



asim | Versicherungsmedizin

Die versicherungsmedizinische Begutachtung von psychosomatischen Erkrankungen

Psychosomatik Fortbildung, ZLF, 13. Oktober 2020

lic. iur. Yvonne Bollag Leitung asim-Begutachtung, yvonne.bollag@usb.ch



Inhalte

Kontextreflektion:

- Was ist ein Gutachten - Beweisfragen
- Zusammenspiel Arzt – Recht Beispiel Beurteilung der Arbeitsfähigkeit
- Entwicklung der Rechtsprechung
- Von unklaren Beschwerdebildern – und klinischer Kompetenz

Die Änderung der Bger-Praxis mit BGE 141 V 128:

- von der (unhaltbaren) Beweisvermutung zum strukturierten Beweisverfahren

Die Umsetzung in der Praxis – aktuelle Entwicklungen

- Indikatorenraster
- Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im ärztlichen Alltag
- Rechtsprechung zu Depression, zu Suchterkrankungen

Was ist ein medizinisches Gutachten

- keine einheitliche gesetzliche Definition
- verstreute Einzelbestimmungen im jeweiligen Rechtsgebiet
- Präzisierung durch Rechtssprechung v.a. Sozialversicherungsbereich
- ≠ Arztbericht / Arztzeugnis:
 - standardisierte Fragen aus Behandlung oder zur Arbeitsfähigkeit
- Gutachten:
 - wie: **speziell beauftragte**
 - wer: **sachverständige Person** aufgrund ihres **Fachwissens**
 - was:

Tatsachenfeststellung:	z.B. Bein ist gebrochen
Mitteilung von Erfahrungsgrundsätzen	Brüche heilen in n Wochen
Tatsachenbeurteilung	bei diesem Bruch keine Beinbelastung für n Wochen

3

asim | Versicherungsmedizin

Beweiswert – Bindungskraft von Gutachten

- Gutachten = verfahrensrechtliches Beweismittel
- freie Würdigung durch Behörden oder Richter
- aber: Richter soll nicht ohne zwingende Veranlassung von der **Experteneinschätzung** abweichen AHI-Praxis 2000 145ff
- Bger-Praxis zum IVG weicht von diesem Grundsatz ab
- Formale Aspekte: BGE 125 V 351 und BGE 122 V 157
 - umfassende Beantwortung der gestellten Fragen
 - allseitige Untersuchungen
 - Darstellung der beklagten Beschwerden
 - Kenntnis/Auseinandersetzung mit Vorakten
 - einleuchtende Darstellung der med. Zusammenhänge
 - nachvollziehbare, begründete Schlussfolgerungen
- Beweiswerthierarchie des Bger:
 - unabhängige externe Gutachten
 - unparteiliche verwaltungsinterne Gutachten (strenger Massstab BGE 122 V 157)
 - Parteigutachten
 - Hausarztberichte

4

asim | Versicherungsmedizin

Medizin und Recht – wer beurteilt die AUF

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist und bleibt eine ärztliche Kernkompetenz!

Medizin und Recht sind bei der Abschätzung einer IV-Rente gefragt. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes obliegt allein der Ärztin bzw. dem Arzt.

Eine verbesserte Kommunikation sowie ein Commitment der Zusammenarbeit sind wegweisend bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit.

FMH-Editorial P. Wiedersheim, Präs. FMH-Delegiertenversammlung, SÄZ/2014/95: 38

5

asim | Versicherungsmedizin

BGE 140 V 193 12.6.2014 E. 3.1 und E.3.2

Fall: Depression, Schwindel, Atemnot, Kopfschmerzen
Gutachter → 40% AUF

1. Arbeitsunfähigkeit = unbestimmter Rechtsbegriff
 - allgemeine Konkretisierung sei Aufgabe des Bger
 - praktische Handhabung im Einzelfall = rechtsanwendende Behörde
2. Grundsatz freie Beweiswürdigung = umfassende, inhaltsbezogene, verantwortliche, behördliche Begründungspflicht d.h. Prüfung aller Beweismittel also auch Sachverständigengutachten
3. Hohe Variabilität der medizinischen Folgeabschätzungen infolge Ermessensausübung der medizinischen Gutachter → Gutachter erhebt Sachverhalt und gibt Folgeschätzung ab
4. Folgeschätzung wird juristischer Zumutbarkeitsbeurteilung unterzogen in casu seit 2008 noch zumutbare Behandlungsmöglichkeiten

6

asim | Versicherungsmedizin

Medizin und Recht – wer beurteilt die AUF

Sachverhalt unklar:

Liegt ein invalidisierender
Gesundheitsschaden vor

Tatbestandsermessen

Rechtsfolge nicht eindeutig:

wann liegt eine AUF/ Inva-
lidität im Rechtssinne vor

richtige **Auslegung** des
Gesetzes

7

asim | Versicherungsmedizin

Bundesgerichtspraxis zu «unklaren» Beschwerdebildern

- BGE 130 V 352: Medizinisch nicht erklärbare Schmerzleiden (somatoforme Schmerzstörung) führen seit 2004 in der Regel nicht zur Zusprache einer Invalidenrente.
- Beweisvermutung, dass es den versicherten Personen mit genügender Willensanstrengung grundsätzlich zuzumuten (und möglich) sei, ihre gesundheitlichen Beschwerden zu überwinden basierend auf sog. „Försterkriterien“
- BGE 136 V 279: Ausdehnung 2010 auch auf HWS-Fälle und später auf weitere „nicht objektivierbare“ Beschwerdebilder: „Aus Gründen der Rechtsgleichheit sollen sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen unterstellt werden“ (BGE 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283).
- IVG-Revision 6a: „Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, werden innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft.“
- Pausbonog: somatoforme Schmerzstörung, Chronic Fatigue Syndrom, Fibromyalgie, Neurasthenie, dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung, nichtorganische Hypersomnie, dissoziative Bewegungsstörung, Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom, Distorsion der HWS

8

asim | Versicherungsmedizin

Was ist ein unklares Beschwerdebild?

- Medizinisches Alltagsphänomen!
- Juristische «Missbrauchsangst» Stichwort «Objektivierbarkeit»
- Juristischer Rechtsgleichheitsanspruch Stichwort «Zumutbarkeit»
- Wissenschaftlichkeit des Rechts versus Wissenschaftlichkeit der Medizin
- Worauf beruhen juristische (Wert)-urteile?
 - Gesetz
 - Auslegung
 - Rechtsprechung
 - Rechtsgüterabwägung – falsch negativ? – falsch positiv?
 - persönliche Erfahrung?
 - Sachverständigenbeizug?

Bundesgerichtspraxis Kritik

- Recht und Medizin dürfen nicht diametral auseinanderliegen:
bio-psycho-soziales verknüpftes medizinisches Modell versus linear kausales bio – (psycho) Modell von JuristInnen
- Grundsatzgutachten Prof. Peter Henningsen März 2014 – die Beweisvermutung dass somatoforme Schmerzstörungen idR nicht invalidisieren, hat keine genügende medizinwissenschaftliche Evidenz
- Entwicklung von Leitlinien
- Änderung der Rechtsprechung BGE 141 V 281 (Juni 2015)

BGE 141 V 281

- Abkehr von der «Überwindbarkeitsvermutung» mit praktisch nicht zu erbringendem Gegenbeweis (Regel – Ausnahmembeweis, Diagnose ja - nein) nach Försterkriterien
- **Ergebnisoffene Einzelfallabklärung** mit Beweisführung entlang von Standardindikatoren
 1. Kein Ausschlussgrund (Cave: Verdeutlichungstendenz, Aggravation)
 2. Standardindikatoren aufgrund medizinischer Erkenntnisse, offen für Weiterentwicklung, derzeit:
 - funktioneller Schweregrad
 - Schwere der funktionsrelevanten Befunde
 - Persönlichkeitsaspekte
 - sozialer Kontext
 - Konsistenz
 - Auswirkungen auf Aktivität und Partizipation
 - Behandlungen/Eingliederungsbemühungen

11

asim | Versicherungsmedizin

BGE 141 V 281

Ausgehend von IV-Zweck und Anspruchsvoraussetzungen Instruktion an Medizinische Gutachter:

1. Ausschliesslich funktionelle Ausfälle sind zu berücksichtigen, die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Kausalzusammenhang!)
2. Versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung für Schadenminderungspflicht erfolgt auf objektiverer Grundlage

Umsetzung dieser Instruktion

1. durch geeignete Gutachterfragen in der Auftragsstellung
2. durch nachvollziehende Kontrolle des Rechtsanwenders
3. wenn Prämisse befolgt – keine Abweichung von gutachterlicher Einschätzung – keine Parallelprüfung
4. einheitlicher Begriff der Arbeitsunfähigkeit

12

asim | Versicherungsmedizin

Umsetzung in der Praxis

1. Präziser Auftrag mit:
 - Grund für das Gutachten
 - Arbeitsplatz oder Tätigkeitsbeschreibung
 - geordneten Akten

2. Erläuterung im Gutachten:
 - korrekte Diagnoseherleitung
 - Beschreibung der funktionellen Auswirkungen / Zusammenwirken aller Diagnosen
 - Erörterung ob und wie weit Persönlichkeitsaspekte in casu relevant sind
 - Erörterung ob und wie weit soziale Kontextfaktoren in casu belastend / entlastend sind
 - Beschreibung **und** Einordnung von allfälligen (relevanten) Inkonsistenzen

Aktuelle Herausforderung der medizinischen Begutachtung

1. Querschnittbeurteilung versus Längsschnitt (Fremdanamnesen)
2. Ungenügend vorbereitete Aufträge
3. Umgang mit subjektivem Ermessensspielraum
4. Nachvollziehbare plausible Objektivierung der Befunderhebung, wenn diese auf narrativem Zugang in der Exploration aufbaut – Stellenwert der **medizinischen klinischen** Sachverständigenexpertise
5. Persönlichkeitsdiagnostik (Aufwändigkeit)
6. Statischer, definitiver Argumentations-/Begründungszwang ≠ medizinischer Arbeitsweise

Umsetzung in der Praxis – Aufbau im Gutachten

1. Ausgangslage und Formelles
2. Aktenauszug
3. Befragung
4. Befund
5. Allfällige Angaben von Dritten
6. Diagnosen
7. Medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung
 - 7.1. Krankheitsentwicklung / Diagnoseherleitung
 - 7.2. Funktionelle Auswirkungen der Befunde / Diagnosen
 - 7.3. Diskussion eventuell relevanter Persönlichkeitsaspekte
 - 7.4. Diskussion von Belastungsfaktoren und Ressourcen
 - 7.5. Konsistenzprüfung
8. Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und eventuelle fallspezifische Fragebeantwortung
 - 8.1. Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit
Beurteilung des zeitlichen Verlaufs / Entwicklung der AF in der bisherigen Tätigkeit
 - 8.2. Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit
*Belastungsprofil, Leistungsfähigkeit
Beurteilung des zeitlichen Verlaufs / Entwicklung der AF in einer derartig angepassten Arbeitsfähigkeit*
 - 8.3. Medizinische Massnahmen und Therapien mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit
 - 8.4. Fallspezifische Fragen

15

asim | Versicherungsmedizin

Umsetzung in der Praxis – Erläuterung im Gutachten

1. korrekte Diagnoseherleitung, Beschreibung der Diagnosekriterien für Laien
2. Beschreibung der funktionellen Auswirkungen / Zusammenwirken aller Diagnosen
3. Erörterung ob und wie weit Persönlichkeitsaspekte in casu relevant sind
unauffällig, erschweren den Umgang mit Erkrankung, sind trotz Erkrankung eine Ressource
4. Erörterung ob und wie weit soziale Kontextfaktoren belastend /entlastend relevant
 - abgegrenzt als invaliditätsfremde Gründe
 - so belastend, dass sie zu einem verfestigten Krankheitsbild geführt haben, also gewissermassen im Krankheitsbild aufgegangen sind
 - eigenständige Ressource darstellend
5. Konsistenzprüfung
Beschreibung **und** Einordnung von allfälligen Inkonsistenzen
 - normale Abweichungen bei langen Verfahrensläufen
 - Aspekte eines gesunden, legitimen Anspruches ein Sozialleben aufrecht zu erhalten
 - Verdeutlichungstendenz in der Begutachtungssituation
 - krankheitsinhärenter Umgang mit der Situation
 - Aggravation / ausführliche Erläuterung was gegebenenfalls trotzdem ärztlich objektiviert werden kann
 - Inkonsistenzen die Schweregrad eines Ausschlussgrundes erreichen

16

asim | Versicherungsmedizin

Ausschlussgründe BGE 131 V 49

- erhebliche Diskrepanz zwischen geschilderten Schmerzen und gezeigtem Verhalten / Anamnese
- keine medizinische Behandlung in Anspruch genommen
- CAVE WZW nach KVG?
- Behauptung schwerer Einschränkungen im Alltag kontrastiert mit weitgehend intaktem psychosozialen Umfeld
- CAVE Anspruch auf Teilhabe an der Gesellschaft?
- Angabe intensiver Schmerzen, die aber nur vage charakterisiert werden
- CAVE indirekte Diskriminierung?
- demonstrative Beschwerdeklagen wirken unglaubwürdig

Zusammengefasst ist ein Ausschlussgrund gegeben, wenn

- die geklagten Beschwerden **eindeutig** nicht mit dem übrigen Gesamtverhalten vereinbar sind, oder auch:
- die Symptomschilderung in sich **nicht nachvollziehbar** ist

Umsetzung: Plausibilisierung von Funktionseinschränkungen: Mini-ICF-P Prof. M. Linden (Core-Sets)

1. Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen
2. Fähigkeit zur Tagesstrukturierung
3. Flexibilität
4. Kompetenz
5. Durchhaltefähigkeit
6. Selbstbehauptungsfähigkeit
7. Fähigkeit zur Teilnahme an öffentlichen Rollen
8. Kontaktfähigkeit zu Dritten
9. Fähigkeit zu familiären Beziehungen
10. Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten
11. Fähigkeit zur Selbstversorgung
12. Wegfähigkeit

Umsetzung: Aufarbeitung der Schmerzverarbeitungsstörungen

U.T. Egle, F. Keller, B. Kappis, U. Scairer, K.-J. Bär
MED SACH 112 2/2016

U. T. Egle, F. Keller, B. Kappis, U. Scairer, K.-J. Bär

Stressinduzierte Hyperalgesie (SIH). Neurobiologische Mechanismen und ihre Konsequenzen für die sozialmedizinische Begutachtung chronisch Schmerzkranker

Einleitung

Schmerz wurde sehr lange ausschließlich als Warnsignal für eine Gewebe- bzw. Nervenschädigung verstanden. Die vorherrschende Vorstellung der Schmerzverarbeitung im peripheren und zentralen Nervensystem hatte und hat bis heute viel Ähnlichkeit mit einer Art „Telefonkabel“, das Aktionspotentiale von einem Ort zu einem anderen leitet, in denen Informationen über Beginn, Dauer, Stärke, Lokalisation und Qualität eines peripheren nozizeptiven Reizes codiert sind.

In den letzten Jahren konnten zentrale Mechanismen nachgewiesen werden [16, 47, 92], durch die deutlich wurde, dass Schmerz nicht einfach durch

die derart in der Entwicklung begriffen sind, wie die Psychiatrie und Psychologie „schwierig sein“ mögen, es jedoch für eine objektive Urteilsfindung unerlässlich ist, diese immer auf dem jeweils aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand abzufassen. Bei vielen Schmerzpatienten, bei denen zentrale Mechanismen der Hyperalgesie zugrunde liegen, werden die Schmerzen als Ausdruck von Aggravation oder gar Irritation fehlinterpretiert oder es werden periphere Zufallsbefunde hinsichtlich Schmerzverursachung überinterpretiert.

Im Folgenden soll zunächst ein Überblick über den wissenschaftlichen Stand bei stressbedingten Schmerzsyndromen und dem zentralen Mechanismus

Zusammenfassung

Neben durch Gewebe- und Nervenschädigung induzierten Schmerzzuständen konnten in den letzten Jahren die neurobiologischen Mechanismen stressinduzierter Schmerzen wissenschaftlich entschlüsselt werden. Die vorliegende Arbeit gibt einen Überblick über diese in der sozialmedizinischen Begutachtung eher große Untergruppe chronischer Schmerzzustände. Die in den letzten Jahren wissenschaftlich geklärten neurobiologischen und molekularbiologischen Mechanismen geben dem Gutachter Parameter an die Hand, die eine Objektivierung dieser – aufgrund diffuser deskriptiver Kriterien im ICD-10 (somatoforme Schmerzstörung, Fibromyalgie) und auch im neuen DSM-5 (somatic symptom disorder) – bisher oft als diagnostische Reskategorie behandelten Gruppe Schmerzkranker ermöglichen. Im zweiten Teil der Arbeit werden die für die sozialmedizinische Begutachtung chronisch Schmerzkranker zu ziehenden Konsequenzen skizziert.

Schlüsselwörter Chronische Schmerzen – stressinduzierte Schmerzen – Begutachtung

19

Neues Arbeitsfähigkeitszeugnis - SIM

- Ressourcenorientiert
- Klare Referenzierung zu Jobanforderung
- Verknüpfung mit REP
- Prozessorientiert
- Transparenz
- Vereinheitlichung
- Vergütung

<https://www.swiss-insurance-medicine.ch/de/Arbeitsunfähigkeitszeugnisse.html>

<https://sim.cometas.ch/de/kurse/arbeitsfaehigkeitszeugnis>

20

asim | Versicherungsmedizin

Aktuelles: Rechtsprechung zur Invalidisierung von Depressionen

- BGE 127 V 294 (Oktober 2001): Therapierbarkeit ist **nicht** entscheidendes Kriterium für invalidisierenden Charakter der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung es gibt **keine** gesetzliche Grundlage dafür:
- Ab 2016: Beweis der **Therapieresistenz** gefordert
- Kritik medizinisch: Annahme der Therapierbarkeit («gesicherte medizinische Empirie, gesicherte psychiatrische Erfahrung») ist für 20-30% medizinisch falsch
Der Begriff der Therapieresistenz bei unipolaren depressiven Störungen aus medizinischer und aus rechtlicher Sicht – eine Standortbestimmung im Nachgang zu BGE 9C_13/2016, R. Schleifer ua in HAVE 3/2017
- Änderung der Bger-Rechtsprechung in: 8C_841/2016, 8C_130/2017 (30.11.2017):
«Regelmässige gute Therapierbarkeit» ist keine Basis für generalisierte Ausschlussklausel – **Einzelfallprüfung** der objektiviert begründeten funktionellen Leistungseinschränkung ist entscheidend

asim | Versicherungsmedizin

Aktuelles: Änderung der Gerichtspraxis zu Suchterkrankungen

Alte Praxis: Bei Sucht ist Abhängigkeit grundsätzlich immer durch Entzug aufhebbar

- in der Konsequenz also bei Nichttherapie selbstverschuldet
- IV Leistungsanspruch nur wenn Sucht Folge einer Primärerkrankung ist oder bereits zu invalidisierender Sekundärschädigungen geführt haben

Leitentscheid des Bgerichts vom 11.7.2019 (Urteil 9C_724/2018)

- keine Unterscheidung mehr primäre – sekundäre Suchterkrankungen
- immanentes Konstrukt «Selbstverschulden» keine rechtliche Grundlage
- Annahme dass Entzug ohne weiteres möglich trifft nicht zu
- **keine generelle Ablehnung (vor Entzug) sondern immer sorgfältige Einzelfallprüfung**

Folgerung und gutachterlich abzuarbeiten:

- fachärztlich klar diagnostizierbare Erkrankung
- ausführliche Darlegung der Abhängigkeitssymptomatik
- Ausführliche Diskussion der funktionellen Einschränkungen
- Darlegung zu Sinnhaftigkeit, Zumutbarkeit, Erfolgswahrscheinlichkeiten eines Entzuges (pro futuro)
- Dies alles integriert in Abarbeitung der Standardindikatoren

asim | Versicherungsmedizin