

Tumor-assoziierte Fatigue

M. Dörmann, Bochum

Aus der IMB Consult GmbH, Bochum (Leitender Beratungsarzt: Dr. M. Dörmann)

Zusammenfassung

Tumor-assoziierte Fatigue (CrF = Cancer-related Fatigue) ist ein häufiges Krankheitsbild, das im Zusammenhang mit onkologischen Leiden auftritt, von Gefühlen der Ermüdung und mangelnder Energie geprägt ist und selbst nach erfolgreicher Primärbehandlung des Grundleidens als eigenständiges Geschehen zu Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität sowie der Arbeits- und Berufsfähigkeit bis hin zur Berufsunfähigkeit führen kann. Es finden sich Hinweise darauf, dass die Betroffenen darunter mehr leiden als unter Schmerzen.

Stichworte: Onkologie, Begutachtung, Arbeitsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit

Summary

Cancer-related Fatigue

Cancer-related Fatigue (CrF) is a common disease that occurs in connection with oncological disease, characterised by feelings of fatigue and lack of energy and even after successful primary treatment of the underlying disease as an independent event in impairment of the health and quality of life as well as the ability to work can lead to vocational disability. There are indications that the affected persons suffer more from CrF than from pain.

CrF-Patienten leiden unter Antriebsmangel und erhöhter Ermüdbarkeit, oft auch Schmerzen und Schlafstörungen. Nach Erholungsphasen tritt keine oder nur eine geringe Besserung ein. Die *Lebensqualität* und *Leistungsfähigkeit* sind vermindert. Das Erschöpfungsgefühl steht in keinem Zusammenhang mit der vorausgehenden Belastung.

CrF kann zu jedem Zeitpunkt der Grunderkrankung auftreten, als Erstsymptom, während und nach der Therapie.

Die Symptome können zeitlich begrenzt oder längere Zeit auftreten, in einzelnen Fällen noch Jahre nach Abschluss der Tumorthherapie. Die Symptomatik ist letztlich unspezifisch.

CrF ist eine *Ausschlussdiagnose*. Differenzialdiagnostisch ist die *Depression* abzugrenzen: Hier finden sich zusätzlich Interessenverlust, Freudlosigkeit und gedrückte depressive Stimmung, Symptome also, die nicht typisch für die CrF sind und mit dem „Zwei-Fragen-Test“ abgeklärt werden:

1. „Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?“
2. „Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Freude und Lust an Dingen, die Sie sonst gerne tun?“

Wenn beide Fragen bejaht werden, so liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit (zusätzlich) eine Depression vor. Ein Drittel der CrF-Patienten zeigt zusätzlich eine *Major Depression* nach DSM-IV. Ob das Fatigue-Syndrom eher den Depressionen zugerechnet werden muss, wird an anderer Stelle bestritten.

Bei der Fatigue gilt „*ich will – aber ich kann nicht*“ (*Frustration*), bei der Depression dagegen „*ich will nicht – und ich habe alle Interessen verloren*“.

Die *internistische* Differenzialdiagnose umfasst Anämien, Hypothyreose, Leber- und Nierenfunktionsstörungen und ein Rezidiv der Grunderkrankung.

Diagnostik

Bei Tumorpatienten sollte nach der Leitlinie des NCCN gezielt nach *Erschöpfung* gefragt werden; oft scheitert die Diagnosestellung an kommunikativen Problemen.

Einleitung

Bei Patienten mit malignen Grunderkrankungen kommt recht häufig ein Krankheitsbild zur Beobachtung, das sich mit Müdigkeit, Erschöpfung und fehlender Erholung nach Ruhephasen relativ unabhängig von der Phase der Erkrankung (vor Erstdiagnose, nach Diagnosestellung, Erstbehandlung, Folgebehandlungen, Rezidiv) darstellt.

Die Symptomatik führt je nach Ausprägungsgrad zur *Arbeitsunfähigkeit* der Betroffenen, die je nach Dauer auch in eine *Berufsunfähigkeit* übergehen kann. Mithin werden die Leistungspflichten von Krankentagegeldversicherern und Lebensversicherern tangiert.

Definition

Das Störungsbild *Tumor-assoziierte Fatigue* (CrF = *Cancer-related Fatigue*) wird bisher weder in ICD-10 noch DSM als Diagnose erfasst und daher als R53 (*Müdigkeit und Erschöpfung*) verschlüsselt. Man unterscheidet die akute CrF, die innerhalb weniger Wochen verschwindet von der *chronischen* Form, die über mehr als sechs Monate persistiert.

Epidemiologie und Ursachen

Bis zu 40 % der onkologischen Patienten bei Entlassung aus der stationären Behandlung leiden unter CrF. Zwei Jahre nach Abschluss der Behandlung fanden sich bei 48 % der Pati-

enten Zeichen der CrF, bei 12 % waren sie sehr stark ausgeprägt.

CrF ist bei 50 bis 96 % der Behandelten die häufigste Nebenwirkung bei *Chemotherapien*, nach einer *Strahlentherapie* trifft das Leiden 35 bis 100 % der Patienten, abhängig von der Größe des bestrahlten Areals. Mit jedem Therapiezyklus nimmt die Müdigkeit zu. Müdigkeit und Schwäche sind auch Nebenwirkungen bei der *Immuntherapie* mit Zytokinen oder Wachstumsfaktoren.

Sah man zu Anfang der Beschreibung eher organisch-monokausale Ansätze zur Erklärung, so ging die Ursachenforschung später auf ein multimodales Konzept über.

Als Pathomechanismen werden TNF-Rezeptoren, Veränderungen in kortikalen und spinalen Zentren der Sensomotorik und auf muskulärer Ebene im Bereich von Erregungs- und Energiestoffwechsel diskutiert. Im Sinne eines *bio-psycho-sozialen Modells* wirken somatische, emotionale, kognitive und psychosoziale Faktoren zusammen.

Den Stellenwert der CrF verdeutlicht auch eine eigene Website zum Thema. Auch die Fachgesellschaften haben sich des Themas angenommen.

Symptome

Die Patienten berichten: „*Ich bin unglaublich müde, ich kann nichts mehr machen, mir fehlt jede Lebensenergie*“.

Tabelle 1 Diagnosekriterien der CrF (Rüffer, Schwarz 2006)

1. Müdigkeit, Energiemangel, gesteigertes Ruhebedürfnis
2. Generalisierte Schwäche oder Gliederschwere
3. Konzentrationsstörungen
4. Mangel an Motivation oder Interesse an Alltagsaktivitäten
5. Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafbedürfnis
6. Erleben des Schlafs als wenig erholsam
7. Gefühl, sich zu jeder Aktivität zwingen zu müssen
8. Emotionale Reaktion auf die Erschöpfung
9. Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung
10. Störungen des Kurzzeitgedächtnisses
11. Nach körperlicher Anstrengung mehrere Stunden dauerndes Unwohlsein

von den 11 Kriterien müssen mindestens 6 zutreffen

Grundlage der Diagnostik ist das strukturierte psychiatrische Interview mit Erhebung der Anamnese und ggf. der Fremdanamnese.

Fragebögen oder Interviews dienen der Ergänzung und Bestätigung, sie haben zudem ihren festen Platz in der Verlaufsbeurteilung. Hier kommt beispielsweise das *Multidimensional Fatigue Inventory (MFI)* zum Einsatz, in dem 20 Selbsteinschätzungsfragen gestellt werden. Verlässliche Labor- oder Funktionstests gibt es nicht.

Therapie

Information und Beratung stehen an erster Stelle. Bereits das Wissen um die Natur der Erkrankung kann die Betroffenen entlasten.

Die folgenden Therapieempfehlungen haben einen *Evidenzlevel* von 1 bis 2 (nach Oxford Center Evidence Based Medicine):

Tabelle 2 Fragen in der Anamnese

Schlafqualität	soziale und Umweltfaktoren
Medikamente	Substanzgebrauch
Körperliche Aktivität	Schmerzen

Die *nichtpharmakologischen* Behandlungsverfahren stimmen im Wesentlichen mit den leitliniengerechten Verfahren bei der *Depression* überein: Sport, Bewegung, Psychoedukation, kognitive Verhaltenstherapie, Entspannungsverfahren, Aktivitäts- und Energiemanagement (Ruhepausen einlegen, angenehme Beschäftigungen ausüben).

Das *medizinische Aufbautraining* soll mehrmals pro Woche mit 30 bis 45 Minuten dauernden Trainingseinheiten stattfinden, mit täglichen Ausdauer- und zweimal wöchentlichen Krafttrainingseinheiten, idealerweise lebenslang. In der Endstufe sollen 70 bis 80 % der maximalen Belastbarkeit als Trainingslevel angestrebt werden.

Die *pharmakologischen* Ansätze unterscheiden sich dann aber von denen bei der Depression: *Aktivitäts- und konzentrationssteigernde* Medikamente wie Methylphenidat in höheren Tagesdosen bis 50 mg (Off-Label-Use in Deutschland), Kortikosteroide (nicht über längere Zeiträume). TRH ist in Deutschland zu therapeutischen Zwecken nicht zugelassen, Modafinil nicht empfehlenswert wegen schwerer unerwünschter Wirkungen (affektive Störungen, schwere Hautreaktionen).

Einige Studien zeigen eine günstige Wirkung von amerikanischem und asiatischem Ginseng, der bereits zur Behandlung von Erschöpfungszuständen zugelassen ist. Erste Erfahrungen gibt es auch mit Guarana, einem Extrakt aus einer im Amazonasbecken vorkommenden Lianenart, dessen Wirkstoff in erster Linie 1,3,7-Trimethylxanthin (Koffein) ist.

Patienten mit einer *Anämie* profitieren von hämatopoetischen Wachstumsfaktoren.

Sozialmedizinische Bewertung

In der sozialmedizinischen Beurteilung der CrF entscheidet nicht die Diagnose, sondern Art und Umfang der Symptomatik und deren Auswirkungen auf die berufliche Leistungsfähigkeit.

Für den typischen Verlauf eines Tumorleidens muss der Gutachter bedenken, dass *zu Anfang der Diagnostik und Therapie* die Bewältigung von Ängsten, Operationen, Schmerzen, un-

erwünschten Arzneiwirkungen und körperlichen Behinderungen im Vordergrund für den Betroffenen stehen.

Nach Abschluss der Therapie folgt eine Phase, in der erst eigene Hilflosigkeit, Ohnmacht und Ausgeliefertsein der Krankheit gegenüber, Gefühle des Versagens und der Schuld auftreten. Diese Gefühle müssen oft verleugnet werden, um eine unerträgliche Bedrohung mit Verlust der Selbstbestimmtheit abzuwehren.

Erst jetzt wird auch realisiert, wie das bisherige *Lebenskonzept* zerstört und beispielsweise die Rückkehr in den Beruf erschwert oder unmöglich gemacht wird. In dieser Phase, in der aus *somatischer* Sicht eigentlich Arbeitsfähigkeit bejaht werden könnte, kann aus *psychoonkologischer* Sicht berechtigterweise *Arbeitsunfähigkeit* weiter bestehen.

Die sozialmedizinische Begutachtung der Arbeits- oder Berufsunfähigkeit sollte grundsätzlich erst *nach Abschluss der Primärbehandlung* erfolgen. Eine auf Jahre angelegte hormonelle Behandlung beispielsweise steht einer Beurteilung der Leistungsfähigkeit dagegen nicht im Wege.

Bei der Begutachtung muss neben dem strukturierten psychiatrischen Interview mit Erhebung der Eigen- und Fremdanamnese auch gezielt der *Tagesablauf* dargestellt werden. Dieser Eigenbericht kann Bestandteil eines *Arbeitsplatzfragebogens* sein, der zudem als Selbsteinschätzungstest arbeitsplatzspezifische Anforderungen und Belastungen sowie vorhandene oder fehlende psychosoziale Unterstützung erfragt.

CrF muss grundsätzlich als *vorübergehende Störung* interpretiert werden; der Gutachter muss beschreiben, ob die Diagnose gesichert ist, die therapeutischen Optionen ausgeschöpft wurden, welche weiteren Optionen es gegebenenfalls noch gibt und ob rehabilitative Maßnahmen angezeit sind.

Beachtenswert ist, dass die Betroffenen trotz schwerer Belastung oft nicht krank wirken.

Auch wenn keine Ursachen identifiziert werden können, müssen die Beschwerden ernst genommen werden. Oft tritt die Ursache erst später zutage.

Werden diese Punkte bei der Begutachtung nicht beachtet, resultiert eine verzerrte Bewertung. Gleiches gilt, wenn der Gutachter (wie der Therapeut) *eigene* Ängste, Depressionen und Aggressionen nicht von den Gefühlen des Probanden bewusst trennen kann und so für die Fragen und Bedürfnisse des Betroffenen nicht zur Verfügung steht.

Es kann hier die (unbewusst verursachte) reflexhaft wirkende Schlussfolgerung des Gutachters resultieren, der Proband müsse „sich nur zusammenreißen“, um die Beschwerden zu überwinden. Die Frage des Gutachterauftraggebers, ob die Störung *aus eigenem Antrieb überwunden* werden könne, wird dann mit „Ja“ beantwortet.

Hinweise zur praktischen Durchführung der Begutachtung finden sich beispielsweise bei Hausotter (*Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen*, 2004).

Nach der Konzeption der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) sind bei der Begutachtung die Kategorien Funktionsfähigkeit und Behinderung zentral.

Der Gutachter muss den Zusammenhang zwischen Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit und Teilhabe an verschiedenen Bereichen der beruflichen Tätigkeit ebenso wie an anderen Lebensbereichen herausarbeiten und auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit übertragen.

Bei der Begutachtung der Arbeits- und/oder Berufsunfähigkeit werden Funktionsstörungen ermittelt, um daraus eine differenzierte Beurteilung von *Fähigkeitsstörungen* (Einschränkungen der Aktivitäten) und *noch vorhandenen Fähigkeiten* (*Ressourcen*) abzuleiten. Die sich aus der Behandlung des Grundleidens ergebenden funktionellen Einschränkungen (Folgen der OP, Bestrahlung, Chemotherapie) müssen in die Gesamtbewertung mit einfließen.

Auch eine möglicherweise zusätzlich bestehende *Anpassungsstörung* muss erkannt und bewertet werden. Weiter muss das *prognostische Risiko der Grunderkrankung* Beachtung finden, insbesondere, wenn es (auch) um Berufsunfähigkeit geht.

Fatigue und Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit nach den Bestimmungen der privaten Krankenversicherung (PKV) liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht (§ 1 Abs. 3 MB-KT 2009).

Neben der Anamnese, der körperlichen und psychiatrischen Untersuchung sind die *Aktenlage* zu würdigen:

- OP-Bericht
- Entlassungsbericht des Primärkrankenhauses

- Reha-Entlassungsbericht
- Nachsorgebefunde
- Berichte der behandelnden Ärzte (und ggf. Psychotherapeuten)

Körperliche Aktivität wie auch die (möglichst frühzeitige) Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit sind *protektive Faktoren* bei CrF. Es ist daher zu einem möglichst frühen Zeitpunkt der Erkrankung zu prüfen, ob nicht zumindest eine *Teilarbeitsfähigkeit* besteht. Dies bedeutet bei Angestellten, ob sie *wiedereingegliedert* werden oder einen *Arbeitsversuch* machen sollen, und bei Selbständigen, ob sie zumindest *stundenweise* ihre Tätigkeit oder Teilgebiete davon wieder aufnehmen können. Körperliche Inaktivität ist außerordentlich kontraproduktiv und führt zur Chronifizierung.

Auf der Ebene der *Aktivitäten* werden bewertet:

- Körperliche Belastbarkeit (Heben, Tragen, Ausdauer, Selbstversorgung, Wegefähigkeit, Treppensteigen)
- Umgang mit Stress und Zeitdruck
- Psychische Anforderungen am Arbeitsplatz
- Verantwortung
- Schichtarbeit
- Publikumsverkehr

Bei der Bewertung der *Teilhabe* spielen eine Rolle

- Selbständiges Handeln
- Anerkennung und Unterstützung am Arbeitsplatz und im sozialen Umfeld
- Haushaltsführung
- Freizeitverhalten
- Benutzung von Verkehrsmitteln

In der Krankentagegeldversicherung ist die individuelle Belastbarkeit in der exakt *zuletzt ausgeübten Tätigkeit* zu beschreiben.

Die bestehende Belastbarkeit sollte sich auf die Teiltätigkeiten beziehen und in Stunden pro Arbeitstag angegeben werden.

Fatigue und Berufsunfähigkeit

Berufsunfähigkeit (im Sinne der *Krankentagegeldversicherung* der PKV) liegt dann vor, wenn im bisher ausgeübten Beruf eine mehr als 50 %ige Erwerbsunfähigkeit auf nicht absehbare Zeit vorliegt (§ 15 Abs. 1 MB-KT 2009).

Berufsunfähig (im Sinne der *Berufsunfähigkeitsversicherung*) ist, wer seinen zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall ganz oder

teilweise voraussichtlich auf Dauer nicht mehr ausüben kann (§ 172 Abs. 2 VVG).

62 % der Krebsüberlebenden kehren an ihren Arbeitsplatz zurück. Bei 20 bis 30 % der CrF-Patienten tritt jedoch eine *Chronifizierung* auf. Die „Entwöhnung von der beruflichen Tätigkeit“ und das Alter spielen bei der Entwicklung einer Berufsunfähigkeit ebenfalls eine gewichtige Rolle.

Berufsunfähigkeit ist häufiger bei fehlender Unterstützung am Arbeitsplatz, Handarbeit und Krebsleiden des Kopfes und Halses.

Sind die Symptome *während der Therapie* (Chemotherapie, Bestrahlung) schon ausgeprägt, so spricht vieles dafür, dass diese auch nach der Therapie wieder auftreten oder persistieren.

Arbeitsplatzverlust, fehlende Einbindung in soziale Strukturen und das enge Umfeld (Familie, Partnerschaft, Freunde) und Stigmatisierung bewirken eine *Prognoseverschlechterung*.

Das *prognostische Risiko der Grunderkrankung* ist zu würdigen (Tumorstadium, Rezidiv, stattgehabte Therapie, Therapiefolgen, noch bestehende therapeutische Optionen). Eine *laufende Therapie unter palliativer Zielsetzung* spricht für Berufsunfähigkeit. Sofern ein fortgeschrittenes Tumorstadium vorliegt, soll die Begutachtung auch *vor Therapieabschluss* durchgeführt werden, da eine Berufsunfähigkeit fast zwangsläufig zu vermuten ist.

Bei einer chronischen Form des CrF können bei Vorhandensein von *kognitiven und Konzentrationsstörungen* Tätigkeiten nicht mehr möglich sein, die gefahrgeneigt sind, mit Instrumenten und Maschinen oder Verantwortung für Menschen ausgeführt werden oder berufliches Führen eines Kraftfahrzeuges beinhalten.

Die Begutachtung muss die vom Versicherten ausgeübten Teiltätigkeiten in ihrer zeitlichen Ausübbarkeit bewerten, das heißt in Stunden pro Arbeitstag. Zudem muss die *prognostische* Einschätzung abgegeben werden, wie sich die Leistungsfähigkeit in den kommenden Wochen und Monaten verändern wird.

Ein wichtiger Hinweis für das Vorliegen einer Berufsunfähigkeit ist dabei die Feststellung, dass das *jetzige Funktionsniveau* wahrscheinlich nur (eine Zeitlang) gehalten werden kann und sich dann weiter *verschlechtern* dürfte (Progress, Rezidiv, Abnahme der Wirksamkeit einer palliativen Therapie). Dann ist mit großer Sicherheit eine Berufsunfähigkeit anzunehmen.

Die spätere Wiederaufnahme der Tätigkeit widerspricht im Einzelfall dabei nicht der festgestellten Berufsunfähigkeit, da diese *ex ante* zu beurteilen ist.

Fazit

Die CrF ist eine häufige Begleiterscheinung bei Tumorleiden, die auf Grund mangelnder Kommunikation in ihrer Bedeutung wahrscheinlich noch unterschätzt wird. Sie hat großen Einfluss auf die Lebensqualität, den Gesundheitszustand und damit auch auf die Erwerbsfähigkeit.

Die Diagnostik folgt den Grundsätzen der *psychiatrisch-psychosomatischen Befunderhe-*

bung unter Berücksichtigung von definierten Krankheitskriterien. Die Therapie umfasst *multimodale Ansätze*; bei der Begutachtung ist stets zu prüfen, ob die *therapeutischen Optionen* wirklich alle ausgeschöpft wurden.

Die *Begutachtung* vergleicht verbliebene Ressourcen und bestehende Funktionseinbußen und bringt sie mit den Teiltätigkeiten der zuletzt ausgeübten Beschäftigung in Deckung. Daraus ergeben sich ggf. weiter bestehende *Arbeitsunfähigkeit* oder auch eine *Berufsunfähigkeit*. Es gibt prognostische Hinweisfaktoren, die eine Berufsunfähigkeit wahrscheinlich machen. Bei chronischen Verläufen und ausgeschöpfter Therapie ist eine Berufsunfähigkeit meist anzunehmen. Die Möglichkeiten der *Rehabilitation* sind im Gutachten immer zu diskutieren.

Wichtigster Grundsatz bei der Begutachtung onkologischer Patienten, auch in den übrigen beteiligten Fachdisziplinen, ist es, eine mögliche CrF zu *thematizieren* und die Betroffenen *gezielt* nach Symptomen zu befragen, die darauf hindeuten. Gegebenenfalls muss eine *psychiatrisch-psychosomatische Zusatzbegutachtung* empfohlen werden.

(Literatur beim Verfasser)

Anschrift des Verfassers:

Dr. Matthias R. Dörmann,
IMB Consult – Gesellschaft für
medizinische Gutachten,
Amtmann-lbing-Str.10, 44805 Bochum

NOTIZEN VOM TAGE

EFL-Test nach Isernhagen geeignet für die BU-Begutachtung

Der *EFL-Test*, entwickelt in den 1980er Jahren in den USA von Susan Isernhagen als System der *Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL)*, kann eine wertvolle Ergänzung in der Begutachtung für die private *Berufsunfähigkeits-(BU-)Versicherung* darstellen, berichtet der Orthopäde und Unfallchirurg M. Meyer-Clement vom Medizinischen Gutachteninstitut Hamburg – Rostock – Berlin in der Zeitschrift „*BU aktuell*“ (herausgegeben vom Rückversicherer General Reinsurance AG, Köln).

Zielparame-ter eines *kinesio-physischen Tests*, wie ihn das EFL-Verfahren darstellt, ist die maximale Leistungsfähigkeit innerhalb einer *ergonomischen Testausführung*. Die Leistungsgrenze wird durch erfahrene und gut geschulte Therapeuten beurteilt. Die Beurteilungskriterien sind standardisiert; bewertet werden Kraft, Stabilität und Beweglichkeit – dadurch ist das Testergebnis *objektiv*. Vergleichsbasis ist die *konkrete Belastungsanforderung* für den untersuchten Probanden.

Das EFL-System beruht auf 29 *standardisierten funktionellen Leistungstests*, welche auf zwei Tage verteilt werden. Untersucht werden Hantieren von Lasten, Haltung, Beweglichkeit, Handkoordination, Handkraft, Fortbewegung und statische Haltung.

Analysiert wurden 151 Begutachtungsfälle in der BU-Versicherung, bei denen der EFL-Test nach Isernhagen eingesetzt worden war. In 90 % der Fälle war der EFL-Test wertbar im Hinblick auf die Fragestellung.

Es zeigte sich eine große Übereinstimmung im Vergleich der *sozialmedizinischen Beurteilung* des Leistungsvermögens aufgrund der körperlichen Parameter (*Neutral-Null-Methode*) mit der Aktivitätsdiagnostik. Die Konsistenz war in 57 % der Fälle gut.

Der EFL-Test ersetzt somit zwar nicht das Gutachten bzw. den Gutachter, so Meyer-Clement zusammenfassend, er ist aber ein „*weitere Baustein*“ in der Begutachtung. Mit Einführung einer „*Aktivitätsebene*“ erhalte man ein neues Profil in der Begutachtung.

Der EFL-Test über zwei Tage biete eine ausgezeichnete Gelegenheit, das Verhalten der Probanden in der Belastungssituation, das Auftreten von Beschwerden und den Umgang damit zu beobachten. Er erlaube eine *realitätsbezogene Beurteilung* der *arbeitsbezogenen Belastbarkeit* und stelle momentan die beste verfügbare Annäherung an die Wirklichkeit dar.

Die Realitätsnähe der Aktivitätsdiagnostik führe insgesamt zu einer verbesserten Transparenz des Verfahrens und damit letztendlich zu einer höheren *Akzeptanz* des Ergebnisses der Begutachtung bei *allen Beteiligten*, insbesondere bei den Probanden.

Dr. A. Kubala, Orthopäde und Unfallchirurg aus Leipzig, erläutert anschließend die Bedeutung der EFL-Testung für die BU-Versicherung an einem Beispiel. Es handelt um einen 34-jährigen *Stahlbauschlossler*, welcher sich im Februar 2010 im Rahmen eines Arbeitsunfalls eine Fersenbeinrümmerfraktur rechts

mit begleitender Fraktur des rechten Innenknöchels zugezogen hatte. Die Verletzung war mehrfach operativ versorgt worden mit Teilmaterialentfernung im Juli 2010.

Eine Begutachtung nach den Maßgaben der *gesetzlichen Unfallversicherung* war zu dem Ergebnis gekommen, dass der Versicherte für seine letzte Tätigkeit als Stahlbauschlossler *nicht mehr wettbewerbsfähig einsetzbar* sei. Im Rahmen der Begutachtung auf Berufsunfähigkeit wurde – nach Rücksprache mit dem BU-Versicherer – eine *EFL-Testung* durchgeführt.

Als Ergebnis zeigte sich, dass der Versicherte seiner früheren beruflichen Tätigkeit als Stahlbauschlossler im Industriebau zu *über 50 %* nachkommen konnte. Zwar bestand eine geringe Instabilität des rechten Fußes, insbesondere beim lang andauernden Bewältigen schwerer Lasten; diese führte jedoch nicht dazu, dass die Bewegungsabläufe unsicher oder unergonomisch wurden. Weiterhin konnte keine Minderung des Gleichgewichtssinnes festgestellt werden.

Zusammenfassend konnte in der Auswertung der klinischen und der radiologischen sowie der in der EFL-Testung ermittelten Befunde ein Grad der *Berufsunfähigkeit* von *unter 50 %* festgestellt werden. Dieses Beispiel zeigt, dass solche Assessment-Verfahren dem Gutachter helfen, den Grad der Berufsunfähigkeit zu *objektivieren* und zu begründen, kommentiert Kubala.

GMO