



7. Juli 2015

IV-Rundschreiben Nr. 334

Neues Beweisverfahren zur Abklärung psychosomatischer Leiden (Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015)

1. Ausgangslage

Mit dem Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht seine Praxis zur Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente wegen somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer psychosomatischer Leiden geändert. Die bisher geltende Vermutung, dass solche Leiden in der Regel mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar sind, wird aufgegeben. Ab sofort ist in einem strukturierten Beweisverfahren das tatsächliche Leistungsvermögen betroffener Personen ergebnisoffen und einzelfallgerecht zu bewerten (E. 4 des Urteils).

Die Aufgabe der Überwindbarkeitsvermutung ändert jedoch nichts an den Regeln betreffend die Zumutbarkeit bzw. am Erfordernis einer objektiven Beurteilungsgrundlage (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und –limitierungen sind auch künftig nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen (zumal häufig gar keine konsequente Behandlung stattfindet). Somit ist auch in Zukunft weiterhin von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen (E. 3.7.1 und 3.7.2 des Urteils). Nur dann, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind, kann ein rentenbegründender Invaliditätsgrad anerkannt werden (E. 6 des Urteils). Die Folgen einer Beweislosigkeit trägt sodann weiterhin die materiell beweisbelastete versicherte Person (E. 6 des Urteils).

2. Strukturiertes Beweisverfahren

Das neue strukturierte Beweisverfahren hat sich nach folgenden Indikatoren zu orientieren:

- A. Kategorie "funktioneller Schweregrad"
 - a. Komplex "Gesundheitsschädigung"
 - i. Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde
 - ii. Behandlungserfolg oder –resistenz
 - iii. Eingliederungserfolg oder –resistenz
 - iv. Komorbiditäten
 - b. Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen)
 - c. Komplex "Sozialer Kontext"
- B. Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens)
 - a. Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen
 - b. Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Die Handhabung des Katalogs muss stets den Umständen des Einzelfalles gerecht werden. Es handelt sich nicht um eine „abhakbare Checkliste“ (E. 4.1.1 des Urteils).



Eine detailliertere Übersicht findet sich im Anhang.

3. Von der neuen Rechtsprechung betroffene Krankheitsbilder

Unter psychosomatischen Leiden sind alle in Rz 1017.4 KSIH genannten Leiden zu subsumieren. Es ist in Prüfung, ob noch weitere Krankheitsbilder nach dem neuen strukturierten Beweisverfahren abzuklären sind.

4. Übergangsrechtliche Regelung

a. Hängige Fälle bei der IV-Stelle

Drei Konstellationen sind zu unterscheiden:

- Auftrag zur Begutachtung ist erfolgt bzw. Vergabe durch SuisseMED@P ist erfolgt: Sollte sich die Erstellung des polydisziplinären Gutachtens wegen der neuen Rechtsprechung des Bundesgerichts verzögern, hat die IV-Stelle auf Ersuchen der Gutachterstelle den Fristenlauf durch Betätigung der Stoppuhr zu unterbrechen. In jedem einzelnen Fall ist zu prüfen, ob das medizinische Gutachten eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlaubt oder nicht. Unter Umständen ist eine punktuelle Ergänzung vorzunehmen.
- Auftrag zur Begutachtung ist auf SuisseMED@P platziert, aber es ist noch keine Zuteilung durch SuisseMED@P erfolgt: Der Auftrag wird auf SuisseMED@P belassen. Es ist sicherzustellen, dass der Gutachter bzw. die Gutachterstelle die Standardindikatoren berücksichtigt (E. 4.1.3 und 5.2.2 des Urteils). Es ist zu prüfen, ob das medizinische Gutachten eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlaubt oder nicht. Unter Umständen ist eine punktuelle Ergänzung vorzunehmen.
- Auftrag zur Begutachtung ist noch nicht erfolgt: Im Hinblick auf die neue Rechtsprechung wird so rasch als möglich ein Fragekatalog für die Abklärung der psychosomatischen Leiden erarbeitet. **Bis zum Vorliegen dieses Fragekataloges werden keine neuen mono-, bi- oder polydisziplinären Gutachten mehr zwecks Abklärung von psychosomatischen Leiden in Auftrag gegeben. Die IV-Stellen werden vom BSV über die Aufhebung der Auftragsperre informiert werden.**

Die Partizipationsrechte der versicherten Person sind zu beachten.

b. Rechtskräftige Fälle

Die neue Rechtsprechung bildet per se keinen Grund für ein Zurückkommen auf rechtskräftig entschiedene Fälle, weder unter dem Titel der Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG noch unter dem Titel der Anpassung an eine geänderte Gerichtspraxis (vgl. BGE 135 V 201).

Auf eine Neuanschuldung oder ein Revisionsgesuch kann nur eingetreten werden, wenn die versicherte Person eine Änderung des Invaliditätsgrades glaubhaft machen kann (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV, Art. 17 ATSG). Hierfür reichen medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen der versicherten Person nicht (z.B. rein subjektiv empfundene Schmerzverstärkung).

ANHANG

Die Standardindikatoren im Detail

Zur Beachtung: Die Handhabung des Katalogs muss stets den Umständen des Einzelfalles gerecht werden. Es handelt sich nicht um eine „abhakbare Checkliste“ (E. 4.1.1 des Urteils)

A. Kategorie "funktioneller Schweregrad"	
a. Komplex "Gesundheitsschädigung"	
i. Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde	<ul style="list-style-type: none"> • Feststellungen über die konkreten Erscheinungsformen der diagnostizierten Gesundheitsschädigung helfen dabei, Funktionseinschränkungen, welche auf diese Gesundheitsschädigung zurückzuführen sind, von den (direkten) Folgen nicht versicherter Faktoren zu unterscheiden. • Ausgangspunkt ist der diagnose-inhärente Mindestschweregrad. • Die Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 sind zu beachten. So liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. <p>Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; - intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; - keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; - demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; - schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. <p>Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen zu bewerten und derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen. Die Schwere des Krankheitsgeschehens ist auch anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren. Insbesondere die Beschreibung der somatoformen Schmerzstörung in ICD-10 Ziff. F45.4 hebt ätiologische Faktoren hervor: Merkmal der Störung ist, dass sie "in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen" auftritt, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rückschlüsse auf den Schweregrad sollen nicht mehr über den Begriff des primären Krankheitsgewinns erfolgen.
ii. Behandlungserfolg oder -resistenz	<ul style="list-style-type: none"> • Das definitive Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation des Versicherten durchgeführten Therapie weist auf eine negative Prognose hin. Wenn dagegen die erfolglos gebliebene Behandlung nicht (mehr) dem aktuellen Stand der Medizin entspricht oder im Einzelfall als ungeeignet erscheint, so ist daraus für den Schweregrad der Störung nichts abzuleiten.



	<ul style="list-style-type: none"> • Psychische Störungen der hier interessierenden Art gelten nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind. • Bei einem erst relativ kurze Zeit andauernden - somit noch kaum chronifizierten - Krankheitsgeschehen dürften regelmässig noch therapeutische Optionen bestehen, eine Behandlungsresistenz also ausgeschlossen sein. Dies zeigt, dass die Frage nach der Chronifizierung einer ("anhaltenden") somatoformen Schmerzstörung bei der Beurteilung des Schweregrades meist nicht wesentlich weiter führt: Ohne langjährige, verfestigte Schmerzentwicklung ist eine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit kaum vorstellbar; Entsprechendes gilt schon für die Diagnose. • Soweit im Übrigen aus der Inanspruchnahme von Therapien und der Kooperation auf Vorhandensein oder Ausmass des Leidensdrucks zu schliessen ist, geht es um die Konsistenz der Auswirkungen einer Gesundheitsschädigung.
<p>iii. Eingliederungserfolg oder -re-sistenz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rückschlüsse auf den Schweregrad einer Gesundheitsschädigung ergeben sich auch aus der Eingliederung im Rechtssinne. Denn so wie die zumutbare ärztliche Behandlung (welche, unter Vorbehalt von Art. 12 IVG, nicht zulasten der Invalidenversicherung geht) die versicherte Person als eine Form von Selbsteingliederung in die Pflicht nimmt, hat sich jene in beruflicher Hinsicht primär selbst einzugliedern und, soweit angezeigt, an entsprechenden beruflichen Eingliederungs- und Integrationsmassnahmen (Art. 8 f., Art. 14 ff. IVG) teilzunehmen. Fallen solche Massnahmen nach ärztlicher Einschätzung in Betracht und bietet die Durchführungsstelle dazu Hand, nimmt die rentenansprechende Person jedoch dennoch nicht daran teil, gilt dies als starkes Indiz für eine nicht invalidisierende Beeinträchtigung. Umgekehrt kann eine trotz optimaler Kooperation misslungene Eingliederung im Rahmen einer gesamthaften, die jeweiligen Umstände des Einzelfalles berücksichtigenden Prüfung bedeutsam sein.
<p>iv. Komorbiditäten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Die psychische Komorbidität ist nicht mehr generell vorrangig, sondern lediglich gemäss ihrer konkreten Bedeutung im Einzelfall beachtlich, so namentlich als Gradmesser dafür, ob sie der versicherten Person Ressourcen raubt. • Die bisherigen Kriterien "psychiatrische Komorbidität" und "körperliche Begleiterkrankungen" sind zu einem einheitlichen Indikator zusammenzufassen. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Eine Störung, welche nach der Rechtsprechung als solche nicht invalidisierend sein kann, ist nicht Komorbidität, sondern allenfalls im Rahmen der Persönlichkeitsdiagnostik zu berücksichtigen. • Das Erfordernis einer Gesamtbetrachtung gilt grundsätzlich unabhängig davon, wie es um den Zusammenhang zwischen dem Schmerzsyndrom und der Komorbidität bestellt ist. Daher verliert beispielsweise eine Depression nicht mehr allein wegen ihrer (allfälligen) medizinischen Konnexität zum Schmerzleiden jegliche Bedeutung als potentiell ressourcenhemmender Faktor. Beschwerdebilder jedoch, die bloss als diagnostisch unterschiedlich erfasste Varianten derselben Entität mit identischen Symptomen erscheinen, sind von vornherein keine Komorbidität. Andernfalls würde die auf mehrere Arten erfass- und beschreibbare Gesundheitsbeeinträchtigung doppelt veranschlagt. • Es besteht grundsätzlich kein linearer Zusammenhang zwischen der Anzahl der nicht ausreichend organisch erklärten Körperbeschwerden (bzw. der Anzahl von somatoformen Syndromen in verschiedenen Erscheinungsformen) und dem Schweregrad der funktionellen Beeinträchtigung. Es gibt somit keine schematische Regel im Sinne "je grösser die Anzahl der Einzelbeschwerden, desto höher die funktionelle Einschränkung", da ansonsten bloss einzelne Symptome und Befunde aneinandergereiht und rein quantitativ-mechanisch bewertet würden, was den Blick auf die Gesamtwirkung des Beschwerdebildes für den Funktionsstatus verstellte.



<p>b. Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Neben den herkömmlichen Formen der Persönlichkeitsdiagnostik, die auf die Erfassung von Persönlichkeitsstruktur und -störungen abzielt, fällt auch das Konzept der sogenannten "komplexen Ich-Funktionen" in Betracht. Diese bezeichnen in der Persönlichkeit angelegte Fähigkeiten, welche Rückschlüsse auf das Leistungsvermögen zulassen (u.a. Selbst- und Fremdwahrnehmung, Realitätsprüfung und Urteilsbildung, Affektsteuerung und Impulskontrolle sowie Intentionalität und Antrieb). Da die Persönlichkeitsdiagnostik mehr als andere (z.B. symptom- und verhaltensbezogene) Indikatoren untersucherabhängig ist, bestehen hier besonders hohe Begründungsanforderungen. Diesen Konturen zu verleihen, wird Aufgabe noch zu schaffender medizinischer Leitlinien sein.
<p>c. Komplex "Sozialer Kontext"</p>	<ul style="list-style-type: none"> Der soziale Kontext bestimmt auch mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert. Andererseits hält der Lebenskontext der versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen.

B. Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens)	
<p>a. Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen</p>	<ul style="list-style-type: none"> Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs ist wiederum so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen.
<p>b. Behandlungs- und eingliederungs-anamnestisch ausgewiesener Leidensdruck</p>	<ul style="list-style-type: none"> Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist.



- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung. |
|--|--|