spontanen Gestik und des Gangbildes ermöglicht es, festzustellen, ob eine segmentale Bewegungseinschränkung, eine konstante Schonung, eine lokalisierte Muskelschwäche oder eine Ankylose sowie eine Veränderung der Weichteile im Zusammenhang mit den angegebenen Beschwerden vorliegen. Die Inspektion der Mundhöhle kann wichtige Hinweise geben auf eine Systemerkrankung.
- Der Bewegungsumfang der Gelenke soll nach der Neutral-Null-Methode dokumentiert werden. Dies ist besonders auch im Hinblick auf spätere Vergleiche bei Verlaufsuntersuchungen wichtig.
- Die ergänzende Ultraschalluntersuchung während der klinischen Untersuchung kann eine zusätzliche Hilfe bei der Suche nach Entzündungszeichen und Ergüssen sein.

3.4 Zusatzuntersuchungen

- **Laboruntersuchungen** sind nur zu veranlassen, wenn sie für die Argumentation respektive zur schlüssigen Beantwortung der gestellten Fragen, insbesondere zur Sicherung oder zum Ausschluss einer Diagnose, entscheidend sind. Auf Rückfrage muss der Gutachter die Untersuchungen begründen können (Kenntnisse von Vortest-Wahrscheinlichkeit, Sensitivität, Spezifität, prädiktivem Wert). Untersuchungen, welche der ärztlichen Betreuung des Patienten dienen, werden in die Empfehlungen aufgenommen.
- **Medikamentenspiegel** können helfen, die Behandlungseffizienz im Verlauf wie auch die Compliance des Betroffenen zu beurteilen. Zur Interpretation der Serumspiegel sind pharmakokinetische Kenntnisse nötig. Cave: Ein niedriger Serumspiegel bedeutet nicht immer eine Malcompliance. Nur wenn die entsprechende Substanz überhaupt nicht nachgewiesen werden kann, kann man von einer fehlenden Einnahme ausgehen. Nicht selten kann man mit Serumspiegelmessungen auch eine Überdosierung erkennen.
- **Bildgebung:** Die konventionelle Röntgenaufnahme gilt als Standarduntersuchung. Soweit für die gutachterliche Beurteilung notwendig sollen auch Zusatzuntersuchungen veranlasst werden. Ob Voruntersuchungen wiederholt werden müssen, hängt von der Wahrscheinlichkeit einer wesentlichen Veränderung der Befunde ab. Bei ausreichender Dokumentation der Vorbefunde und stabilem Verlauf kann auf eine aktuelle Bildgebung verzichtet werden. Der Gutachter soll festhalten, welche Dokumente zur Verfügung standen und in welcher Form er sich mit der Bildgebung auseinandergesetzt hat: Ausschliesslich Berücksichtigung der schriftlichen Befunde der Radiologen? Eigene Analyse und Interpretation der Röntgenbilder? Eine zuverlässige Dokumentation der berücksichtigten Bildgebung ist vor allem zur Rekonstruktion und Beurteilung von

Verläufen wichtig, aber auch bei Kausalitätsbeurteilungen und bei der Würdigung von Vorgutachten.

- **Abklärung von Arbeitsanforderungen in Spezialsituationen:** Bei speziellen Fragestellungen wie z.B. Einschätzungen des Haushaltsführungsschadens oder der Arbeitsfähigkeit von Selbständigerwerbenden, und bei Relevanz für die Eingliederung kann eine ergonomische Arbeitsplatzabklärung oder Haushaltbegehung sinnvoll sein. Voraussetzungen sind ein bestehender Arbeitsplatz resp. stabile Haushaltssituation.
- **Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL nach den Richtlinien der FG BERE der SIM):** Bei der EFL handelt es sich um ein standardisiertes Testsystem, welches dazu dient, die körperliche Leistungs- und Funktionsfähigkeit (Aktivität im ICF-Framework) möglichst realistisch abzubilden. Das Testsystem liefert aber auch Resultate hinsichtlich der Konsistenz (Verhaltenskonsistenz) und der Leistungsbereitschaft der geprüften Klienten. Teil der Abklärung erstellt auch eine detaillierte Arbeitsbefragung dar. Die EFL darf nur durch dazu speziell akkreditierte Institutionen erfolgen.
- **Selbsteinschätzung der Eigenen Leistungsfähigkeit (SELF nach FG BERE der SIM):** Der SELF (engl. Modified Spinal Function Sort, M-SFS) wurde mit Einbezug von Patienten und Experten aus der Rehabilitation und beruflichen Eingliederung, sowie statistischen Kriterien und Berücksichtigung der Evidenz aus Forschungsergebnissen entwickelt. Der SELF umfasst 20 Fragen mit Bildern von typischen Arbeits- und Alltagssituationen. Der SELF liegt in zahlreichen Sprachversionen vor und bewährt sich insbesondere bei Personen mit geringen Sprachkenntnissen.

3.5 Abfassung des gutachterlichen Berichtes

- **Vorbemerkung:** Es empfiehlt sich, den Zeitpunkt und die Dauer der Befragung und Untersuchung sowie die Sprache (mit/ohne professionellen Dolmetscher) festzuhalten, in der die Kommunikation mit dem Exploranden geführt wurde.
- **Aktenlage:** Je umfangreicher die Vorakten sind, desto wichtiger ist die übersichtliche Darstellung der relevanten, konzis zusammengefassten Akten mit chronologischer Auflistung. Alle in einer späteren Begründung verwendeten Inhalte aus den Akten müssen in diesem Abschnitt aufgeführt werden. Eine blosse Auflistung der Vorakten ohne inhaltliche Zusammenfassung genügt nicht. An dieser Stelle findet aber noch keine Interpretation und Wertung statt.
- **Anamnese:** Die Anamnese umfasst die persönliche, gesundheitliche, berufliche und soziale Anamnese sowie die Schilderung der gegenwärtigen Beschwerden. Dabei sollen nicht nur die Symptome erfasst werden, sondern auch deren Auswirkungen bezüglich Aktivität und Partizipation. Die Beschwerden sollen detailliert, möglichst mit den Worten des Versicherten, wiedergegeben werden. Summarische, "medizinisierte" Beschreibungen (z.B. ständige Zervikobrachialgien rechts) sind in diesem Abschnitt zu vermeiden.
- **Befunde:** Die klinische Untersuchung ist in gebührender Ausführlichkeit und Präzision, insbesondere bezüglich pathologischer Befunde, festzuhalten. Letztere sollen auch die körperlichen Funktionseinschränkungen umfassen, welche die Grundlage bilden für allfällige Aktivitäts- und Partizipationsdefizite. In diesem Abschnitt sollen auch die Beobachtungen beschrieben werden, die der Gutachter bei der Befragung und Befunderhebung machen kann, und die Hinweise auf das Krankheitsverhalten (Illness Behaviour) des Versicherten geben. Abkürzungen, wie sie in medizinischen Berichten sonst üblich sind, müssen im Gutachten bei ihrer ersten Erwähnung ausgeschrieben werden, da die Adressaten meist medizinische Laien sind.

- **Diagnosen** sollen in einem separaten Abschnitt aufgelistet und nach Wertigkeit geordnet werden. Es soll klar zwischen Befunden und Diagnosen unterschieden werden. Auf die detaillierte Schilderung für die Beurteilung nicht relevanter kernspintomographischer Befunde ist zu verzichten. Hilfreich ist eine Unterteilung in Diagnosen mit und ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der Gutachter soll nur Diagnosen stellen, die sein Fachgebiet betreffen und sich an die wissenschaftlich anerkannte Terminologie seines Fachgebietes halten. Verdachtsdiagnosen sind als solche zu deklarieren, der Begriff „Status nach“ ist zu vermeiden, die Diagnosen sind mit Datum zu versehen, sofern ein klarer Erkrankungsbeginn oder ein Unfallereignis vorliegt. Fachfremde Diagnosen müssen aufgrund der Aktenlage belegbar sein. Die Differenzialdiagnose gehört nicht in die Diagnoseliste. Wenn eine Diagnose offenbleiben muss, soll dies eindeutig deklariert und im Abschnitt „Beurteilung“ diskutiert werden. Bei der gutachterlichen Auflistung von Diagnosen sollen wo immer möglich in der Literatur publizierte Diagnose-Klassifikationskriterien, ansonsten anerkannte Formulierungen des jeweiligen Sprachraumes respektive sonst die ICD-Klassifikation verwendet werden. Allfällige diagnostische Unschärfen und Unsicherheiten bei der Diagnosestellung sollen in einem kommentierenden Abschnitt dargelegt werden und es soll bei den gutachterlich relevanten Hauptdiagnosen Stellung genommen werden zum Schweregrad der etikettierten Erkrankungen oder Zustände aus dem rheumatologischen Fachgebiet.
- **Beurteilung:** Die Beurteilung ist das Kernstück eines Gutachtens, in dem die Entwicklung des Leidens, die Diagnosen und die differenzialdiagnostischen Überlegungen erläutert und gewichtet werden. Auf ausführliche Wiederholungen des Krankheitsverlaufes ist zu verzichten. Ferner sollen hier Zeiträume und nicht Daten aufgeführt werden (e.g. leidet seit 12 Jahren, anstatt seit 12/2004). Der Rechtsanwender soll nachvollziehen können, warum eine bestimmte Diagnose vorliegt oder ausgeschlossen wurde. Die Diagnose ist laut Rechtsprechung *«Referenz für allfällige Funktionseinschränkungen.»* (BGE 141 V 281, E. 2.1.2). Der Gutachter muss zum Schweregrad der Erkrankung Stellung nehmen. Bei schwieriger Beweislage soll auch der Wahrscheinlichkeitsgrad angegeben werden. Es ist wichtig, dass der Gutachter die Verbindung herstellt zwischen dem festgestellten Gesundheitsschaden (Funktionsstörung) und den Auswirkungen bezüglich Aktivität und Partizipation. Beobachtungen aus Eingliederungsversuchen können wichtige Hinweise auf motivationale Aspekte wie auch auf Behinderungen geben. Es sollen nicht nur die Defizite, sondern auch die erhaltenen Restfunktionen (Ressourcen) dargestellt und gewürdigt werden. In BGE 141 V 281 hält das Bundesgericht fest: *«Arbeitsunfähigkeit leitet sich gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen ab.»*. In der Beurteilung muss sich der Gutachter auch mit Berichten und Vorgutachten aus seinem eigenen Fachgebiet auseinandersetzen und allfällige Abweichungen begründen.
- **Fragenkatalog:** Die Fragen sollen klar, gegebenenfalls mit dem entsprechenden Wahrscheinlichkeitsgrad, beantwortet werden. Der Gutachter soll sich nicht dazu verleiten lassen, Fragen zu beantworten, die er nicht schlüssig beantworten kann. Solche Fragen müssen entsprechend kommentiert werden. Stellungnahmen sollen nur zu Fragen abgegeben werden, die den eigenen Fach- und Kompetenzbereich betreffen. Fragen, die unklar gestellt werden oder bei denen sich der Experte nicht auf persönliche Berufserfahrung oder publizierte Forschungsergebnisse abstützen kann (Methodik der evidenzbasierten Medizin), können nicht beantwortet werden.
- **Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit:** Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit aus medizinischer Sicht sollte unter Abstützung auf die ICF die Aspekte Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten, Teilhabe (Partizipation, z.B. Arbeitsleistung), Umgebungsfaktoren (z.B. Arbeitsanforderungen, Belastungsfaktoren und Ressourcen) und Personenbezogene Faktoren (Belastungsfaktoren und Ressourcen) berücksichtigen. Die Arbeitsunfähigkeit nimmt primären Bezug auf den angestammten Arbeitsplatz.

Die Möglichkeit von Teilarbeitsunfähigkeiten z.B. durch die Ausübung medizinisch zumutbarer Teilaufgaben sollte festgehalten werden. Wenn ein Einsatz in der angestammten Tätigkeit nicht mehr in Frage kommt, so soll der Gutachter ein medizinisch zumutbares Belastbarkeitsprofil für eine Verweistätigkeit beschreiben. Grundsätzlich kann eine Arbeitsunfähigkeit in Form einer Reduktion der Leistungsfähigkeit und der Arbeitszeit erfolgen. Es sollte immer zuerst geprüft werden, ob das Festlegen von Einschränkungen der Belastung bzw. der Arbeitsleistung auf der Basis einer ganztägigen Präsenz möglich ist. Nur wenn eine ganztägige Präsenz als nicht zumutbar erachtet wird, ist eine Einschränkung der Arbeitszeit in Betracht zu ziehen.

- **Konsistenzprüfung:** Die Konsistenzprüfung gehört zu den Indikatoren des bundesgerichtlichen Leiturteils BGE 141 V 281. Die EKQMB hat sie 2024 in ihre Qualitätskriterien aufgenommen. Gemeint ist der logische Zusammenhang zwischen den verschiedenen Teilen eines Ganzen, wobei das Ganze hier die medizinische Begutachtung in ihrer Gesamtheit ist. Die verschiedenen Informationen, die aus der Aktenprüfung, der Anamnese, der klinischen Beobachtung einschliesslich der Auswertung der paraklinischen Untersuchungen gewonnen werden, müssen sich zu einem logischen und kohärenten Kontinuum zusammenfügen, aus dem sich dann auf naheliegende Weise die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ergibt. Der Sachverständige muss sicherstellen, dass nicht nur in jedem einzelnen Teil, sondern auch in allen Phasen des Gutachtens keinerlei Widersprüche bestehen. Bei einer multidisziplinären Begutachtung überprüft der Rheumatologe, ob die Diagnose und deren Schweregrad schlüssig sind und mit den festgestellten funktionellen Einschränkungen übereinstimmen. Diese müssen sich einheitlich in allen vergleichbaren Lebensbereichen (berufliche Tätigkeit, privates Umfeld, Sport) wiederfinden. Der Sachverständige bewertet anhand der in der Krankengeschichte dokumentierten Beschwerden den Erfolg der durchgeführten Behandlungen oder Rehabilitationsmassnahmen sowie deren Einhaltung. Bei chronischen Schmerzen im Bewegungsapparat ist häufig ein interdisziplinärer Ansatz erforderlich. Der Sachverständige muss auch sicherstellen, dass er sich bei der Erstellung der Akte und der Anamnese streng an die Vorgaben der Mitgutachter hält. Er muss sich an einer einvernehmlichen und kohärenten Diskussion mit den Mitgutachtern anderer Fachrichtungen beteiligen, um zu einer Schlussfolgerung zu gelangen, die die allgemeine Arbeitsfähigkeit der begutachteten Person bestimmt.
- **Diskrepanzanalyse:** Dabei wird geprüft, ob es Diskrepanzen gibt zwischen:
 - den subjektiven Symptomen, den funktionellen Selbsteinschätzungen und den objektiven Ergebnissen der klinischen Untersuchung
 - den Angaben der begutachteten Person und denen aus Fremdanamnesen durch Dritte sowie denen, die in den medizinischen Unterlagen zu finden sind
 - dem Grad der Berufsunfähigkeit und den Einschränkungen im Alltag, bei sportlichen Aktivitäten, Reisen, sozialen Kontakten und anderen Freizeit- oder ehrenamtlichen Aktivitäten
 - dem Ausmass der Symptome und der Inanspruchnahme von Therapien
 - der Einnahme von Medikamenten und den Ergebnissen der Blutwerte. Da die pharmakologische Analyse nach wie vor schwierig ist und verschiedene Parameter wie Wechselwirkungen zwischen Medikamenten, genetisch bedingter Stoffwechsel, Nieren- und Leberfunktionen einbezieht, ist bei der Interpretation Vorsicht geboten. Es sollte jedoch angegeben werden, wenn zum Zeitpunkt der Begutachtung die therapeutische Medikamentenkonzentration von der erwarteten abweicht, um voreilige und unzulässige Schlussfolgerungen hinsichtlich der Compliance zu vermeiden.

- **Medizinische Massnahmen:** Den Rechtsanwender interessiert insbesondere die Frage, ob die bisherige Therapie adäquat war und der Versicherte sich kooperativ zeigte (Compliance). Bei ausbleibendem Therapieerfolg soll der Gutachter mögliche Gründe evaluieren, z.B. medikamentöse Intoleranzen und Interaktionen, Besonderheiten der Erkrankung, Komplikationen der Behandlung, Komorbiditäten. Das Ansprechen auf eine Behandlung wie auch eine allfällige Therapieresistenz bieten wichtige Hinweise auf den Schweregrad der Erkrankung. Die Beurteilung der bisherigen Behandlungen durch die behandelnden Ärzte soll mit kollegialem Respekt erfolgen. Behandlungen, die nicht lege artis bzw. nicht leitliniengerecht erfolgten, soll der Gutachter aber kritisch hinterfragen und kommentieren. Empfohlen werden sollen nur Behandlungen, die in der Schweiz offiziell zugelassen sind und von der OKP übernommen werden.
- **Aussagen zur Prognose:** Für den Rechtsanwender stellt sich die Frage, ob mit geeigneten medizinischen Massnahmen eine wesentliche (arbeitsrelevante) Verbesserung des Gesundheitszustandes erzielt werden kann. Da Langzeitprognosen oft unmöglich sind, hat es sich bewährt, sich auf einen Zeitraum von etwa zwei Jahren zu beschränken. Bei der Einschätzung der Prognose soll sich der Gutachter auf die eigene Berufserfahrung und/oder publizierte Forschungsergebnisse abstützen (Methodik der EBM). Ob sich die Arbeitsfähigkeit durch eine noch offenstehende Behandlung relevant verbessern wird, kann in der Regel nicht zuverlässig vorausgesagt werden. Im Rahmen von Unfallfolgen steht oft auch zur Diskussion, ob eine weitere Behandlung geeignet ist, das Leiden noch weiterhin namhaft zu verbessern oder lediglich stabil stationär zu halten. Gefragt wird konkret, ob der Endzustand erreicht ist.
- **Berufliche Eingliederungsmassnahmen:** Bei der Empfehlung beruflicher Eingliederungsmassnahmen soll der Gutachter aufgrund der festgestellten Behinderungen (Defizite) und vorhandenen Restfunktionen (Ressourcen) ein Anforderungsprofil an eine Verweisungstätigkeit beschreiben. Er soll weder die konkrete durchzuführende Massnahme noch konkrete Berufe vorschlagen. Des Weiteren ist es auch von Bedeutung, zu verstehen, unter welchen Umständen die gegebene Arbeitsunfähigkeit entstanden ist, damit IV-Frühmassnahmen bei Bedarf eingeleitet werden könnten, falls berufliche Massnahmen indiziert wären.

4. Glossar

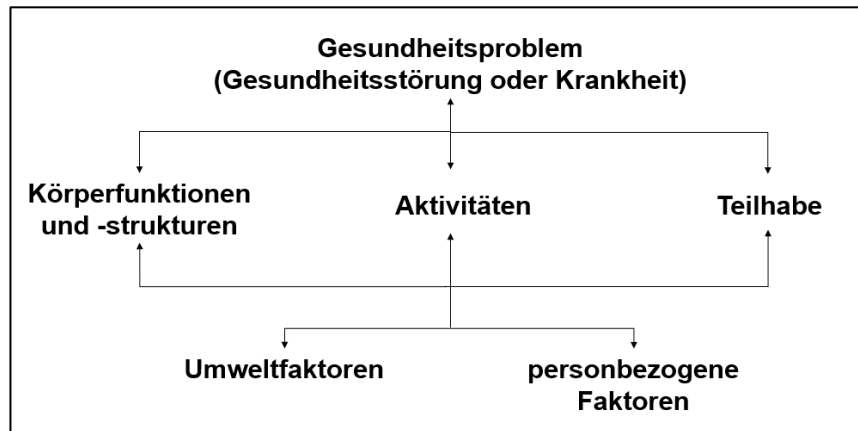
Aggravation	Bewusst intendierte, verschlimmernde oder überhöhende Darstellung einer vorhandenen Störung zum Zweck der Erlangung von (materiellen) Vorteilen.
Arbeitsunfähigkeit	Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist letztlich ein Rechtsbegriff und wird abschliessend vom Rechtsanwender festgelegt (BGE 140 V 193). Der Gutachter beurteilt die medizinisch zumutbare Arbeitsunfähigkeit aus medizinischer Sicht in Form einer Einschätzung der Leistungsfähigkeit und des zeitlichen Umfangs im Vergleich zu den Arbeitsanforderungen zu Handen des Rechtsanwenders. Diese soll möglichst transparent unter Anwendung möglichst objektivierbarer medizinischer Befunde begründet werden.
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (SR 830.1).
Ausschlussgründe	In BGE 131 V 49 und erneut in BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht folgende Ausschlussgründe genannt: Aggravation, sekundärer Krankheitsgewinn, vage Schilderung der Beschwerden, erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen (Beschwerden) und dem gezeigten Verhalten, Diskrepanz zwischen geschilderten Beschwerden und Inanspruchnahme von Therapien, demonstrativ vorgetragene Klagen, Behauptung von schweren Einschränkungen im Alltag bei weitgehend intaktem Umfeld.» Liegen wesentliche Ausschlussgründe vor, wird in der Regel eine geltend gemachte Behinderung nicht als Invalidität im Rechtssinn anerkannt.
Behinderung	Art. 2 des Behindertengleichstellungsgesetzes (BehiG) hält fest: «In diesem Gesetz bedeutet Mensch mit Behinderungen (Behinderte, Behinderter) eine Person, der es eine voraussichtlich dauernde körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigung erschwert oder verunmöglicht, alltägliche Verrichtungen vorzunehmen, soziale Kontakte zu pflegen, sich fortzubewegen, sich aus- und fortzubilden oder eine Erwerbstätigkeit auszuüben.»
Beweisgrad	Für die Anerkennung durch die Sozialversicherung muss ein Sachverhalt (z.B. Unfallkausalität) mindestens mit <i>überwiegender Wahrscheinlichkeit</i> nachgewiesen sein. Eine <i>Vermutung</i> oder die <i>bloße Möglichkeit</i> reichen nicht aus. – <i>möglich</i>: Wahrscheinlichkeit unter 50% – <i>mit überwiegender Wahrscheinlichkeit</i>: (deutlich) über 50% – <i>mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit</i>: nahezu 100%
BGE	In der amtlichen Sammlung veröffentlichte Entscheide des Bundesgerichts. Alle materiellen Entscheide sind im Internet zugänglich [www.bger.ch].
Bundesgericht	Höchstes Schweizer Gericht. Diejenigen Fälle, die das Sozialversicherungsrecht betreffen, werden durch zwei Abteilungen (Dritte und Vierte öffentlich-rechtliche Abteilung) des Bundesgerichts Luzern bearbeitet. Der Hauptsitz mit den übrigen sechs Abteilungen befindet sich in Lausanne.
EBM	Evidenzbasierte Medizin

EFL	Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit der FG BERE (Berufliche Eingliederung und Ergonomie) der SIM (Swiss Insurance Medicine). Bidisziplinäre, mit Physiotherapeut und Arzt durchgeführte Untersuchung. Sie beinhaltet neben einer Befragung und problemorientierten Untersuchung durch den Arzt eine umfassende Leistungserprobung mittels insgesamt 29 (mindestens 15) standardisierter funktioneller Tests für physische Funktionen der Arbeit (zum Beispiel Heben, Tragen, Arbeit über Brusthöhe etc.) im Hinblick auf eine realitätsnahe Beurteilung der arbeitsbezogenen, ergonomisch sicheren Belastbarkeit. Zusätzlich erfolgt im Rahmen der Tests eine standardisierte Einschätzung von Einsatzbereitschaft und Konsistenz. Für eine EFL beauftragte Institutionen müssen durch die FG BERE der SIM akkreditiert sein. Die MTK und die SIM publiziert eine entsprechende Liste. Die Abrechnung erfolgt im Sozialversicherungsbereich nach einem Tarif der MTK, im Privatversicherungsbereich nach Offerte.
EKQMB	Eidgenössische Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung. Vom Bundesrat per 2022 eingesetzte Kommission. Ihre Aufgabe ist es, Empfehlungen zur Erstellung von Gutachten auszuarbeiten und deren Einhaltung zu überwachen.
Ergänzungsleistungen	Die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV helfen dort, wo die Renten und das übrige Einkommen die minimalen Lebenskosten nicht decken. Auf sie besteht ein rechtlicher Anspruch, wenn die entsprechenden Bedingungen erfüllt sind.
Erwerbsunfähigkeit	Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).
Hilflosigkeit	Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art 9. ATSG). Es werden drei Schweregrade von Hilflosigkeit unterschieden.
Hilfsmittel	Der Versicherte hat im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, deren er für die Ausübung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich, zur Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, für die Schulung, die Aus- und Weiterbildung oder zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung bedarf. Kosten für Zahnprothesen, Brillen und Schuheinlagen werden nur übernommen, wenn diese Hilfsmittel eine wesentliche Ergänzung medizinischer Eingliederungsmassnahmen bilden (Art. 21 IVG).

ICF

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): Die ICF wurde von der Weltgesundheitsorganisation WHO als Ergänzung zur Klassifikation der Krankheiten (International Classification of Diseases ICD) geschaffen. Leitend war die Erkenntnis, dass sich aus der Diagnose keine direkten Hinweise auf den funktionalen Gesundheitszustand der Menschen ableiten lassen. Die ICF basiert auf einem biopsychosozialen Krankheitsmodell.

Grundgerüst (Framework) der ICF:



Integritätsschaden

Bei dauernder erheblicher Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erfolgt bei einem Unfallereignis eine Integritätsschädigung. Es handelt sich um eine nach der Schwere des Gesundheitsschadens abgestufte Kapitalleistung. Sie ist für alle Versicherte mit dem gleichen Gesundheitsschaden gleich hoch. Entsprechende Tabellen zur prozentualen Berechnung liegen vor (SUVA Tabellen).

Invalidität

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeitdauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG).

Invaliditätsgrad

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Bei der Berechnung des Invaliditätsgrades wird das zuletzt erwirtschaftete Einkommen (sog. Valideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum potenziell mit Behinderung erzielbaren Einkommen (sog. Invalideneinkommen):

$$\text{IV-Grad} = 1 - (\text{Invalideneinkommen} / \text{Valideneinkommen})$$

IVG

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (SR 831.20)

IVV

Verordnung über die Invalidenversicherung (SR 831.201)

Konsistenz(-prüfung)

Ergibt sich eine Übereinstimmung der Angaben des Versicherten mit den Befunden, den dargelegten funktionellen Einschränkungen, Akten und den fremdanamnестischen Angaben? Ergeben sich übereinstimmende, gleichmässige gesundheitliche Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen? Besteht ein Leidensdruck, welcher Behandlungs- und Eingliederungsmassnahmen nach sich zieht.

Krankheit (im Rechtssinn)	Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (Art. 3 ATSG). Im Bereich der Invaliden-, Unfall- und Militärversicherung sind der medizinische und der juristische Krankheitsbegriff nicht identisch, der medizinische Krankheitsbegriff (biopsychosoziales Krankheitsmodell) ist weiter gefasst als der juristische, der psychosoziale Faktoren als invaliditätsbegründende Ursachen ausschliesst.
Listendiagnose	Mit dem revidierten Bundesgesetz über die Unfallversicherung ist der Art. 6 Abs. 2 per 01.01.2017 in Kraft getreten, der die Leistungspflicht des Unfallversicherers auch bei sogenannten Listendiagnosen bestimmt, ausser, diese sind vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen. Insbesondere die in der Liste enthaltenen Meniskus- und Sehnenrisse sind Gegenstand von Kontroversen. Die bereits vor der Revision als unfallähnliche Körperschädigung bezeichnete Anspruchsgrundlage wurde nun, einhergehend mit Modifikationen in der Formulierung, von Verordnungs- auf Gesetzesebene gehoben. Der Unfallversicherer kann sich lediglich aus seiner Leistungspflicht befreien, wenn er mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit darlegen kann, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist.
Leistung	(engl. Performance): Das Beurteilungsmerkmal für Leistung beschreibt, was ein Mensch in seiner gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt tut.
Leistungsfähigkeit	(engl. Capacity): Das Beurteilungsmerkmal für Leistungsfähigkeit beschreibt die Fähigkeit eines Menschen, eine Aufgabe oder eine Handlung durchzuführen. Dabei wird das höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit beschrieben, das ein Mensch in einer bestimmten Domäne zu einem bestimmten Zeitpunkt erreichen kann.
Medizinische Massnahmen	Als medizinische Massnahmen im Sinne von Art. 12 IVG gelten namentlich chirurgische, physiotherapeutische und psychotherapeutische Vorkehren, die eine als Folgezustand eines Geburtsgebrechens, einer Krankheit oder eines Unfalls eingetretene Beeinträchtigung der Körperbewegung, der Sinneswahrnehmung oder der Kontaktfähigkeit zu beheben oder zu mildern trachten, um die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Die Massnahmen müssen nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sein und den Eingliederungserfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 IVV).
Plausibilität(-sprüfung)	Sind die medizinischen Befunde in sich schlüssig und widerspruchsfrei? Passen die beschriebenen Beschwerden, gezeigten Symptome, Befunde und Anamnese zur postulierten Diagnose und den daraus resultierenden und zu erwartenden Funktionsausfällen?

Qualitätsindikatoren	Die EKQMB hat folgende 6 Qualitätsindikatoren festgehalten: 1. Bearbeitungsfristen dürfen nicht zu lang sein. 2. Dauer des Untersuchungsgesprächs muss der Fallkomplexität angemessen sein. 3. Ethische Grundprinzipien des Begutachtungsgesprächs: Ein respektvoller und fairer Ablauf muss gewährleistet sein. 4. Nachvollziehbare Begründung der Diskrepanzen zu Vorberichten 5. Berücksichtigung der Ressourcen, Belastungen und Funktionseinschränkungen bei der Begutachtung 6. Die gutachterliche Beurteilung der Konsistenz und Plausibilität muss nachvollziehbar begründet werden
Ressourcen	Mit Ressourcen sind die gesunden Anteile des Menschen gemeint: Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse, Geschicke, Erfahrungen, Talente, Neigungen und Stärken. Dazu gehören auch die Fähigkeiten, sich im Leben zurechtzufinden, sich an Neues anzupassen und Stürme zu überstehen. Gute Beziehungen zu Mitmenschen und ein tragfähiges soziales Netz sind ebenso bedeutende Bestandteile der persönlichen Ressourcen. Das Ausmass der persönlichen Ressourcen hat wesentlich mit der zugrundeliegenden Persönlichkeit zu tun.
SELF	Selbsteinschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit der FG BERE (Berufliche Eingliederung und Ergonomie) der SIM: Der SELF umfasst 20 Fragen mit Bildern von typischen Arbeits- und Alltagssituationen mit jeweiligen kurzen Text-Beschreibungen. Der Summenscore des SELF kann sowohl für den Vergleich mit physischen Testverfahren oder gängigen Klassifikationen der Arbeitsschwere miteinbezogen werden. Der SELF liegt in zahlreichen Sprachversionen vor und bewährt sich insbesondere bei Personen mit geringen Sprachkenntnissen. Die Selbsteinschätzung ist ein wichtiges prognostisches Kriterium hinsichtlich des Erfolgs einer beruflichen Eingliederung und Behandlungserfolg.
Schadenminderungspflicht	Die Schadenminderungspflicht besagt, dass dem Geschädigten Massnahmen zuzumuten sind, die ein vernünftiger Mensch in der gleichen Lage ergreifen würde, wenn er keinerlei Leistungen zu erwarten hätte. Beispiele schadenmindernder Vorkehren sind die Arbeitssuche und die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, deren Kosten die Krankenversicherung vergütet. Einer versicherten Person können nur Massnahmen zugemutet werden, die auch verhältnismässig sind. Der medizinische Experte liefert die Grundlagen für diesen Entscheid.
Simulation	Bewusstes Vortäuschen einer krankhaften Störung zu bestimmten, klar erkennbaren Zwecken. Die Beschwerden werden präsentiert, aber nicht erlebt, im Gegensatz zu psychosomatischen und somatoformen Beschwerden.
Somatisierung	Präsentation körperlicher Symptome ohne adäquaten organischen Befund bei psychischem Stress (In der ICD-11: somatische Belastungsstörung; ältere Bezeichnung: funktionelle Störung)
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts. Gesetze und Verordnungen sind unter der entsprechenden SR Nummer im Internet zu finden [www.admin.ch]

Status quo ante	Ist ein unfallfremdes (krankhaftes) Grundleiden vorhanden, kann dieses durch den Unfall eine Verschlimmerung erfahren. Ist diese nur vorübergehend, wird zu einem bestimmten Zeitpunkt (Terminierung) der Status quo ante erreicht, in dem sich lediglich noch der Vorzustand auswirkt, die Unfallfolgen aber abgeheilt sind.
Status quo sine	Hat das vorbestandene Grundleiden ohnehin einen progredienten Verlauf, ist der Status quo sine in jenem Zeitpunkt erreicht, in dem sich die vorübergehende unfallbedingte Verschlimmerung nicht mehr auf den schicksalsmässigen Verlauf der Krankheit auswirkt.
Symptomausweitung	Der Begriff "Symptomausweitung" ist keine Diagnose und kein nosologisches Konstrukt. Er beschreibt nur ein Phänomen, welches im Wesentlichen folgende Beobachtungen umfasst: Der Patient beklagt übermässig starke und allenfalls auch topographisch ausgeweitete Symptome (im Widerspruch zur klinischen Erfahrung bei der gegebenen medizinischen Problematik), er zeigt eine ausgeweitete Funktions-einschränkung und Einschränkung von Aktivitäten und eine mangelnde Leistungsbereitschaft bei der Belastungserprobung. Bei der Untersuchung finden sich deutliche Inkonsistenzen.
Umschulung	Der Versicherte hat Anspruch auf Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder verbessert werden kann (Art. 17 IVG).
Unfall (im Rechtssinn)	Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).
Verschlimmerung	Das vorbestandene Grundleiden kann durch ein Unfallereignis dauernd eine dauernde Verschlimmerung erfahren, in dem der Status quo ante nie mehr erreicht wird und ein Defektzustand zurückbleibt.
- richtunggebend	Eine richtunggebende Verschlimmerung hat das unfall-unabhängige Leiden erfahren, wenn es durch den Unfall früher zur Entwicklung gebracht bzw. in seinem zeitlichen Ablauf beschleunigt oder erst in ein bleibend schmerzhaftes Stadium gebracht worden ist.
- vorübergehend	Ein Vorzustand wird durch den Unfall temporär verschlimmert, danach wird wieder der Status quo ante (Terminierung) erreicht.
Zumutbarkeit	Zumutbarkeit ist ein juristischer Begriff, der bisher in keinem Gesetz definiert wurde. Zumutbarkeit als Rechtsbegriff dient der Begrenzung von Versicherungsansprüchen. Der Begriff steht in enger Beziehung zum Begriff der Verhältnismässigkeit: zumutbare Massnahmen müssen verhältnismässig sein. Nach allgemeinem Sprachgebrauch versteht man unter dem Begriff Zumutbarkeit, dass man von einer bestimmten Person ein bestimmtes Verhalten erwarten oder verlangen darf, auch wenn dieses Verhalten mit Unannehmlichkeiten und Opfern verbunden ist. Aus medizinischer Sicht orientiert sich die Zumutbarkeit grundsätzlich an den vorhandenen Fähigkeiten und Defiziten der betreffenden Person in Bezug auf arbeitsbezogene Anforderungen. Die Begriffe Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit sind eng miteinander verknüpft. Für den Mediziner ist die Zumutbarkeit in der Regel dann nicht mehr gegeben, wenn eine Krankheit von erheblichem Schweregrad mit schlechter Prognose vorliegt, welche die Fähigkeit, angepasste Arbeit zu leisten, ganz oder teilweise aufhebt oder ein erhebliches Risiko einer Verschlechterung der Gesundheit.

Literatur

1. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Deutschland): Leitlinien für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen. Version 2023 [www.awmf.org]
2. Bedeutung der ICF bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Leistung. In: Riemer-Kafka G. (Hrsg.): Versicherungsmedizinische Gutachten. 3. Aufl., Verlag Stämpfli, Bern (2017), S. 140-173.
3. Begutachtungsleitlinien Versicherungsmedizin 2020 (6 Fachgesellschaften).
<https://www.swiss-insurance-medicine.ch/storage/app/media/Downloads/Dokumente/Fachwissen/Gutachten/leitlinien-allgemeiner-teil-stand-szs-fur-homepages-04122020.pdf>.
4. Egle U., Kappis B., Schairer U., Stadtland C. (Hrsg.): Begutachtung chronischer Schmerzen. Verlag Elsevier Urban & Fischer, München (2014).
5. Herzog-Zwitter I.: Versicherungsmedizin – aktuelle Gesetzgebung und Rechtsprechung. Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2023, Verlag DIKE, Zürich/St. Gallen 2023; S. 159-186.
https://www.swiss-insurance-medicine.ch/storage/app/media/Downloads/Dokumente/Fachwissen/Literatur/HERZOG-ZWITTER_JaSo_2023.pdf
6. Hoffmann-Richter U./Jeger J./Schmidt H.: Das Handwerk ärztlicher Begutachtung. Verlag Kohlhammer, Stuttgart (2012).
7. Oesch P., Hilfiker R., Keller S., Kool J.: Assessment in der Rehabilitation. Band 2: Bewegungsapparat. 3. Auflage. Verlag Hogrefe, Bern (2017).
8. Riemer-Kafka G. (Hrsg.): Versicherungsmedizinische Gutachten. 3. Auflage. Stämpfli Verlag, Bern (2017).
9. Schuntermann M.: Einführung in die ICF. Grundkurs – Übungen – offene Fragen. 6. Auflage. Ecomed Verlag, Heidelberg/München (2022).
10. Swiss Insurance Medicine: Arbeitsunfähigkeit. Leitlinie zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nach Unfall und bei Krankheit. 4. Aufl. (2013).
https://www.swiss-insurance-medicine.ch/storage/app/media/Downloads/Dokumente/Fachwissen/Arbeitsunfaehigkeit/Arbeit_sunf%C3%A4higkeit/220729_SIM_Arbeitsunf%C3%A4higkeit.pdf
11. Swiss Insurance Medicine: Zumutbare Arbeitstätigkeit. Wegleitung zur Einschätzung der zumutbaren Arbeitstätigkeit nach Unfall und bei Krankheit. 2. Aufl. (2013).
https://www.swiss-insurance-medicine.ch/storage/app/media/Downloads/Dokumente/Fachwissen/Arbeitsunfaehigkeit/zumutbare-arbeitstaetigkeit/220729_SIM_Zumutbare%20Arbeitst%C3%A4tigkeit.pdf
12. Weise K., Schiltenswolf M.: Grundkurs orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung. 2. Auflage. Springer Verlag, Heidelberg (2014).

*Arbeitsgruppe Versicherungsmedizin der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie (SGR), in Zusammenarbeit mit der Interessengemeinschaft Swiss Insurance Medicine (SIM) und der Schweizerischen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (SGPMR)
Last update 03.07.2026*