



George Dergalis: Qual

# RECHTSPRECHUNG ZUR ANHALTENDEN SOMATOFORMEN SCHMERZSTÖRUNG

## Kritik aus dem Blickwinkel der Evidenz-basierten Medizin

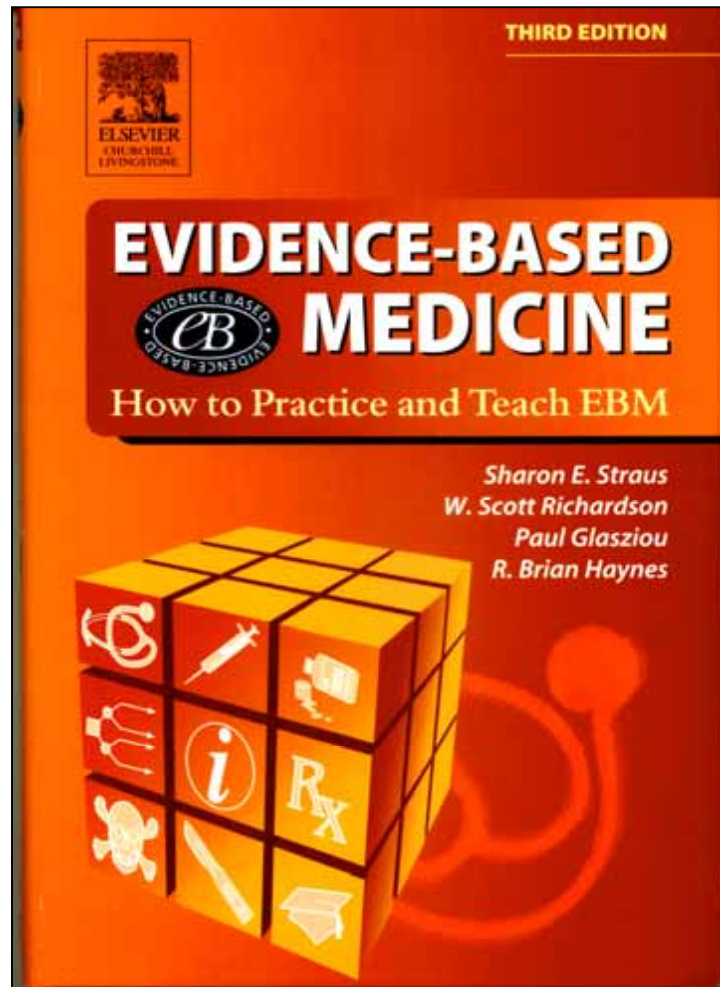
J. Jeger  
MEDAS Zentralschweiz, Luzern

ASIM Basel, 15.3. 2006

# Konsens

- Leitlinien sind hilfreich für das Management von häufigen Problemstellungen.
- Soziale Probleme sollen nicht medikalisiert werden.
- Bei der Begutachtung müssen die wissenschaftlichen Standards eingehalten werden. (BGE 128 I 85 E2)
- Eine medizinische Diagnose allein sagt nichts aus über den Grad der Behinderung. (BR U. Meyer, 2003)
- Es ist Aufgabe des Arztes, den Gesundheitszustand zu beschreiben und sich zur Arbeitsfähigkeit zu äussern. (BGE 105 V 158 E1)

# Evidenz-basierte Medizin



*Evidence-based medicine requires the **integration** of the **best research evidence** with **our clinical expertise** and **our patient's unique values and circumstances.***

Sharon E. Straus: Evidence-based Medicine. Churchill Livingstone, 3rd (2005)

# Argumentation der Rechtsprechung

- Durch soziale Umstände bedingte krankhafte Störungen bessern wieder, wenn die sozialen Stressoren wegfallen.
- Psychosozial bedingte krankhafte Störungen entsprechen deshalb nicht der Definition des **langdauernden** Gesundheitsschadens.
- Aus diesem Grund benützt die Rechtsprechung weiterhin das bio-psychische Krankheitsmodell und klammert soziale Faktoren aus.

# Kreisschreiben BSV

*„Die «somatoforme Schmerzstörung» im Besonderen wirkt sich in der Regel ohne psychiatrische Komorbidität nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus, das heisst eine Willensanstrengung zur Verwertung der Arbeitsfähigkeit wäre zumutbar.“*

Kreisschreiben des BSV KSIH Nr. 180 vom 1.7.2003

# Was verschwinden kann, ist nicht dauerhaft

*„Angaben über neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen sind besonders sorgfältig auszuwerten. Es handelt sich dabei häufig um psychische Störungen, die vorwiegend **durch äussere Umstände** oder **ungünstige Umgebung verursacht** werden und die **bei zumutbarer Veränderung der Verhältnisse verschwinden...**“*

# Was nicht dauerhaft ist, ist nicht invalidisierend

*„Da ihnen der Charakter der Dauerhaftigkeit fehlt,  
sind sie an sich nicht invalidisierend.“*

Kreisschreiben des BSV KSIH Nr. 180 vom 1.7.2003

# Umsetzung der Rechtsprechung an der Front

*„Deutliche Diskrepanz zwischen subjektiven Ganzkörperschmerzen und objektiven Befunden. Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung, gemäss Rz 1017 nach IV Recht keine Arbeitsunfähigkeit begründend...“*

MEDAS 5467/1.05, Eintrag des RAD Arztes im IV Protokoll



# Umsetzung der Rechtsprechung an der Front

*„Falls eine somatoforme Schmerzstörung vorliegt: sind die IV-rechtlichen Ausnahmekriterien entsprechend EVG-Urteil BGE I 683/03 erfüllt ?“*

# Umsetzung der Rechtsprechung an der Front

*„In den Unterlagen lässt sich kein Hinweis auf eine psychiatrische Komorbidität neben der somatoformen Schmerzstörung finden. Damit sind die IV rechtlichen Voraussetzungen zur Erteilung einer Rente nicht gegeben.“*

# Umsetzung der Rechtsprechung an der Front

## *Fragenkatalog des Verwaltungsgerichtes:*

1. ...

2. ...

3. *Liegt eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor ?*

4. *Falls ja, wie verhält es sich mit den in BGE 131 V 50 erwähnten Begleitfaktoren (psych. Komorbidität etc.)*

5. ...

6. ...

# Umsetzung der Rechtsprechung an der Front

*„Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung begründet ohne psychiatrische Komorbidität keine Arbeitsunfähigkeit. Nach unseren Erkenntnissen ist die psychiatrische Komorbidität aber nicht ausgewiesen... Die von Ihnen attestierte Arbeitsunfähigkeit ist für uns in diesem Kontext nicht nachvollziehbar.*

*Wir bitten Sie, das vorliegende Dossier erneut zu prüfen und unter Würdigung unserer Hinweise Bericht zu erstatten.“*

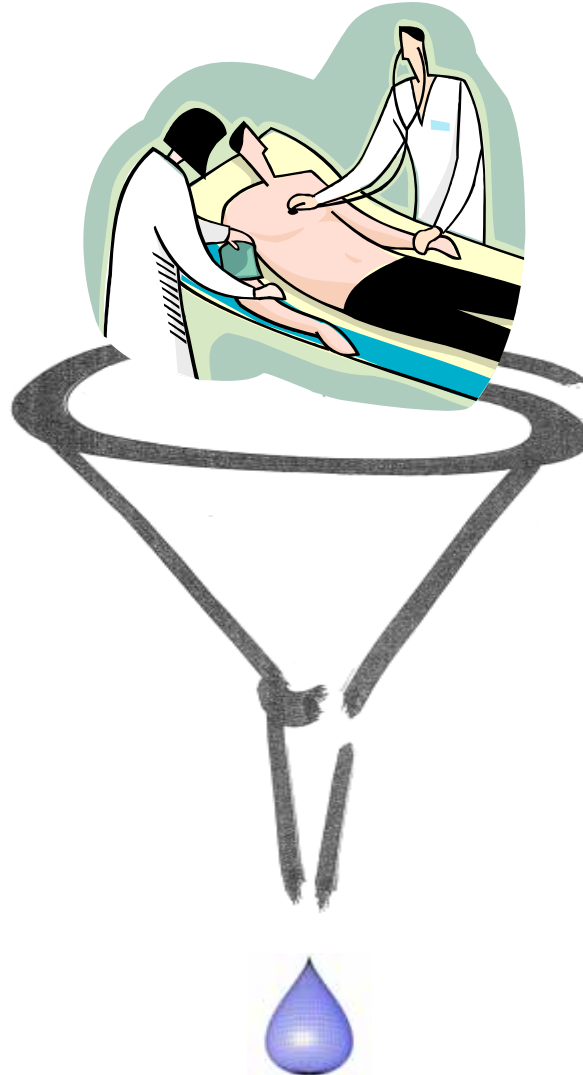
MEDAS 182/03: Brief des Direktors der IV-Stelle XY an MEDAS  
32 jg. Mann mit traumatisierendem Aufenthalt im Konzentrationslager, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Persönlichkeitsänderung, M. Bechterew

## Kritik 1: Krankheit X führt nicht zu Effekt Y ?

- Die Rechtsprechung hat zu stark normativ in die Medizin eingegriffen.
- Sie äussert sich in verallgemeinernder Weise über die Auswirkungen einer Krankheit.
- Ein medizinischer Kriterienkatalog gehört nicht in ein Leiturteil. Medizinische Kriterienkataloge sind ein Tool der Mediziner und werden ständig weiter entwickelt.

# Der juristische Trichter

Lebenssachverhalt



Defizite und Fähigkeiten  
des Menschen mit einem  
Gesundheitsschaden

*Transformation  
Konzentration  
Verdichtung*

*Informationsverluste*

juristischer  
Sachverhalt

BGE 130 V 352  
BGE 131 V 49

## Kritik 2: Verwendung der Foerster-Kriterien

- Aus den Publikationen von Klaus Foerster geht nicht hervor, dass sich seine Kriterien als Checkliste für die Überprüfung von Rentenansprüchen eignen.
- Die Foerster-Kriterien sind in den Urteilen des EVG selektiv zitiert und eigenwillig gewichtet.
- Der Kriterienkatalog hat vorerst den Stellenwert einer nicht validierten Hypothese.

# Prognosekriterien [Foerster 1993]

- Liegt ein **mehnjähriger Verlauf** vor ?
- Handelt es sich um einen **chronisch-kontinuierlichen** Verlauf oder sind zwischenzeitlich **Remissionen** – gegebenenfalls nach therapeutischen Massnahmen – zu beobachten ?
- Bestand oder besteht eine **regelmässige ambulante Therapie** ?
- Haben **stationäre Behandlungsmassnahmen**, möglicherweise mit unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen, stattgefunden ?
- Sind **Rehabilitationsmassnahmen gescheitert** ?

Foerster K: Die psychiatrische Beurteilung von Patienten mit neurotischen und somatoformen Störungen im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung. Psych Prax 1993; 20: 15-17



# Prognosekriterien [Foerster 1996]

- auffällige prämorbidie Persönlichkeitsstruktur bzw. -entwicklung
- **psychiatrische Komorbidität** (Persönlichkeitsstörungen, Suchtproblematik, hirnorganische Beeinträchtigungen)
- chronische **körperliche Begleiterkrankungen**
- Verlust der sozialen Integration: **Ehescheidung, Arbeitsplatzverlust, sozialer Rückzug**, Verlust persönlicher Interessen)
- hoher primärer und/oder sekundärer **Krankheitsgewinn**
- **primär chronifizierender Krankheitsverlauf** ohne längerdauernde Remissionen
- **unbefriedigende Behandlungsergebnisse**, trotz konsequenter Therapie, insbesondere gescheiterte stationäre Therapien

Winckler P, Foerster K, Der medizinische Sachverständige 1996; 92: 120ff



Hans Morschitzky

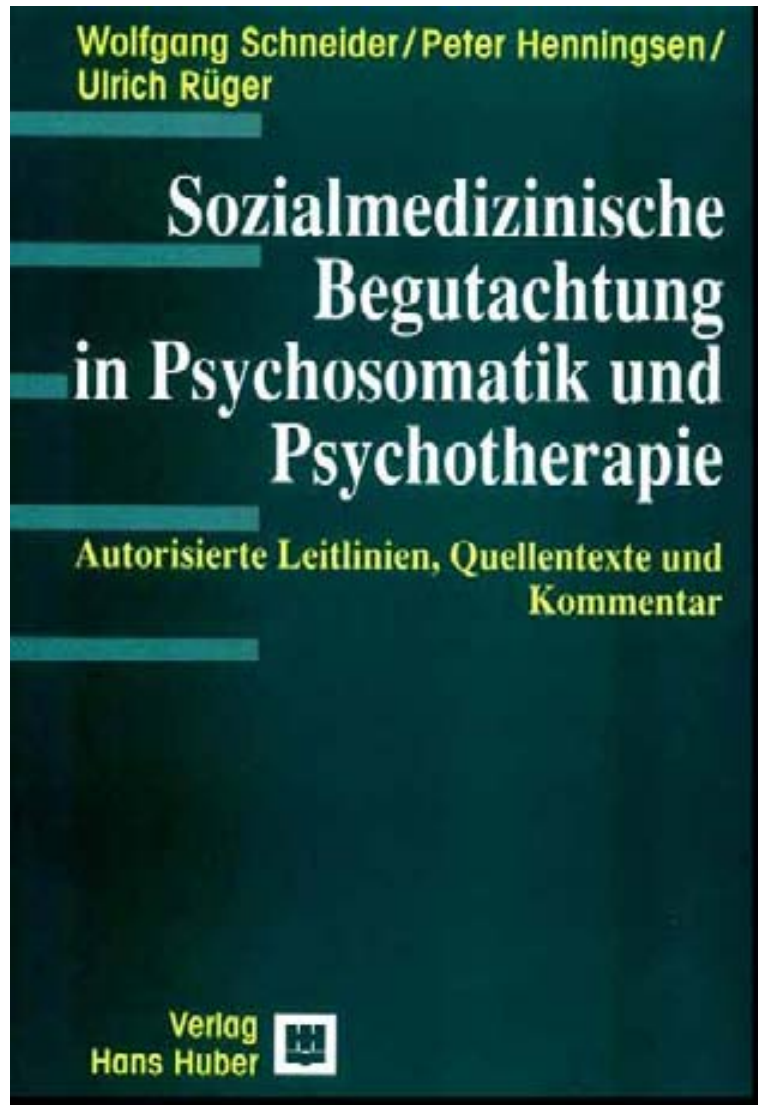
# Somatoforme Störungen

Springer Verlag (2000)  
ISBN 3-211-83508-3

# Prognosekriterien [Morschitzky 2000]

Bestimmte Faktoren sind bei einer Schmerzstörung prognostisch ungünstig:

- Arbeitslosigkeit zu Beginn der Schmerzbehandlung
- laufende oder abgeschlossene Anträge auf eine Berufsunfähigkeitspension
- Entschädigungsverfahren
- jahrelanger chronischer Schmerzverlauf vor Therapiebeginn
- Tendenz zu Somatisierung
- psychiatrische Zusatzdiagnosen (z.B. Depression)



Wolfgang Schneider et al.

# Sozialmedizinische Begutachtung in Psychosomatik und Psychotherapie

Verlag Hans Huber (2001)  
ISBN 3-456-83449-7

# Prognosekriterien [Schneider 2001]

Schweregrad und Prognose psychischer und psychosomatischer Störungen lassen sich z.B. aus folgenden Indikatoren erkennen:

- Art der psychischen Störung: schon die diagnostischen Kriterien mancher, aber nicht aller psychischer Störungen nach ICD-10 fordern das Vorliegen eines an den psychosozialen Folgen erkennbaren erheblichen Schweregrades der Störung, um die Diagnose stellen zu können
- psychische und körperliche Komorbidität
- psychosoziale Auswirkungen der Störung
- primäre Chronifizierung im bisherigen Verlauf, keine Remissionen
- erfolglose, aber konsequent und lege artis durchgeführte Vorbehandlungen



Wolfgang Hausotter

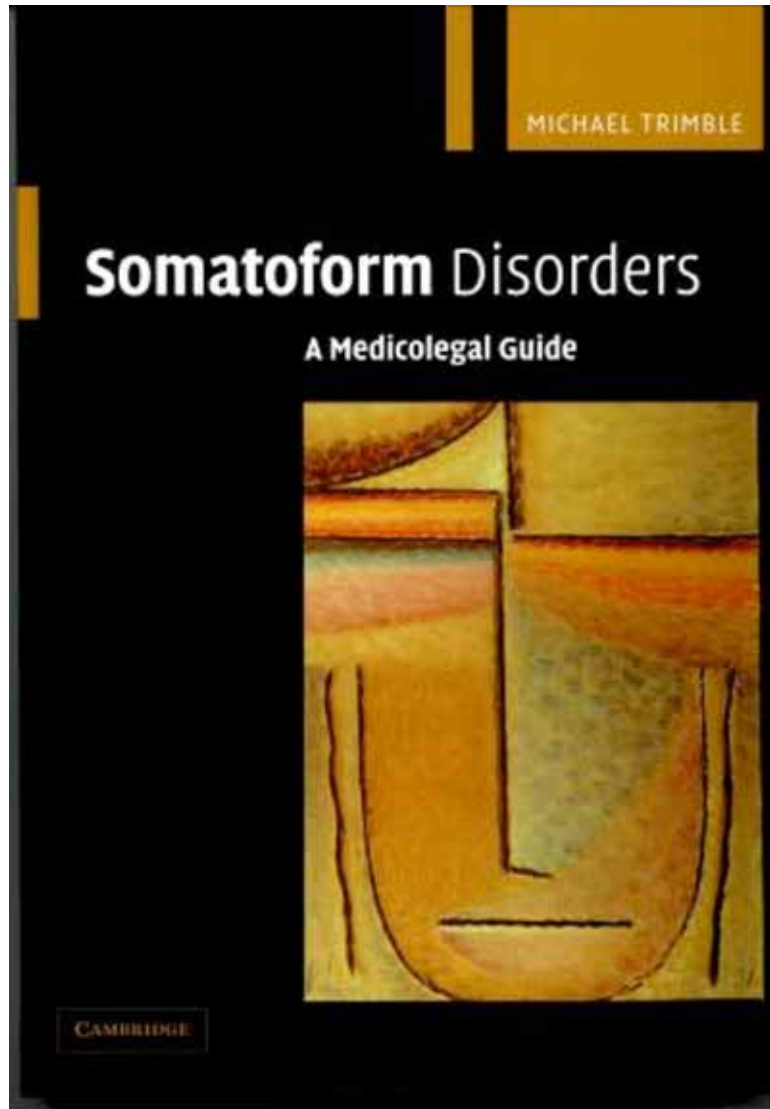
# Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen

Urban und Fischer, 2. Aufl. (2004)  
ISBN 3-437-22047-0

# Prognosekriterien [Hausotter 2004]

- mehr als drei **operative Eingriffe** im Zusammenhang mit Schmerzen
- **depressive und hypochondrische Wesenszüge**
- von Anfang an subjektiv **hohe Schmerzintensität**
- **Angst vor Veränderung**
- **Resignation** aufgrund vieler missglückter Behandlungsversuche
- starke **externale Attribution**
- ausgeprägter **primärer oder sekundärer Krankheitsgewinn**
- **Fehlen eines Konzeptes** zu Veränderungsbedingungen
- **Fehlen alternativer Verhaltensmöglichkeiten**
- **jüngeres Lebensalter** bei Erstmanifestation
- **Lebensalter über 50 Jahre**

Hausotter W.: Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen  
S. 61-62, 2. Aufl. (2004)



Michael Trimble (London)

# Somatoform Disorders A Medicolegal Guide

Cambridge University Press (2004)  
ISBN 0-521-81108-2



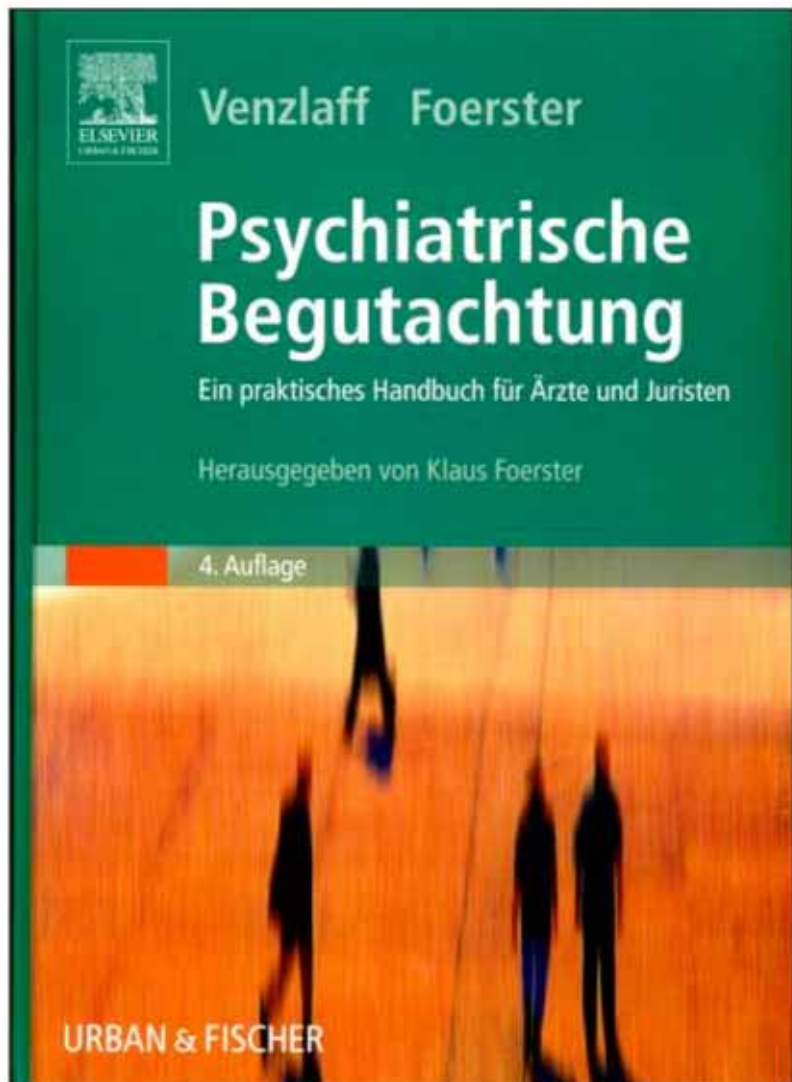
# Prognosekriterien [Trimble 2004]

## good outcome

- acute onset
- monosymptomatic
- depression/anxiety
- change in marital status
- acceptance of a psychological cause of the symptoms
- good compliance

## poor outcome

- chronic disorder
- polysymptomatic
- personality disorder
- **high consultation rates**
- **involvement in litigation**
- **receipt of financial benefits**



Venzlaff U, Foerster K

# Psychiatrische Begutachtung

Urban und Fischer, 4. Aufl. (2004)  
ISBN 3-437-22900-1

# Prognosekriterien [Foerster 2004]

- **psychiatrische Komorbidität** (Persönlichkeitsakzentuierung, Missbrauchsproblematik, geringfügige zusätzliche organische Beeinträchtigung)
- chronische **körperliche Erkrankungen**
- Verlust der sozialen Integration (**Ehescheidung, Arbeitsplatzverlust, sozialer Rückzug**)
- **mehrfähriger Verlauf** bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission
- **unbefriedigende Behandlungsergebnisse** trotz konsequent durchgeführter ambulanter und stationärer Behandlungsmassnahmen auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz
- **gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen**
- ausgeprägter **sozialer „Krankheitsgewinn“**

Venzlaff U., Foerster K.: Psychiatrische Begutachtung, S. 650, 4. Aufl. (2004)

## Prognosekriterien [Foerster 2004]

*„Bei dieser Liste handelt es sich nicht um eine abhakbare Checkliste. Dagegen sprechen sowohl die Komplexität jedes einzelnen Punktes als auch die vielfältigen Möglichkeiten des Einzelfalles. Die genannten Punkte sollen vielmehr dazu dienen, die häufig unübersichtliche Gemengelage der vielfältigen Faktoren zu strukturieren.“*

# Ausnahmefälle nach BGE 130 V 352

Mitwirkende **psychisch ausgewiesene Komorbidität** von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer

**oder aber**

- (1) chronische körperliche **Begleiterkrankungen** und **mehrfähriger Krankheitsverlauf** bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission
- (2) ein ausgewiesener **sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens**
- (3) ein verfestigter, **therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf** einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn)
- (4) **unbefriedigende Behandlungsergebnisse** trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und **gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen** bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person

# Ausnahmefälle nach BGE 130 V 352

*„Nicht erforderlich ist, dass sich eine psychiatrische Expertise in jedem Fall über jedes einzelne der genannten Kriterien ausspricht.“*

Urteil I 457/02 Erw. 7.4 vom 18. Mai 2004, nicht erwähnt in BGE 130 V 396

# Problem: die richtige Auswahl der Patienten

**AUSWAHL DER FRAUEN, DIE  
EINE OSTEOPOROSE-  
THERAPIE BENÖTIGEN**

Einzelne Beobachtungen:  
Frauen mit Frakturen haben eine  
niedrige Knochendichte



Hypothese: bei niedriger  
Knochendichte besteht ein  
erhöhtes Frakturrisiko



Überprüfung der Hypothese  
an einem grossen Kollektiv



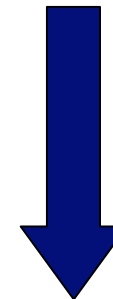
Leitlinie: Frauen mit einer  
niedrigen Knochendichte  
benötigen eine Therapie

**AUSWAHL DER PATIENTEN,  
DENEN EINE ERWERBS-  
TÄTIGKEIT UNZUMUTBAR IST**

Einzelne Beobachtungen (Foerster):  
Patienten mit bestimmten Kriterien  
können nicht eingegliedert werden



Hypothese: die Foerster-Kriterien  
korrelieren mit der Wahrscheinlichkeit  
einer Wiedereingliederung



**keine  
Validierung !**

Leiturtel: Aufnahme der Foerster-  
Kriterien in die Rechtsprechung

## Kritik 3: Stellenwert der Diagnosen

- Diagnosen allein sagen kaum etwas aus über das Ausmass einer Behinderung.
- Die Rechtsprechung und das Kreisschreiben des BSV sind zu stark auf Diagnosen fixiert.
- Diagnoseorientierte Beurteilungen führen zu Entscheiden, bei denen nicht die Behinderung ausschlaggebend ist.



# Diagnose und Behinderung

*„Eine besondere Problemgruppe stellen die Patienten mit einer somatoformen Störung dar, bei denen es ganz offensichtlich ist, dass mit der Diagnose allein überhaupt nichts ausgesagt ist.“*

K. Foerster: Begutachtung und Erwerbsfähigkeit bei Patienten mit psychischen Störungen.  
SZS 1996; 6: 486-502

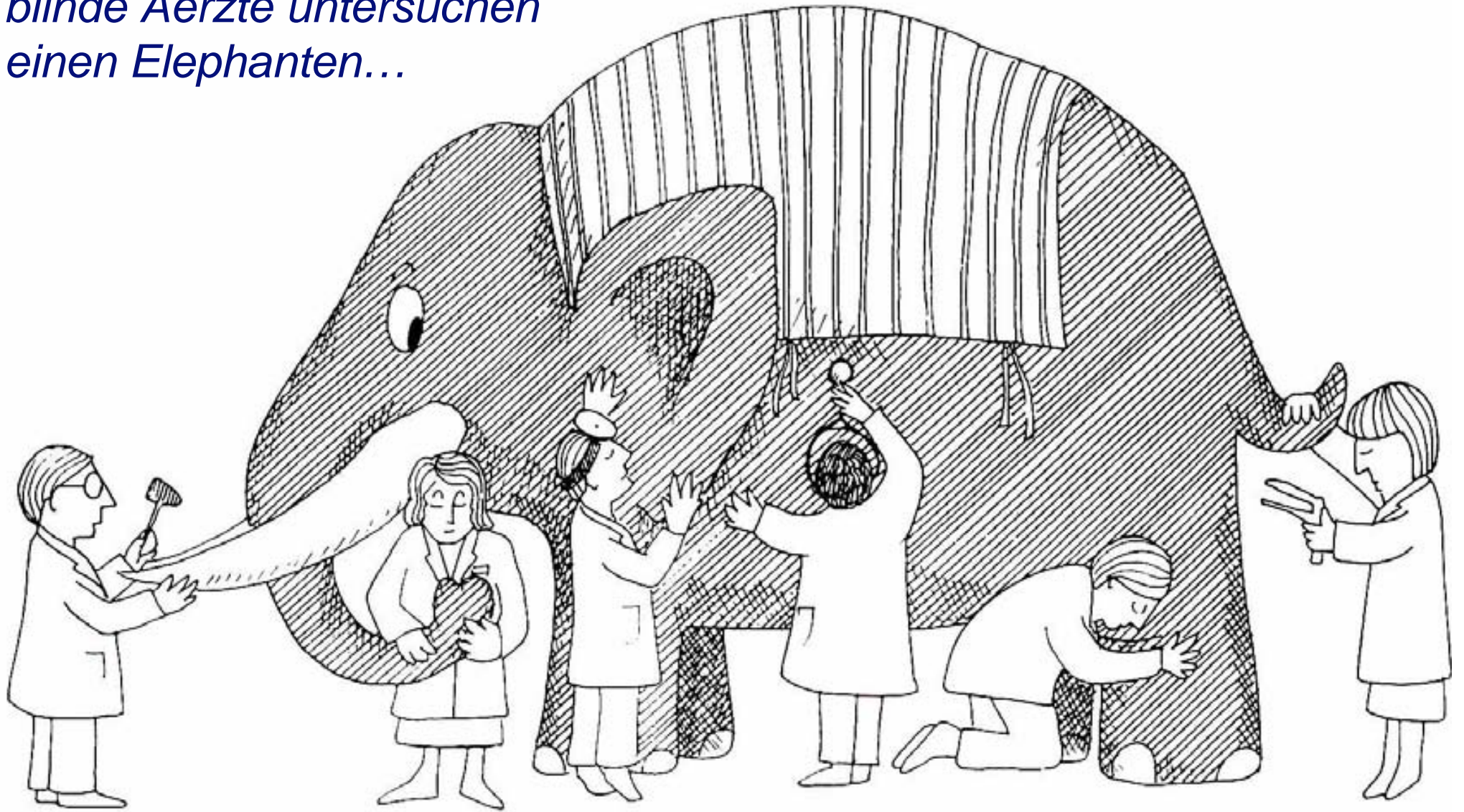
## Kritik 4: Stellenwert der Komorbidität

- In der Rechtsprechung wird die Bedeutung der „Komorbidität“ zu stark gewichtet.
- Wenn **eine** Diagnose keine Evidenz liefern kann,  
liefern dann **zwei** Diagnosen mehr Evidenz ?
- keine Evidenz + keine Evidenz = Klarheit ?

## Kritik 5: spezielle Rechtsprechungen

- Wir haben eine spezielle Rechtsprechung für HWS-Distorsionen und distorsionsähnliche Ereignisse.
- Wir haben eine spezielle Rechtsprechung für somatoforme Schmerzstörungen.
- Wie viele Rechtsprechungen brauchen wir noch ?

*blinde Aerzte untersuchen  
einen Elefanten...*



Baillière's Clinical Rheumatology, 1994; 4: 959



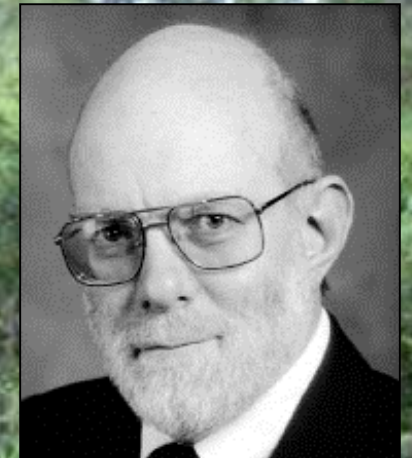
Ulrich T. Egle  
Psychiater

# somatoforme Schmerzstörung ICD F 45.4



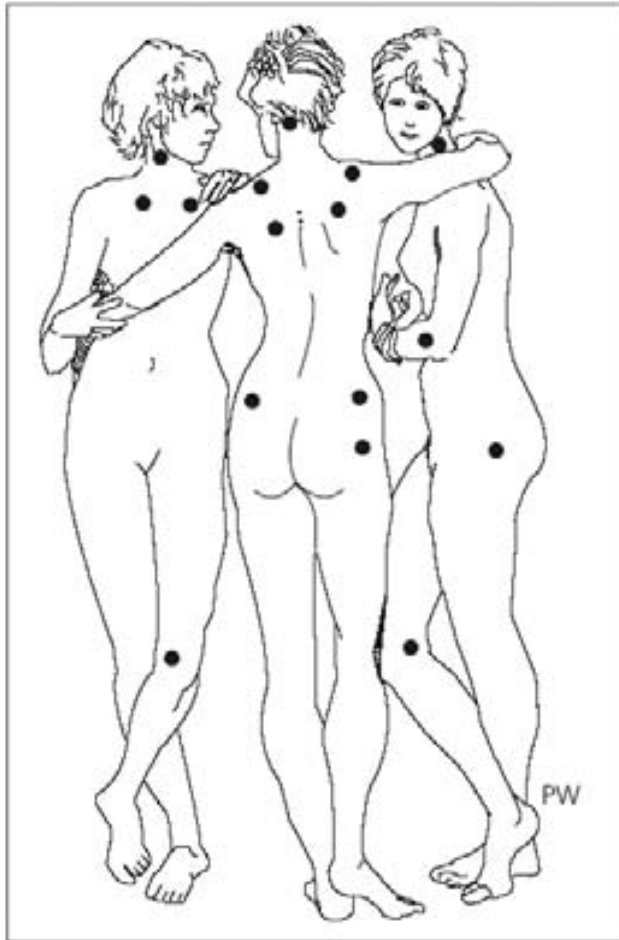
A photograph of an elephant in a savanna setting. The elephant's back and legs are marked with several orange circular dots, likely representing trigger points for fibromyalgia. The text 'Fibromyalgie ICD M 79.0' is overlaid in the center of the image.

# Fibromyalgie ICD M 79.0



**Frederick Wolfe**  
Rheumatologe

# Somatoforme Schmerzstörung und Fibromyalgie



*“Although, some physicians may choose not to use the term fibromyalgia for this kind of chronic pain, the syndrome is not changed by what we call it.”*

Gordon DA: Baillière's Clinical Rheumatology 1999 ;13: 531-543

# Somatoforme Schmerzstörung und Fibromyalgie

*„Unter sozialmedizinischen Aspekten ist diese Diskussion zweitrangig, **da es entscheidend nicht auf die Diagnose ankommt**, sondern auf Grad und Ausmass der Störung, d.h. auf deren Erheblichkeit.“*

Foerster K: Probleme der sozialmedizinischen Begutachtung  
in Egle et al: Handbuch Chronischer Schmerz. Schattauer Verlag (2003)





*„Namentlich vermag nach der Rechtsprechung eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG zu bewirken.“*

**BGE 130 V 352**

# unterschiedlicher Massstab

*„Bei einem typischen Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen.“  
(BGE 117 V 359)*

*„Namentlich vermag nach der Rechtsprechung eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG zu bewirken.“ (BGE 130 V 352)*

## Kritik 6: obsolete medizinische Grundlagen

- Medizinische Wissenschaft und Rechtsprechung driften stark auseinander.
- Das bio-psychische Modell der Rechtsprechung ist medizinisch obsolet.
- Die Rechtsprechung basiert teilweise auf veralteten medizinischen Grundlagen.

# Linear kausales Krankheitsverständnis

*„Bei erheblicher Beteiligung psychosozialer (und soziokultureller) Faktoren am Beschwerdebild nimmt die Rechtsprechung indessen eine Invalidität nur mit grosser Zurückhaltung an – mit dem Ergebnis, dass sich die schweizerische sozialversicherungsrechtliche Betrachtungsweise vom heute generell – zumindest theoretisch – akzeptierten biopsychosozialen Krankheitsmodell der modernen Medizin entfernt, vielmehr nach wie vor einem bio-psychischen, **linear kausalen Krankheitsverständnis** verpflichtet ist.“*

U. Meyer: Das medizinische Gutachten aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht  
In: Siegel / Fischer: Die neurologische Begutachtung, Orell Füssli Verlag (2004)

# Linear kausales Krankheitsverständnis

*Sturz – Fraktur – Osteosynthese*



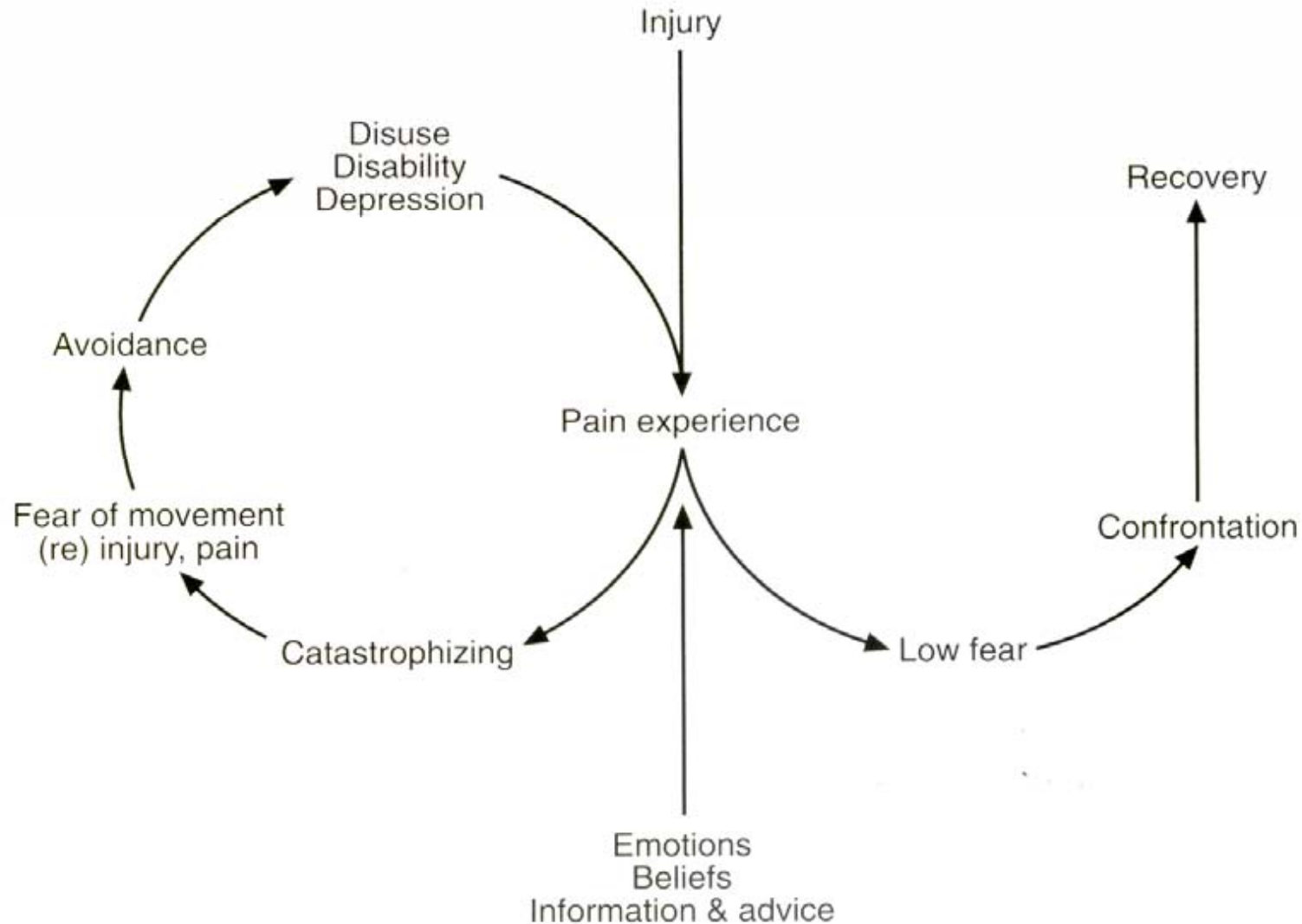
*Termin – Wehen – Geburt*



*Gehirntrauma – Atemversagen – Intubation*

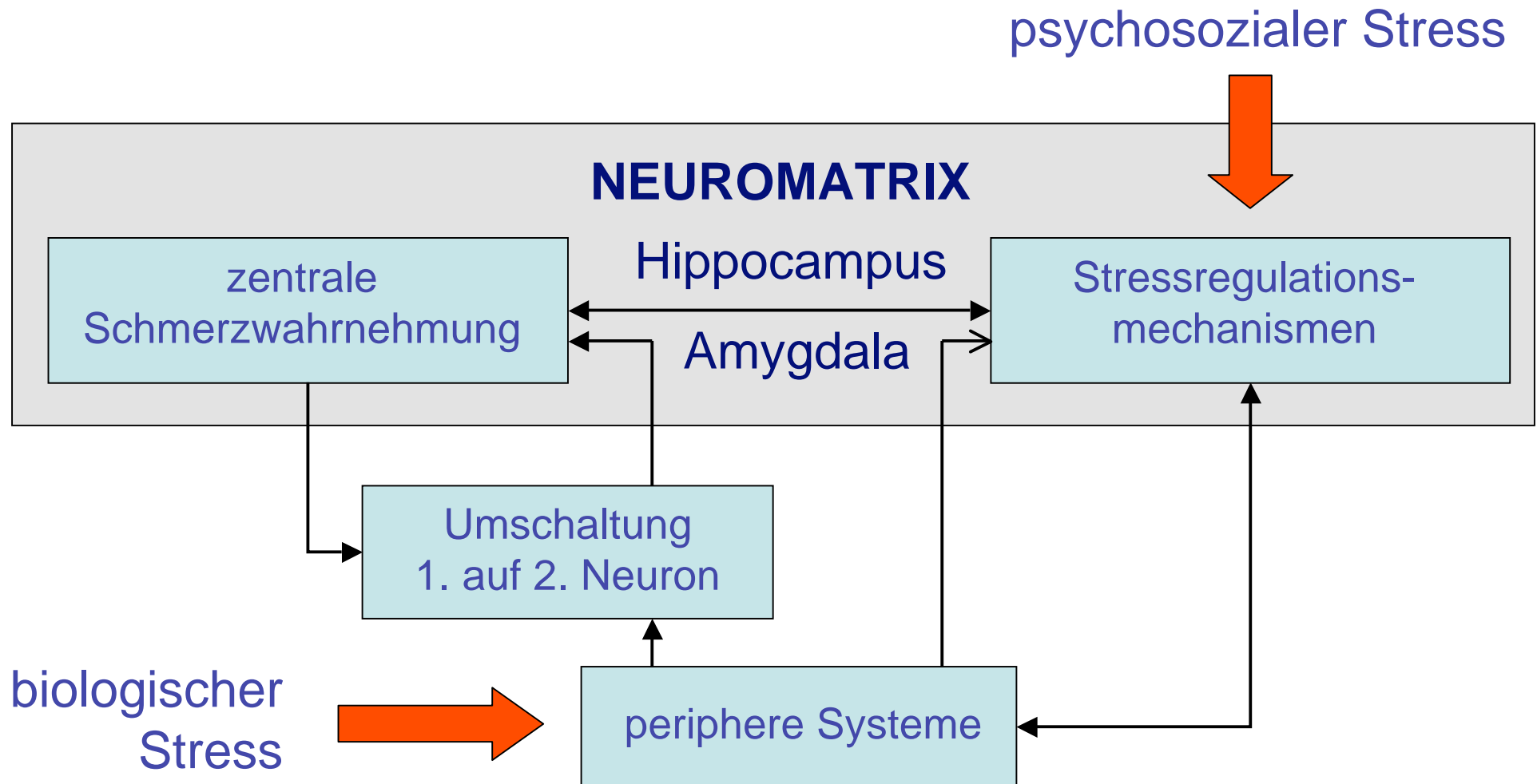


# Chronischer Schmerz: Denken in Regelkreisen



Gordon Waddell: The Back Pain Revolution. Churchill Livingstone, 2nd ed. (2004)

# Neuromatrixtheorie nach Melzack (1999)



## Linear kausales Krankheitsverständnis

***Die Rechtsprechung beurteilt die Folgen chronischer Krankheiten mit dem Denkansatz der Akutmedizin.***



# Zusammenfassung der Kritik

- Die Rechtsprechung hat zu stark **normativ** in die Medizin eingegriffen.
- Die Foerster Kriterien wurden bisher **nicht wissenschaftlich validiert**, sie werden vom EVG eigenwillig gewertet und verwendet.
- Die Rechtsprechung und das Kreisschreiben des BSV sind zu stark auf **Diagnosen** ausgerichtet.
- In der Rechtsprechung wird die Bedeutung der **Komorbidität** zu stark gewichtet.
- Wir haben nun **spezielle Rechtsprechungen** für spezielle Krankheitsbilder.
- Das **bio-psychische Modell** der Rechtsprechung ist medizinisch obsolet.