



Klinikum rechts der Isar



Technische Universität München

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar · 81664 München

An

Indemnis

Rechtsanwälte für Unfallopfer,
Privat- und Sozialversicherte

Spalenberg 20
CH-4001 Basel

**Klinikum rechts der Isar
Anstalt des öffentlichen Rechts**

**Klinik und Poliklinik für
Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie**

Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen
Direktor



Mitglied des Roman-Herzog-
Krebszentrums (RHCCC)

Langerstraße 3/I
81675 München
Tel: 089 4140-4311
Fax: 089 4140-4315

www.mri.tum.de/psychosomatik
psychosomatik@tum.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Bezug auf Ihre Anschreiben vom 22.2.2013 und 17.3.2014 erstelle ich nachfolgend eine

gutachterliche Expertise aus psychosomatisch-psychiatrischer Sicht.

Die Expertise soll Stellung nehmen zu Fragen zum Zusammenhang von somatoformen und verwandten Störungen, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität. Unter anderem soll dazu Stellung genommen werden, inwieweit davon ausgegangen werden kann, dass die Überwindung einer somatoformen Schmerz- oder verwandten psychischen bzw. psychosomatischen Störung in der Regel als zumutbar anzusehen ist.

Die Expertise stützt sich auf Problemstellungen, die sich aus Ausführungen in Entscheiden des Schweizer Bundesgerichts einerseits ergeben und auf am Ende detailliert aufgeführte Fachliteratur andererseits. Auf die Darstellung von Argumenten, die in der schweizerischen Literatur zu dem Themenbereich bereits ausgetauscht worden sind, wird dabei bewusst verzichtet (s. hierzu im zusammenfassenden Überblick beispielhaft Jeger 2011 u.v.a.¹).

Vorstand:

Univ.-Prof. Dr. Reiner Gradinger
(Ärztlicher Direktor, Vorsitzender)

Markus Zender
(Kaufmännischer Direktor)

Anette Thoke-Colberg
(Pflegedirektorin)

Univ.-Prof. Dr. Peter Henningsen
(Dekan)

Bankverbindung:
Bayer. Landesbank Girozentrale
Kto-Nr. 20 272
BLZ 700 500 00

BIC: BYLADEMM
IBAN: DE82 7005 0000 0000 0202 72
USt-IdNr. DE 129 52 3996

¹ In der Korrekturphase dieses Gutachtens erschien die Arbeit von Mosimann (2014), die ebenfalls eine sehr gute Zusammenfassung der Entwicklung enthält.

Inhaltsverzeichnis

I.	Zusammenfassung der Sachlage	3
II.	Aufstellung der zu prüfenden Fragen	12
III.	Beantwortung der aufgeführten Fragen	14
	1. Zur ersten Frage: Gruppierung und Bezeichnung „PÄUSBONOG“	14
	2. Zur zweiten Frage: Überwindbarkeit somatoformer Störungen	19
	3. Zur dritten Frage: Objektivier- und Beweisbarkeit	23
	4. Zur vierten Frage: Eignung der sog. „Förster-Kriterien“	27
IV.	Fazit und Ausblick	33
V.	Verwendete Literatur und Leitlinien	35

I. Zusammenfassung der Sachlage

Im folgenden wird keineswegs eine umfassende Darstellung der Entwicklung der schweizerischen Rechtsprechung und Gesetzgebung zum Zusammenhang somatoformer und verwandter Störungen mit Erwerbsunfähigkeit und Invalidität gegeben. Es werden stattdessen nur einige exemplarische, für die späteren Erörterungen wichtige Grundlagen liefernde Bundesgerichtsentscheide und Urteile zitiert.

Im Bundesgerichtsentscheid **BGE 130 V 352 (12.3.2004)** werden grundlegende Feststellungen zur Zumutbarkeit der Überwindung einer somatoformen Schmerzstörung und zu den Hintergründen dieser Annahme und zu den Ausnahmen davon gemacht. In den Erwägungen wird ausgeführt:

„2.2.2 Unter gewissen Umständen können auch somatoforme Schmerzstörungen eine Arbeitsunfähigkeit verursachen. Sie fallen unter die Kategorie der psychischen Leiden (...), für die grundsätzlich ein psychiatrisches Gutachten erforderlich ist, wenn es darum geht, über das Ausmass der durch sie bewirkten Arbeitsunfähigkeit zu befinden (...). In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten genügen mithin die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Begründung einer (teilweisen) Invalidität allein nicht; vielmehr muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind, andernfalls sich eine rechtsgleiche Beurteilung der Rentenansprüche nicht gewährleisten liesse (...).

2.2.3 Das Vorliegen eines fachärztlich ausgewiesenen psychischen Leidens mit Krankheitswert - worunter anhaltende somatoforme Schmerzstörungen grundsätzlich fallen - ist aus rechtlicher Sicht wohl Voraussetzung, nicht aber hinreichende Basis für die Annahme einer invalidisierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (...). 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 (...). Ein Abweichen von diesem Grundsatz fällt nur in jenen Fällen in Betracht, in denen die festgestellte somatoforme Schmerzstörung nach Einschätzung des Arztes eine derartige Schwere aufweist, dass der versicherten Person die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt bei objektiver Betrachtung - und unter Ausschluss von Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, die auf aggravatorisches Verhalten zurückzuführen sind (...) sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder dies für die Gesellschaft gar untragbar ist (...).

Die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzt jedenfalls das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus. So sprechen unter Umständen

- (1) chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger 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 ["Flucht in die Krankheit"]; vgl. zum sekundären Krankheitsgewinn hinten Erw. 3.3.2) oder schliesslich
- (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 für die ausnahmsweise Unüberwindlichkeit der somatoformen Schmerzstörung.

2.2.4 Genügt - bei weitgehendem Fehlen eines somatischen Befundes - die (rein) psychiatrische Erklärbarkeit der Schmerzsymptomatik allein für eine sozialversicherungsrechtliche Leistungsbegründung nicht, obliegt der begutachtenden Fachperson der Psychiatrie im Rahmen der - naturgemäss mit Ermessenszügen behafteten - ärztlichen Stellungnahme zur Arbeits(un)fähigkeit und der Darlegungen zu den einer versicherten Person aus medizinischer Sicht noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit die Aufgabe, durch die zur Verfügung stehenden diagnostischen Möglichkeiten fachkundiger Exploration der Verwaltung (und im Streitfall dem Gericht) aufzuzeigen, ob und inwiefern eine versicherte Person über psychische Ressourcen verfügt, die es ihr - auch mit Blick auf die unter Erw. 2.2.3 hievorigen genannten Kriterien - erlauben, mit ihren Schmerzen umzugehen. Entscheidend ist, ob die betroffene Person, von ihrer psychischen Verfassung her besehen, objektiv an sich die Möglichkeit hat, trotz ihrer subjektiv erlebten Schmerzen einer Arbeit nachzugehen.“

In **BGE 131 V 49 (16.12.2004)** wird der gleiche Sachverhalt in etwas anderer Formulierung festgehalten, so wird von einer Vermutung gesprochen, dass die somatoforme Schmerzstörung mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar sei und es werden Kriterien zur Erkennung von Aggravation formuliert. In den Erwägungen wird ausgeführt:

„1.2 (...) Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter

Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (...).

Beruhet die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (...). Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, wenn: 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 unglaublich wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist“.

In **BGE 137 V 64 (25.2.2011)** und an anderer Stelle wird zur Vermutung der Überwindbarkeit somatoformer Schmerzstörungen ergänzt, dass diese empirisch medizinisch fundiert sei:

„1.2. (...)Soweit die Beurteilung der Zumutbarkeit von Arbeitsleistungen auf die allgemeine Lebenserfahrung gestützt wird, geht es um eine Rechtsfrage; dazu gehören auch Folgerungen, die sich auf medizinische Empirie stützen, zum Beispiel die Vermutung, dass eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar sei...“.

In **BGE 136 V 279 (30.8.2010)** werden die Feststellungen zu somatoformen Schmerzstörungen im Anschluss an frühere Urteile auf weitere sogenannte „pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage“ erweitert. In den Erwägungen wird ausgeführt:

„3.2.1 (...) Mit BGE 132 V 65 E. 4 S. 70 ff. beschloss das Eidg. Versicherungsgericht, die im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien analog anzuwenden. In Bezug auf Chronic Fatigue Syndrome oder Neurasthenie (...), dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (...) sowie dissoziative Bewegungsstörung (...) gelangte das Bundesgericht zum selben Schluss. In SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, 9C_830/2007 E. 4.2, schliesslich bestätigte das Bundesgericht die Rechtsprechung zum invalidisierenden Charakter anhaltender somatoformer Schmerzstörungen bei weitgehendem Fehlen eines somatischen Befundes und vergleichbaren pathogenetisch (ätiologisch) unklaren syndromalen Zuständen, nachdem es sich eingehend mit der daran geübten Kritik auseinandergesetzt hatte.

3.2.3 (...) Aus Gründen der Rechtsgleichheit ist es in der Tat geboten, sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage (PÄUSBONOG) den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (...). Es rechtfertigt sich daher, die in BGE 130 V 352 im Zusammenhang mit somatoformer Schmerzstörung entwickelten Kriterien auch für die Beurteilung der invalidisierenden Wirkung einer spezifischen HWS-Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle analog anzuwenden. Dem steht der allenfalls organische Charakter des Leidens nicht entgegen, hat doch die Rechtsprechung die zu vorwiegend psychisch begründeten Schmerzstörungen (ICD-10: F45.4) entwickelten Regeln u.a. bereits auf die als organisches Leiden betrachtete Fibromyalgie (ICD-10: M79.0) übertragen (E. 3.2.1).“

In **BGE 137 V 64 (25.2.2011)** wird auch die nichtorganische Hypersomnie der Gruppe der PÄUSBONOG zugeordnet.

Im Urteil **8C_972/2012 (31.10.2013)** werden – unabhängig von der spezifischen Fragestellung des dortigen Verfahrens – umfangreiche Feststellungen zu medizinischen und juristischen Aspekten der „unklaren Beschwerden“ gemacht. In den Erwägungen wird festgestellt:

„7.1. In Bezug auf den medizinischen Aspekt wird der besondere Charakter der unklaren Beschwerden - im Vergleich zu organisch begründeten Störungen oder anderen psychischen Leiden - bereits durch ihre Bezeichnung herausgestrichen:

7.1.1. Während der somatogene Schmerz an einem organischen Substrat gemessen werden kann - es besteht ein naturwissenschaftlich verfolgbare Wirkungszusammenhang, die Einschränkung ist entsprechend spezifisch -, findet sich für die der Rechtsprechung BGE 130 V 352 unterstellte überwiegend psychogene, aber somatoforme Symptomatik kein (ausreichendes) organisches Korrelat. In dieser Konstellation ist der Mechanismus, welcher Ursache und Symptom verbindet, oft nur hypothetisch, die (möglicherweise funktionell erheblichen) Beschwerden zwangsläufig unspezifisch. Pathologisch begründete Faktoren können zum gleichen Beschwerdebild beitragen wie (nicht versicherte) soziale Faktoren. Die Anteile der versicherten und der nicht versicherten Faktoren sind medizinisch kaum quantifizierbar (...). Damit ist zuweilen nicht zu vermeiden, dass soziale Faktoren über das rechtlich vorgesehene Mass hinaus zu einem Befund beitragen, anhand dessen eine Feststellung über Arbeitsunfähigkeit getroffen wird. Wenn also nicht hinreichend genau gesagt werden kann, inwieweit ein Funktionsausfall auf einem selbstständigen Gesundheitsschaden und nicht auf konkurrierenden Faktoren beruht, so ist diesen Abgrenzungsschwierigkeiten mit besonderen Regeln gerecht zu werden.

7.1.2. Bei den Folgen von Schleudertraumen (vgl. BGE 136 V 279) etwa ist die Ätiologie - die zu Grunde liegende Ursache - in leichteren Fällen meist nicht objektiv ausgewiesen. Immerhin ist aber von morphologischen Schädigungen (Mikroverletzungen) auszugehen; die Rechtsprechung nimmt denn auch nach wie vor an, dass eine bei einem Unfall erlittene Verletzung im Bereich der Halswirbelsäule oder des Kopfes auch ohne

organisch nachweisbare (objektivierbare) Funktionsausfälle zu länger dauernden, die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden Beschwerden führen kann (...). Andere von der Rechtsprechung gemäss BGE 130 V 352 erfasste Krankheitsbilder, so die anhaltende somatoforme Schmerzstörung, haben eine (überwiegend) psychische Ursache, vorbehaltlich des oft vorhandenen somatischen Kerns (vgl. die Definition in ICD-10, German Modification [GM] 2011, Ziff. 45.41) und des Umstands, dass psychische Prozesse als generell von neurophysiologischen Abläufen begleitet gelten (...). Bei weiteren Syndromen ist die Ursache gänzlich unbekannt, so bei der Fibromyalgie (...) oder beim chronischen Müdigkeitssyndrom (...).

7.1.3. Sämtlichen unterstellten Beschwerdebildern gemeinsam ist, dass die Pathogenese – der Mechanismus, wie der Gesundheitsschaden entsteht - durchwegs unbekannt oder zumindest ungesichert ist; die Wirkungsweise als solche wie auch ihre Intensität sind nicht pathogenetisch spezifizierbar. Hinzu kommt, dass die Diagnose einer somatoformen Störung anhand der ICD-10 weitgehend auf Beobachtung des äusseren Störungsbildes und nicht auf krankheitskonzeptioneller Einordnung beruht; psychodynamische Zusammenhänge wurden in der Klassifikation ausgeklammert (...). Der Einblick in die Entstehungsweise des Gesundheitsschadens fehlt auch insoweit. Ist demzufolge zunächst dessen Bestand an sich ungesichert, so lässt sich eine Simulation weder feststellen noch ausschliessen (...). Sodann bedeutet der Mangel an objektivierbarem Substrat, dass auch das Ausmass der mit dem versicherten Gesundheitsschaden korrelierenden Funktions- und damit Leistungseinbusse dem direkten Beweis grundsätzlich entzogen bleibt; insoweit kann auch Aggravation kaum je zuverlässig ausgeschlossen werden (...). All dies erfordert spezielle Regeln, mit denen eine gesetzeskonforme Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit gesichert werden kann.

7.1.4. Gewisse Störungsbilder, wie etwa Schizophrenie sowie Zwangs-, Ess- und Panikstörungen (...), können auf Grund klinischer psychiatrischer Untersuchungen klar diagnostiziert werden. Bezüglich ihrer Überprüf- und Objektivierbarkeit sind diese Leiden mit den somatischen Erkrankungen vergleichbar. Beim (im Wesentlichen psychogenen) Schmerzsyndrom und ähnlichen Störungen hingegen gibt es keine derartigen direkt beobachtbaren Befunde. Auch im Gegensatz zu den "klassischen", beispielsweise affektiven, psychischen Störungen fehlt es mithin in zwei Richtungen an Massstäben, wie sie zur Klärung von invalidenversicherungsrechtlichen Ersatzansprüchen nötig sind: Einerseits ist die rechtskonforme Abgrenzung zu nicht versicherten (sozialen) Faktoren weitaus stärker gefährdet als bei anderen psychischen Beschwerdebildern. Andererseits mangelt es an einer substanziellen Grundlage zur Feststellung, wie weit die somatoformen Beschwerden eine erwerbliche Tätigkeit gegebenenfalls unzumutbar machen. Die Abgrenzungen sind im Einzelfall nicht leicht vorzunehmen (...). Die medizinische Diagnosestellung bleibt aber in jedem Fall den ärztlichen Fachpersonen vorbehalten. Immerhin gibt die internationale Klassifikation der Krankheiten ICD-10 nachvollziehbare Unterscheidungskriterien vor. Dem Gericht bleibt es vorbehalten, die Vollständigkeit und Plausibilität der medizinischen Begutachtung nach den anerkannten Regeln (vgl. BGE 137 V 210 ff.) zu überprüfen.

7.2. Die pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder sind nach dem Gesagten nicht messbar und folglich

kaum zu überprüfen. Daher mangelt es an der Objektivierbarkeit dieser Störungen. Deren beschriebene Eigenschaften lassen den direkten Nachweis einer anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit vorerst nicht zu (...). An dessen Stelle tritt behelfsweise ein auf Indizien gestützter indirekter Beweis über das Vorliegen eines Gesundheitsschadens (...), über dessen funktionelle Auswirkungen sowie über die Unzumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit.

Die notgedrungen weitgehend subjektiven Symptome werden einer objektivierenden Konsistenzprüfung unterzogen (...). Würden die Defizite in der Beweisbarkeit, wie sie in der Eigenart der geschilderten Symptome angelegt sind, nicht durch Hilfstatsachen ausgeglichen, wäre eine invalidisierende Einschränkung oft von vornherein nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (...) nachweisbar. Insofern verhindert das mit BGE 130 V 352 etablierte normative Instrumentarium - je nach Ausgang der Wertung - eine Beweislosigkeit, die sich nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast zuungunsten der von den fraglichen Leiden betroffenen versicherten Personen auswirken und letztlich dazu führen müsste, dass die fragliche Gruppe von Gesundheitsschädigungen im Ergebnis generell aus dem Kreis der entschädigungsfähigen Tatbestände ausschiede. Insofern hat die kritisierte Rechtsprechung BGE 130 V 352 eine gewährleistende Funktion. Der primäre Mangel an Beweisbarkeit rechtserheblicher Tatsachen führt erst dann und insoweit zu einer Ablehnung des Leistungsanspruchs, wenn die Indizien, wie sie bei einer umfassenden, kriteriengeleiteten Prüfung zutage gefördert wurden, nicht hinreichend Grund zur Annahme bieten, eine Erwerbstätigkeit sei ganz oder teilweise unzumutbar.

Auch aus rechtlicher Sicht nehmen die Beschwerdebilder ohne organische Grundlage eine Sonderstellung ein.

8.1. Nach der allgemeinen Beweisregel (Art. 8 ZGB) hat die versicherte Person die invalidisierenden Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Gelingt dieser Nachweis nicht, verfügt sie über keinen Leistungsanspruch. Mit anderen Worten wird bei Beweislosigkeit vermutet, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirkt: Vermutet wird Validität, nicht Invalidität. An diesem Nachweis kann es unter mehreren Aspekten mangeln: Die Einschränkung ist nicht gesundheitlich, sondern sozial/soziokulturell bedingt (1); die gesundheitliche Einschränkung ist nicht evident, wiegt nicht schwer, sodass sie überwindbar und der versicherten Person die Verrichtung einer adaptierten Tätigkeit dennoch zumutbar ist (2); die Einschränkung ist medizinisch ange- oder gar heilbar (3); die Einschränkung ist nur vorübergehender Natur, sei es, weil sie von selbst oder nach einer medizinischen Behandlung abklingt (4). Die entsprechenden Elemente (gesundheitlicher Charakter, Evidenz und Erheblichkeit, Unheilbarkeit und Dauerhaftigkeit der Beeinträchtigung) sind stets - auch ausserhalb der unklaren Beschwerdebilder - nachzuweisen, damit ein Anspruch auf eine Dauerleistung der Invalidenversicherung geltend gemacht werden kann.

8.2. Im Zusammenhang mit den unklaren Beschwerden, aber auch mit anderen psychischen Leiden, wird etwa zu prüfen sein, ob das (unklare) Störungsbild einen medizinischen Hintergrund hat und ob der somatoforme Schmerz derart schwer wiegt, dass er nicht zu überwinden ist. Eine Erwerbstätigkeit trotz Schmerzen kann mangels Evidenz zumutbar erscheinen, weil die Betroffenen ganzzeitig - also auch in der

Freizeit - davon betroffen sind und, mit oder ohne Arbeit, damit leben müssen. Weiter wird regelmässig zu untersuchen sein, ob das Leiden dauerhaft ist oder ob es dank nachhaltiger Heilungs- oder Rehabilitationsbemühungen bzw. bei geeigneter Medikamentierung nicht abklingt und eine leidensangepasste Tätigkeit aus diesem Grunde als ausführbar betrachtet werden kann. Es geht dabei nicht (nur) um die erwähnten Faktoren, sondern um die Objektivierbarkeit von gesundheitlichen Beeinträchtigungen generell. Diese ist nach der Definition der unklaren Beschwerden grundsätzlich in Frage gestellt: Die invalidisierenden Auswirkungen der unter den Begriff fallenden Störungsbilder entziehen sich einer objektiven Beurteilung, da sie im Wesentlichen auf subjektiven Schilderungen der Betroffenen beruhen und einer klinischen Überprüfung nicht zugänglich sind. Die Diagnose eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage für sich allein muss daher zur Beweislosigkeit im Rechtssinne führen. Bei dieser Beweislage dürfen die Sozialversicherungsträger keine Leistungen aussprechen. Würde anders entschieden, hätten es die versicherten Personen in der Hand, solche durch den blossen Beschrieb unklarer Beschwerdebilder auszulösen. Die unklaren Beschwerden unterscheiden sich demnach hinsichtlich ihrer invalidisierenden Folgen von anderen (psychischen) Leiden durch die mangelnde Objektivierbarkeit. Dabei handelt es sich um ein sachliches Kriterium, das überprüft werden kann. Die hinreichende Objektivierbarkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigung wird für Ansprüche auf Sozialversicherungsleistungen seit jeher vorausgesetzt (...) und hat im Rahmen der 5. IV-Revision auch Eingang in die Gesetzgebung gefunden (...). Von einer unbegründeten Schlechterstellung bzw. einer Diskriminierung der betroffenen Versicherten in verfassungsmässigem Sinne bzw. nach Massgabe der EMRK kann daher nicht gesprochen werden.

9.1. Allein auf der Grundlage eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage lässt sich daher die Vermutung, die versicherte Person sei erwerbsfähig und es liege keine invalidisierende Beeinträchtigung vor, in der Regel nicht widerlegen. Die Rechtsprechung hat deshalb die Voraussetzungen umschrieben, unter denen sich eine Arbeitsunfähigkeit dennoch nachweisen lässt (sog. "Foerster-Kriterien"). Diese Kriterien lassen mit anderen Worten den Gegenbeweis der Arbeitsunfähigkeit bei diagnostizierten unklaren Beschwerden zu.

9.1.1. Als diesbezüglich massgebliche Kriterien sind von der Rechtsprechung anerkannt worden (...):

- das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien wie etwa:
- chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik oder längerfristige Remission
- ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens
- ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn ["Flucht in die Krankheit"])
- ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte

Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person.

9.1.2. Mit Blick auf das erstgenannte Kriterium der Komorbidität ist Folgendes anzufügen: Die Diagnose eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage kann insbesondere im Zusammenhang mit anderen Krankheitsbildern stehen. Soweit es sich dabei um Störungen handelt, deren Nachweis anhand klinischer Untersuchungen klar gestellt werden kann, ist die Arbeitsunfähigkeit durch die Ärztin oder den Arzt auf Grund der betreffenden Diagnose zu schätzen. Seitens des Gerichts besteht sodann keine Notwendigkeit, diese Einschätzung in Zweifel zu ziehen, wenn sie auf den anerkannten Grundsätzen einer medizinischen Begutachtung beruht. Genau betrachtet ergibt sich die Arbeitsunfähigkeit in dieser Konstellation nicht aus dem Gegenbeweis der Komorbidität, sondern aus den Folgen einer Grunderkrankung ausserhalb der unklaren Beschwerden.

9.1.3. Bezüglich der Kritik an den "Foerster-Kriterien" kann zunächst auf das in E. 3.2.3 hievordargelegte verwiesen werden. Sie ermöglichen der beweispflichtigen versicherten Person im Sinne von Hilfstatsachen den Ersatzbeweis der invalidisierenden Folgen von an sich nicht nachweisbaren Leiden. Sie erweitern daher deren Beweismöglichkeiten ausserhalb der rein medizinischen Betrachtungsweise. So stellt etwa der soziale Rückzug in allen Belangen des Lebens keine medizinische Diagnose dar, sondern beschreibt eine Lebenssituation, die an sich keinen unmittelbaren Zusammenhang mit der Gesundheit aufweist, können doch auch gesunde Menschen vollständig zurückgezogen leben. Dennoch wird anerkannt, dass bei einem solchen Rückzug im Zusammenspiel mit einem unklaren Beschwerdebild eine gesundheitliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nachgewiesen werden kann. Der Nachweis der Kriterien wirkt sich demnach zu Gunsten der versicherten Person aus. Es braucht daher auch nicht abschliessend zur Frage Stellung genommen zu werden, ob die Kriterien - im Sinne eines polydisziplinären Konsenses - neu evaluiert werden sollten. Die hier geltend gemachte Diskriminierung bezieht sich nicht auf die "Foerster-Kriterien", sondern auf den Umstand, dass für Personen mit pathogenetisch-ätiologisch unklarem syndromalem Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage diese Krankheitsdiagnose allein für den Nachweis der Invalidität nicht genügt.

9.2. Die einzelnen psychischen Störungsbilder weisen Gemeinsamkeiten und Überschneidungen auf. Ob sie pathologisch-ätiologisch klar nachweisbar sind, lässt sich medizinisch nicht ohne Weiteres klären. Zudem stehen sie meist in Relation zu somatischen Leiden. Das Bundesgericht hat diese Problematik erkannt und die Bedeutung einer fachkompetenten Abklärung und Begutachtung daher stets betont. Die entsprechenden Verfahrensrechte der Beteiligten sind letztmals in BGE 137 V 210 zusammengefasst und modifiziert worden (...).

9.2.1. Besondere Bedeutung kommt im vorliegend zu beurteilenden Kontext einer fachgerechten Abklärung zu. Die Gutachter haben einleuchtend darzutun, aus welchen Gründen sie ein unklares Beschwerdebild diagnostiziert haben und weshalb die klinisch psychiatrische Untersuchung keine nachvollziehbaren und in Bezug auf deren invalidisierenden Folgen objektivierbaren Störungsbilder ergeben hat. Der aus der Diagnosestellung resultierende Rechtsnachteil der bleibenden Beweislast bedingt eine fachgerechte und aktuelle

Untersuchung, welche die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine Begutachtung erfüllt. Dies ist durch das geltende Recht gewährleistet.

9.2.2. Die entsprechende Problematik offenbart sich mit Blick auf die rechtliche Situation der Betroffenen im Falle der Rentenrevision noch deutlicher, da unter Umständen mit dem Verlust eines langjährigen Rechtsanspruchs zu rechnen ist. Aus diesem Grund hat es das Bundesgericht abgelehnt, die Rechtsprechung von BGE 130 V 352 auf laufende Renten anzuwenden (...).

9.4. Zusammenfassend setzt der Nachweis der Invalidität eine gesundheitlich bedingte, erhebliche und evidente, dauerhafte sowie objektivierbare Beeinträchtigung voraus. Dieser Massstab gilt für sämtliche Leiden gleichermaßen. Den unklaren Beschwerden ist eigen, dass mittels klinischer psychiatrischer Untersuchungen weder Pathologie noch Ätiologie erklärbar sind. Sie vermögen daher aus rechtlicher Sicht für sich allein den Nachweis einer gesundheitlichen Einschränkung mangels Objektivierbarkeit nicht zu erbringen. Insofern unterscheiden sich die Diagnosen pathogenetisch ätiologisch unklarer syndromaler Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage sachlich entscheidend von anderen Krankheitsbildern und es rechtfertigt sich, sie namentlich mit Blick auf die Beweislast gesondert zu beurteilen. Die gestützt auf diese Erkenntnisse und Überlegungen ergangene bundesgerichtliche Rechtsprechung ist vom Gesetzgeber in das Bundesrecht übernommen worden. Die Anwendung der Vorschriften setzt allerdings eine fachgerechte und umfassende Begutachtung der betroffenen Versicherten voraus. Zudem sind sie auf die speziell geschaffenen Wiedereingliederungs-massnahmen hinzuweisen.“

In **BGE 138 V 248 (3.5.2012)** wird zur Objektivierbarkeit noch einmal ganz im naturwissenschaftlichen Sinn des Begriffsverständnisses definiert:

„5.1 ...Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hiebei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind.“

II. Aufstellung der zu prüfenden Fragen

Aus den oben zitierten Entscheiden und Urteilen des Schweizer Bundesgerichts lassen sich Feststellungen extrahieren, die ihrerseits Fragen aufwerfen, die im folgenden aus medizinischer, genauer psychosomatisch-psychiatrischer Sicht geprüft werden sollen. Es werden hier nur potentiell strittige, nicht aber unstrittige Feststellungen aus den Entscheiden aufgeführt. Die zu prüfenden Feststellungen und daraus sich ergebenden Fragen lauten:

1. Somatoforme Schmerzstörungen werden mit anderen Störungsbildern unter der (sonst im internationalen Schrifttum nicht gebräuchlichen) Bezeichnung „Pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage (PÄUSBONOG)“ zusammengefasst.

Ist diese Bezeichnung und Gruppierung von Störungsbildern sinnvoll und zutreffend?

2. Eine somatoforme Schmerzstörung als solche vermag in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken. Es besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Diese Vermutung gründe auf medizinischer Empirie.

Sind diese Feststellungen gerechtfertigt bzw. ist eine Sonderstellung der somatoformen Schmerzstörungen und anderer PÄUSBONOG im Vergleich zu sonstigen psychischen und somatischen Störungsbildern im Hinblick auf diese Feststellungen gerechtfertigt?

3. Gewisse Störungsbilder, wie etwa Schizophrenie sowie Zwangs-, Ess- und Panikstörungen (...), können auf Grund klinischer psychiatrischer Untersuchungen klar diagnostiziert werden. Bezüglich ihrer Überprüf- und Objektivierbarkeit sind diese Leiden mit den somatischen Erkrankungen vergleichbar. Beim (im Wesentlichen psychogenen) Schmerzsyndrom und ähnlichen Störungen hingegen gibt es keine derartigen direkt beobachtbaren Befunde.

Die unklaren Beschwerden unterscheiden sich hinsichtlich ihrer invalidisierenden Folgen von anderen (psychischen) Leiden durch die mangelnde Objektivierbarkeit. Dabei handelt es sich um ein sachliches Kriterium, das überprüft werden kann.

Ist diese Unterscheidung zwischen PÄUSBONOG und anderen psychischen Leiden hinsichtlich Beobachtbarkeit, Beweis- und Objektivierbarkeit medizinisch gerechtfertigt?

4. Allein auf der Grundlage eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage lässt sich die Vermutung, die versicherte Person sei erwerbsfähig und es liege keine invalidisierende Beeinträchtigung vor, in der Regel nicht widerlegen. Die Rechtsprechung hat deshalb die

Voraussetzungen umschrieben, unter denen sich eine Arbeitsunfähigkeit dennoch nachweisen lässt (sog. "Foerster-Kriterien"). Diese Kriterien lassen mit anderen Worten den Gegenbeweis der Arbeitsunfähigkeit bei diagnostizierten unklaren Beschwerden zu.

Als diesbezüglich massgebliche Kriterien sind von der Rechtsprechung anerkannt worden:

- das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien wie etwa:
- chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik oder längerfristige Remission
- ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens
- ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn ["Flucht in die Krankheit"])
- ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person.

Wie gut sind diese Kriterien geeignet, um, wie ausgeführt, den „Gegenbeweis der Arbeitsunfähigkeit“ führen zu können? Wie sollten sie ggf. verstanden und angewendet werden?

III. Beantwortung der aufgeführten Fragen

1. Zur ersten Frage: Gruppierung und Bezeichnung „PÄUSBONOG“

Folgende Störungsbilder sind in der schweizerischen Rechtsprechung bislang unter der Bezeichnung „Pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage (PÄUSBONOG)“ zusammengefasst:

- somatoforme Schmerzstörung
- Fibromyalgie
- Chronic Fatigue Syndrome/ Neurasthenie
- dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung
- dissoziative Bewegungsstörung
- sog. HWS-Schleudertrauma
- nicht-organische Hypersomnie

1.1 Zur Gruppierung der Störungsbilder

Der gemeinsame Nenner der ersten sechs der hier aufgeführten sieben Störungsbilder besteht darin, dass die betroffenen Patienten über Körperbeschwerden als Leitsymptom klagen, die nicht auf eine organopathologisch definierte Erkrankung zurückgeführt werden können. Die entsprechenden Körperbeschwerden sind Schmerzen (erste zwei und partiell sechstes Störungsbild), körperliche Erschöpfung und reduzierte Leistungsfähigkeit (drittes Bild) sowie Störungen der Willkürsensorik und – motorik (viertes, fünftes und partiell sechstes Störungsbild). Die als siebtes Störungsbild aufgeführte Hypersomnie unterscheidet sich darin, dass eine Schlafstörung nicht unbedingt als Körperbeschwerde anzusehen ist.

Obwohl sie alle die oben genannte Gemeinsamkeit (Leitsymptom Körperbeschwerde, die nicht auf organopathologisch definierte Erkrankung zurückgeführt werden kann) teilen, sind die ersten sechs Störungsbilder aus Sicht des offiziellen medizinischen Klassifikationssystems ICD-10 der WHO einerseits den psychischen, andererseits den somatischen Störungen zugeordnet. Den psychischen Störungen (also dem Kapitel F der ICD-10) zugeordnet sind namentlich die somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4), die eng verwandten dissoziativen Störungen der Bewegung und Empfindung (synonym: Konversionsstörungen, ICD 10 F44.4-7) und die ebenfalls eng verwandte Neurasthenie (ICD 10 F48). Den somatischen Störungen (also anderen Kapiteln der ICD-10 als dem Kapitel F) zugeordnet ist die Fibromyalgie (ICD-10 M79.7), das Chronic Fatigue Syndrome (ICD-10 G93.3) und das HWS-Schleudertrauma (ICD-10 S13.4).

(Die nichtorganische Hypersomnie ist den psychischen Störungen zugeordnet (ICD-10 F51.1)).

Damit reflektiert sich für die große Mehrzahl der als PÄUSBONOG zusammengefassten Gruppe ein Umstand, der generell für die große Gruppe von Patienten gilt, die in der Medizin mit dem Leitsymptom von Körperbeschwerden, die nicht auf organopathologisch definierte Erkrankung zurückgeführt werden können, diagnostiziert werden: es existiert für diese Patientengruppe eine Parallelklassifikation im Bereich der psychischen wie der somatischen Störungen. Es ist eine Frage der

Perspektive, wie hier im Einzelfall entschieden wird: der gleiche Patient erfüllt z.B. häufig die Kriterien für eine Fibromyalgie (im Körper weitverbreiteter Schmerz) wie für eine somatoforme Schmerzstörung – die Art der Diagnose hängt dann wesentlich davon ab, wer sie stellt: der Rheumatologe wird in der Regel eine Fibromyalgie diagnostizieren, der Psychiater/ Psychotherapeut eine somatoforme Schmerzstörung. Analoges gilt für das Diagnosepaar Neurasthenie – Chronic Fatigue Syndrome. Dass die Konversionsstörungen innerhalb der psychischen Störungen nicht den somatoformen, sondern den dissoziativen Störungen zugeordnet sind, ist systematisch nicht zu begründen – im amerikanischen Klassifikationssystem psychischer Störungen DSM ist das auch nicht der Fall.

Um diese letztlich unbefriedigende Situation der Parallelklassifikation und letztlich zufälligen Perspektiveneinnahme zu überwinden, wäre die Einführung einer sog. Interface-Kategorie im Klassifikationssystem sinnvoll, die weder den psychischen noch den somatischen Störungen zugeordnet wäre und in der diese Störungsbilder dann insgesamt eingeordnet werden könnten – dies ist allerdings derzeit nicht geplant (Henningsen et al. 2007).

Die 2012/13 publizierte deutsche S3-Leitlinie der „Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften - AWMF“ (S3 = höchstes Niveau an Evidenzbasierung und Konsensbildung) mit dem Titel „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ bringt schon im Titel zum Ausdruck, dass es notwendig ist, in der Erfassung dieser Störungsgruppe sowohl die Perspektive der somatischen („funktionell“) wie der psychischen („somatoform“) Eingruppierung aufzunehmen (s. unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-001.html>, Schäfert et al. 2012, Hausteiner-Wiehle et al. 2013).

Angesichts dieser Situation ist die pragmatische Nutzung einer eigenen Gruppierung von Störungsbildern, wie sie derzeit unter dem Titel „PÄUSBONOG“ in der Schweiz vorgenommen wird, als sinnvoll und analog zum Vorschlag einer Interface-Kategorie anzusehen, da sie die jeweils zufällige einseitige Zuordnung der Störungsbilder nur als somatoforme oder nur als funktionell somatische Störung überwindet. Allerdings schwächt die Hinzunahme der nichtorganischen Hypersomnie diese Sinnhaftigkeit, da für sie ein verhaltensbezogenes Leitsymptom und nicht das gemeinsame Band des Leitsymptoms Körperbeschwerde gilt.

1.2 Zur Bezeichnung der Gruppierung

1.2.1 „Syndromale Beschwerdebilder“

Nachdem festzustellen war, dass die zusammenfassende Gruppierung der genannten Störungsbilder als solche im wesentlichen sinnvoll ist, geht es jetzt um eine Prüfung der gewählten Bezeichnung für diese Gruppierung als „Pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage“. Diese lange Bezeichnung enthält mindestens drei Teile: es handelt sich bei den genannten Bildern zunächst tatsächlich um Beschwerdebilder, die über eine Konstellation von Symptomen, also syndromal definiert sind, insofern ist dieser Teil der Bezeichnung im Prinzip zutreffend. Allerdings führt die Auslassung der

Tatsache, dass es sich im wesentlichen um Beschwerdebilder mit dem Leitsymptom nicht irgendeiner, sondern einer Körperbeschwerde handelt, nicht nur zur verwischenden Aufnahme z.B. auch einer Schlafstörung in die Gruppe.

Wesentlicher noch ist, dass durch diese Auslassung der nachfolgende Aussageteil „ohne nachweisbare organische Grundlage“ seinen spezifischen Bestimmungsgrund verliert, denn spezifisch geht es ja um die Konstellation „Leitsymptom Körperbeschwerde – trotzdem lässt sich nach angemessener Untersuchung keine ausreichende organopathologische Erklärung für diese Beschwerden finden“. Die allgemeinere Aussage „syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage“ gilt dagegen im Grunde auch für die Mehrzahl sonstiger psychischer Störungen, also zB für das Gros der Psychosen, Angst- und depressiven Störungen.

1.2.2 „Ohne nachweisbare organische Grundlage“

Die Formulierung „ohne nachweisbare organische Grundlage“ soll, ausführlicher formuliert, bedeuten, dass sich kein pathophysiologisch definierter Prozess oder Strukturschaden an peripheren Körperorganen nachweisen lässt (eine Entzündung, ein Tumor, eine Durchblutungsstörung, ein Stoffwechselschaden etc), der ausreichend erklären kann, warum ein Betroffener über Schmerzen, Schwindel, Kreislauf-, Verdauungs- oder andere (Körper-)Beschwerden klagt. Insofern nimmt diese Formulierung implizit auch Bezug auf Körper- und nicht irgendeine Form von Beschwerden.

In der (notwendigen) Verkürzung „ohne nachweisbare organische Grundlage“ liegt allerdings auch eine Quelle für Missverständnisse, da ja klar ist, dass es auch für subjektiv erlebte Körperbeschwerden, bei denen kein derartiger pathophysiologisch definierter Prozess oder Strukturschaden an peripheren Organen nachweisbar ist, ein organisches Korrelat gibt in Form der technisch mit der funktionellen Bildgebung immer besser beschreibbaren Funktionsveränderungen in den Teilen des zentralen Nervensystems/ Gehirns, die mit der Verarbeitung von Körpersignalen, Emotionen und Kognitionen befasst sind.

1.2.3 „Pathogenetisch-ätiologisch unklar“

Als drittes ist die Bezeichnung „Pathogenetisch-ätiologisch unklar“ zu prüfen. Gemeint sind hier zum einen eine Beschreibung der materiellen, pathogenetischen Grundlage des notwendigerweise und immer (übrigens auch in der Folge eines höchst objektiven Knochenbruchs) rein subjektiven Körperbeschwerdeerlebens – nach dem Motto „was geht in einer Person/ einem Organismus vor, wenn der Betreffende anhaltend über (Körper-) Beschwerden klagt, die nicht auf eine klar definierte Organpathologie zurückgeführt werden können?“. Zum anderen geht es um die ätiologisch relevanten Faktoren, die für die Anfälligkeit für, das Auftreten und das Anhalten von solchen (Körper-) Beschwerden verantwortlich sind – also pauschal nach dem Motto „was ist die Ursache dieser Beschwerden?“.

Im Hinblick auf die erste Frage lässt sich festhalten, dass die materielle Basis des Beschwerdeerlebens in den letzten Jahren, wie schon angedeutet, sehr viel besser aufgeklärt werden konnte – hier helfen zum einen die erwähnten technischen Möglichkeiten der sogenannten funktionellen Bildgebung, also der Möglichkeit, die Hirnfunktion und nicht nur ihre Struktur mit bildgebenden Methoden z.B. der Magnetresonanztomographie darzustellen, zum anderen haben sich auch konzeptuell neue Modelle des engen Zusammenhangs von Wahrnehmungsprozessen und Hirnfunktion unter dem Stichwort „Kognitive/ affektive/ soziale Neurowissenschaft“ ergeben.

Kurz zusammengefasst lassen sich auf dem jetzigen Wissensstand folgende vier Punkte festhalten:

- die pathophysiologische Grundlage des (Körper-)Beschwerdeerlebens in der genannten Konstellation lässt sich eindeutig als Dysfunktion in der zentralnervösen Verarbeitung von körperbezogenen Reizen beschreiben, hierin besteht keine Unklarheit (mehr).

- Relevant sind hier nicht nur Veränderungen in den Gehirnarealen, die unmittelbar der Verarbeitung von Körpersignalen dienen (z.B. somatosensorischer Kortex, Insula), sondern auch Veränderungen in den Arealen, die der Verarbeitung von kognitiven, affektiven und sozialen Prozessen dienen (z.B. präfrontaler Kortex, limbisches System). Daraus ergibt sich auch, dass kognitive, emotionale und soziale Prozesse unmittelbar und untrennbar Einfluss auf das (Körper-) Beschwerdeerleben haben, unabhängig davon, ob zusätzlich periphere pathologische Prozesse (z.B. nociceptive Signale) eine Rolle spielen (Tracey und Mantyh 2007).

- die zentralnervösen Korrelate genuinen (Körper-)Beschwerdeerlebens lassen sich differenzieren von den zentralnervösen Korrelaten bewusster Simulation derartiger Beschwerden, d.h. es handelt sich dabei um nachweislich verschiedene Prozesse. Dies ist aus methodischen Gründen besonders deutlich gezeigt für dissoziative Bewegungs- und Empfindungsstörungen (Spence et al. 2000, Edwards et al. 2013).

- Unklar ist noch die relative Bedeutung unterschiedlicher zentralnervöser Prozesse in der Generierung der Beschwerden, dh. z.B. die relative Bedeutung von Sensitivierung, also übermässiger Verarbeitung peripherer Reize, im Vergleich z.B. zur verminderten Inhibition über deszendierende schmerzhemmende Bahnen. Unklar ist auch noch, wie einheitlich oder unterschiedlich die Prozesse bei verschiedenen Arten von (Körper-) Beschwerden, z.B. Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation, Schwindel, Übelkeit etc. sind.

Im Hinblick auf die zweite, die Ursachenfrage ist festzuhalten, dass sich hier für die gesamte Gruppierung, sowohl in der Perspektive somatoformer wie in der Perspektive funktioneller Störungen, ein Konsens in dem Sinn ergeben hat, dass generell weder eine einseitig biologische noch eine einseitig psychogene Ursachenannahme gerechtfertigt werden kann, sondern – wie in den meisten Bereichen der Medizin insgesamt – eine biopsychosoziale. Es ergibt sich also kein Entweder-Oder, sondern ein Sowohl-Als-Auch von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren in der Aufklärung von Anfälligkeit, Auftreten und Aufrechterhaltung dieser Beschwerdebilder. So sind genauso biologische Faktoren, z.B. eine vorherige oder gegenwärtige organische Erkrankung

oder Verletzung, wie psychosoziale Faktoren, z.B. eine frühere psychische Traumatisierung oder aktuelle Lebensbelastung, als Risikofaktoren für das Auftreten anzusehen, und biologische (z.B. physische Dekonditionierung), psychologische (z.B. Angst) wie soziale Faktoren (z.B. der sog. sekundäre Krankheitsgewinn) als relevant für die Aufrechterhaltung der Beschwerden (Henningens et al. 2007, Henningens 2014).

Während dieses bio-psycho-soziale Ätiologiemodell für die genannte Störungsgruppe insgesamt klar ist, gibt es noch Unklarheit hinsichtlich der relativen Gewichtung der jeweiligen Faktoren (biologisch – psychologisch – sozial) für die jeweilige Frage (Erklärung der Anfälligkeit – des Auftretens – der Aufrechterhaltung) sowohl im konkreten Einzelfall wie auch genereller im Hinblick auf mögliche Unterschiede zwischen den einzelnen Störungsbildern in dieser Gruppe.

Hier ist noch zweierlei zu bemerken: erstens gibt es im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Ätiologiemodells keinen prinzipiellen Unterschied zwischen Situationen, in denen eine organopathologisch definierte Komponente des Körperbeschwerdeerlebens gegeben ist (z.B. bei Fatigue-Syndromen im Rahmen einer Multiplen Sklerose oder im Kontext einer Krebserkrankung) und solchen, in denen eine solche Komponente nicht gegeben ist (in beiden Fällen unterliegt dem Beschwerdeerleben eine ätiologische Mischung der bio-psycho-sozialen Komponenten, so sind auch für das Ausmass von Fatigue im Rahmen einer Multiplen Sklerose die psychosozialen Ätiologiekomponenten gewichtiger als die unzweifelhafte biologisch-organische Komponente (vgl. Bol 2009)) - es gibt nur einen relativen Unterschied in der Gewichtung und Benennbarkeit der biologischen Komponente (vgl. zur Relativierung des Unterschieds organisch erklärter – unerklärter Körperbeschwerden auch die Fußnoten 2 und 3). Es ist insofern nicht gerechtfertigt, Körperbeschwerdesyndrome mit eindeutiger organischer Ätiologiekomponente im Hinblick auf die Begutachtung der Arbeitsfähigkeit anders zu behandeln als solche ohne derart eindeutige Komponente.

Zweitens ist es so, dass z.T. nicht nur Betroffene, sondern auch Ärzte und Wissenschaftler bemüht sind, vor allem den biologischen Anteil zu betonen, aus der Annahme heraus, dass biologische Erklärungsansätze für das Beschwerdeerleben die Legitimität desselben erhöhen. So sind z.B. für das Chronic Fatigue Syndrom, die Fibromyalgie oder das sog. Halswirbelsäulenschleudertrauma immer wieder bislang unbestätigte oder auch widerlegte biologische Ätiologietheorien vertreten worden bzw. werden es noch immer. Auch werden z.T. ganze Beschwerdebilder auf unbestätigte biologische Ätiologieannahmen gestützt, so z.B. das sog. Multiple Chemical Sensitivity Syndrom oder die chronische Borreliose/ Lyme Disease. Im Rahmen des bio-psycho-sozialen Ätiologiemodells ist wie gesagt nicht ausgeschlossen, dass bislang unentdeckte biologische Faktoren nachgewiesen werden, es ist nur gleichzeitig sicher, dass sie nicht ausschliesslich relevant sind.

Insgesamt sind die hier in Rede stehenden Beschwerdebilder also in pathogenetisch-ätiologischer Hinsicht als partiell klar, partiell unklar anzusehen, nicht generell als unklar. Wichtig ist dabei, dass sie sich damit in nichts unterscheiden von den meisten psychischen Störungen, für die auch einige Aspekte von Pathogenese und Ätiologie klar sind, andere unklar. Auch zu Körperbeschwerdesyndromen mit klarer organischer Ätiologiekomponente gibt es, wie ausgeführt, keinen prinzipiellen Unterschied. Als spezifische Bezeichnung für die genannte Gruppe ist „pathogenetisch-ätiologisch unklar“ also insgesamt nicht geeignet.

1.4 Zusammenfassung zur ersten Frage

Eine Zusammenführung von verschiedenen ähnlichen Störungsbildern, die in den offiziellen Klassifikationssystemen sowohl den psychischen wie den somatischen Störungen zugeordnet werden, ist prinzipiell sinnvoll und die Bezeichnung als „syndromale Beschwerdebilder“ ist zutreffend. Allerdings ist die Kombination mit dem (in der Verkürzung potentiell missverständlichen) Zusatz „ohne nachweisbare organische Grundlage“ nur dann sinnvoll, wenn es sich um Beschwerdebilder mit dem Leitsymptom einer Körperbeschwerde handelt, das sollte im Namen deutlich gemacht werden, auch sollte vermieden werden, Störungsbilder mit anderen Leitsymptomen hinzuzunehmen.

Die Bezeichnung „pathogenetisch-ätiologisch unklar“ ist in dieser Pauschalität falsch und als spezifische Bezeichnung dieser Gruppe ebenso wie die verkürzte Bezeichnung „unklare Beschwerdebilder“ ungeeignet.

Insofern wäre, um so weit wie möglich in der Logik der bisherigen Bezeichnung zu bleiben, die Bezeichnung „Syndromale Körperbeschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage (SKONOG)“ sinnvoll. Alternativ wären die international eingeführteren Bezeichnungen „funktionelle somatische Syndrome“ oder „Körperdistresssyndrome“ zu erwägen².

2. Zur zweiten Frage: Überwindbarkeit somatoformer Störungen

2.1 Medizinische Aspekte der „Vermutung“ einer zumutbaren Überwindbarkeit somatoformer Störungen

Die Feststellung, dass eine somatoforme Schmerzstörung als solche in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken vermag, kann als komplementär zu der Feststellung angesehen werden, dass eine Vermutung bestehe, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind..

² Im Mai 2013 wurde die neue Auflage des offiziell nicht bindenden, für die Forschung aber wichtigen Klassifikationssystems der amerikanischen Psychiater, DSM-V, vorgestellt. Hier treten an die Stelle der bisherigen „somatoformen Störungen“ die sog. „somatic symptom disorder“ (deutsch voraussichtlich „somatische Belastungsstörung“), die sich in zwei Punkten wesentlich unterscheidet: es ist nicht mehr gefordert, dass die geklagten Beschwerden „organisch nicht ausreichend erklärt“ sind, stattdessen werden positive psychobehaviorale Diagnosekriterien definiert (hohe Gesundheitsängstlichkeit etc.), die bisher für die Diagnose „somatoformer Störungen“ nicht gefordert waren (Dimsdale et al. 2013). Ob und wie sich die diese Aufhebung des Unterschieds organisch erklärter – unerklärter Beschwerden auf die Diagnosepraxis auswirkt, bleibt abzuwarten – darin reflektiert sich aber in jedem Fall, dass diese Unterscheidung im Hinblick auf Konsequenzen weniger bedeutsam ist als bislang angenommen (s. dazu auch Fußnote 3).

Beide Feststellungen können hier auf ihre Stimmigkeit hin aus medizinischer Sicht geprüft werden. Beide Feststellungen enthalten auch normative, nicht rein medizinische Komponenten, z.B. zur Definition von Arbeitsfähigkeit/ Invalidität und insbesondere zur Definition zumutbarer Willensanstrengung (Foerster und Dreßing 2010) – diese Komponenten können hier nicht umfassend geprüft werden.

Die Feststellung, somatoforme und verwandte Störungen als solche seien in der Regel nicht langdauernde Ursachen einer zur Invalidität führenden, also auf schwere Funktionsbehinderungen und lange Dauer zurückgehenden Arbeitsunfähigkeit, kann nur bedeuten, dass die Auswirkungen dieser Störungsgruppe auf die Funktions- und Arbeitsfähigkeit in der Regel nicht entsprechend ausgeprägt sei. Zur Prüfung der Stimmigkeit dieser Feststellung aus medizinischer Sicht ist die wissenschaftliche Evidenz zur Beeinträchtigung der körperlichen Lebensqualität/ Funktionsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit durch somatoforme Störungen heranzuziehen. Da die normative Komponente der Feststellungen damit allein wie gesagt nicht prüfbar ist, ist im Hinblick auf die Stimmigkeit der Vergleich mit anderen psychischen Störungen und mit organisch definierten Erkrankungen, bei denen derartige Feststellungen nicht getroffen worden sind, von besonderer Bedeutung.

Die empirischen Aussagen zur funktionellen Beeinträchtigung und Arbeitsfähigkeit beziehen sich dabei durchweg auf Kontexte ausserhalb von Begutachtungen, d.h. die potentiellen spezifischen motivationalen Aspekte bei Begutachtungen wie z.B. Aggravation spielen hier keine Rolle.

2.2 Empirische Befunde zur Auswirkung somatoformer/ funktioneller Störungen auf Funktions- und Arbeitsfähigkeit

- Somatoforme und verwandte Störungen sind bedeutende Ursachen sowohl für funktionelle Beeinträchtigungen wie für Arbeitsunfähigkeit. Dafür existieren seit den 1980er Jahren vielfältige Belege in der Literatur (s. dazu u.a. Harris et al. 2009, Henningsen 2014 und v.a. Creed et al. 2011, dort auch umfangreiche weitere Literatur).

- Das Spektrum des Schweregrads somatoformer und verwandter Störungen ist dabei groß – es reicht von leichten, funktionell kaum beeinträchtigenden Störungen bis zu schwerst behindernden (Lit s.o. und klassisch Katon et al. 1991). Dabei ist nicht die Dauer oder Stärke des einzelnen Symptoms, sondern die Zahl der organisch nicht ausreichend erklärten Körperbeschwerden der wichtigste Indikator für den Schweregrad und die funktionelle Beeinträchtigung, es gibt hier einen linearen Zusammenhang³.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass es eine große Überlappung zwischen den funktionellen/ somatoformen Syndromen gibt, so erfüllen zwischen 30 und 80% der Patienten mit einer Fibromyalgie auch die Kriterien eines Reizdarmsyndroms und ca. 50% die Kriterien eines Chronic Fatigue Syndroms (Lit. s.o. und klassisch Wessely et al. 1999).

³ Der lineare Zusammenhang zwischen Beschwerdezahl und Auswirkungen auf Funktions- und Arbeitsfähigkeit gilt genauso, wenn alle Körperbeschwerden, sowohl organisch erklärte wie unerklärte, gezählt werden (Tomenson et al. 2013) – ein wichtiger Grund, diese Unterscheidung in DSM-V aufzugeben (vgl. Dimsdale et al. 2013).

Darum ist es zwingend notwendig, die Zahl dieser Beschwerden systematisch zu erfassen und ggf. diagnostisch abzubilden – wenn nur eine Diagnose, die auf einem einzelnen Leitsymptom basiert wie „somatoforme Schmerzstörung“ oder „Fibromyalgie“ erfasst und im Hinblick auf den Schweregrad diskutiert wird, bleibt dieser zentrale Schweregradindikator „andere organisch nicht ausreichend erklärte Körperbeschwerden“ außer Betracht.

- Es gibt auch Überlappungen zwischen Somatisierung, Depressivität und Angst in dem Sinne, dass Patienten, die das eine haben, also eine somatoforme oder verwandte funktionelle Störung, gehäuft auch das andere, also eine depressive oder Angststörung haben – aber eben nicht alle. Im Mittel hat etwa die Hälfte der Patienten mit somatoformen/funktionellen Störungen eine solche, oft etwas irreführend als „Komorbidität“ bezeichnete Überlappung, die andere Hälfte aber nicht (Lit. s.o. und Henningsen et al. 2003, Löwe et al. 2008, Simms et al. 2012).

Ungeachtet dieser Überlappung ist der Zusammenhang zwischen Somatisierung und funktioneller Beeinträchtigung und Arbeitsunfähigkeit aber eigenständig und unabhängig von der Komorbidität insbesondere durch depressive Störungen gegeben. Gleichzeitig sind funktionelle Beeinträchtigung und Arbeitsunfähigkeit bei Überlappungsfällen im Mittel aber größer als bei Fällen ohne Überlappung („Komorbidität“) (Lit s.o., v.a. Löwe et al. 2008, Harris et al. 2009, Simms et al. 2012).

- Vergleicht man das Ausmass der Beeinträchtigung durch somatoforme/funktionelle Störungen einerseits und durch depressive Störungen andererseits, so ist festzuhalten, dass diese über verschiedene Studien hinweg im Ausmass vergleichbar groß ist, wenn man es an der gesundheitsbezogenen Lebensqualität oder an den Tagen mit starker Behinderung in den Alltagsfunktionen (sog. „disability days“) misst, und zwar sowohl auf der Ebene der hausärztlichen wie der fachärztlichen Versorgung. Es gibt keine vergleichenden Studien, die hier relevante Unterschiede im Gesamtmass der Beeinträchtigung über Patientengruppen hinweg gefunden haben. Dabei ist die Art der funktionellen Beeinträchtigung – passend zu den unterschiedlichen Symptomen – allerdings unterschiedlich: bei somatoformen/funktionellen Störungen kommt es besonders zu einer Beeinträchtigung aller körperbezogenen Funktionen (z.B. sog. körperliche Rollenfunktion im bekanntesten Lebensqualitätsmass „SF-36), während für depressive Störungen eine Beeinträchtigung der mentalen/ emotionalen Funktionsaspekte besonders charakteristisch ist (Lit. s.o., v.a. Creed et al. 2011, Löwe et al. 2009, Simms et al. 2012).

- Auch im Vergleich mit organisch erklärten, auf eine definierte organische Erkrankung zurückführbaren Körperbeschwerden zeigen solche aus dem funktionellen/ somatoformen Beschwerdespektrum eine mindestens gleich starke funktionelle Beeinträchtigung und/ oder Arbeitsunfähigkeit. Dies ist in vielen Studien so festgehalten (Lit. s.o.), besonders eindrücklich in jüngerer Zeit darüber von Carson et al. (2011), die im Vergleich von ca 1100 Patienten mit organisch unerklärten neurologischen Beschwerden und ca 2600 Patienten mit definierten neurologischen Erkrankungen eine stärkere funktionelle Beeinträchtigung/ niedrigere Lebensqualität und höhere gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit bei der ersten Gruppe fanden.

In einer Nachuntersuchung dieser Patientengruppe mit organisch unerklärten Beschwerden nach einem Jahr fand sich eine schlechte Prognose, 67% der Patienten berichteten über unveränderte oder verschlechterte Beschwerden (Sharpe et al. 2010) – dabei erwiesen sich negative Erwartungen der Patienten hinsichtlich Besserung und finanzielle Gratifikationen durch die Erkrankung als wichtigste Prädiktoren eines ungünstigen Verlaufs. (Auch andere Studien belegen die eher ungünstige Prognose organisch unerklärter Beschwerden, sind sie erst einmal chronifiziert, d.h. länger als 6 Monate präsent: eine vor kurzem publizierte systematische Review zeigte z.B. bei einer Nachuntersuchungszeit über die Studien hinweg von im Mittel 7 Jahren bei 40% der Patienten unveränderte oder verschlechterte Beschwerdeausprägung, Gelauff et al. 2014).

2.3 Fazit zu Frage 2

Die Zusammenfassung der unter 2.2 getroffenen Feststellungen lautet:

- Die Diagnose einer somatoformen/ funktionellen Störung allein belegt noch nicht einen erheblichen Schweregrad bzw. eine erhebliche Auswirkung auf Funktions- und Arbeitsfähigkeit
- Es gibt bei dieser Störungsgruppe ein Spektrum von Schweregraden bis hin zu schwer die Funktions- und Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Ausprägungen. Der wichtigste Schweregradindikator ist hierfür die Zahl organisch nicht ausreichend erklärter Körperbeschwerden.
- Die Auswirkungen auf Funktions- und Arbeitsfähigkeit sind unabhängig von komorbiden psychischen Störungen gegeben, beim Vorhandensein komorbider depressiver und Angststörungen sind sie aber im Mittel höher.
- Die Auswirkungen auf Funktions- und Arbeitsfähigkeit sind bei somatoformen/ funktionellen Störungen auf dem gleichen Niveau wie bei depressiven Störungen und bei organisch erklärten Krankheiten.
- Die Prognose dieser Störungsbilder ist insgesamt nicht gut.

Die Aussage, dass diese Störungsgruppe „in der Regel“ keine zur Invalidität führende Arbeitsunfähigkeit zur Folge hätte bzw. dass die Vermutung bestünde, dass sie oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien, ist mit Hilfe dieser empirisch fundierten Feststellungen allerdings noch nicht abschliessend zu bewerten. Das liegt daran, dass damit noch nicht geklärt ist, was mit „in der Regel“ und mit „Überwindbarkeit durch zumutbare Willensanstrengung“ genau gemeint ist bzw. wo die Grenze zwischen Regel und Ausnahme bzw. zwischen Zumutbarkeit und Unzumutbarkeit normiert wird.

Dessen ungeachtet ist aber festzuhalten, dass es auf Grund dieser Feststellungen keine empirische Grundlage gibt, die Auswirkungen auf Funktions- und Arbeitsfähigkeit bei Patienten mit somatoformen und verwandten Störungen anders zu behandeln als bei Patienten mit depressiven und organisch klar definierten Krankheitsbildern: wenn bei der einen Gruppe so normiert wird, dass sie in der Regel nicht zur Invalidität führe und die Überwindung zumutbar sei, dann muss man das auf der Basis dieser Befunde auch bei den anderen beiden so normieren – oder bei keiner.

Für die Annahme, somatoforme und verwandte Störungen seien im Mittel weniger schwerwiegend bzw. leichter überwindbar als depressive oder organisch begründete Störungen, gibt es also keinerlei empirische Fundierung. Sie entspricht im Fazit einem überholten Vorurteil, das sich auch in Teilen der älteren psychiatrischen Literatur und unter praktizierenden, mit dieser Störungsgruppe wissenschaftlich und klinisch aber nicht speziell vertrauten Psychiatern und anderen Ärzten findet, so wurden diese Patienten auch diffamierend als „worried well“ bezeichnet. Dagegen ist mit Kroenke (2000), einem der profiliertesten Forscher zu diesem Themenbereich, festzuhalten: „Somatization: it’s time for parity“.

3. Zur dritten Frage: Objektivier- und Beweisbarkeit

3.1 Objektivität der Diagnosestellung psychischer Störungen

Zur dritten Frage insgesamt ist zu prüfen, ob es einen systematischen Unterschied zwischen somatoformen und verwandten Störungsbildern einerseits und anderen psychischen Störungen gibt hinsichtlich ihrer Objektivier- und damit auch Beweisbarkeit.

Detaillierte Überlegungen, was Objektivier- und Beweisbarkeit einer Störung bzw. Krankheit bedeutet, sollen hier wiederum nicht angestellt werden, da sie den Bereich rein medizinischer Fragen übersteigen. Festzuhalten ist aber immerhin, dass hier nicht Objektivier- und Beweisbarkeit in einem klassisch naturwissenschaftlichen Sinn gemeint sein können, da psychische und auch Störungsbilder aus dem psychosomatischen Interface-Bereich (s.o. zu Frage 1) grundsätzlich nicht ausschließlich anhand rein naturwissenschaftlicher Methoden (z.B. anhand von bildgebenden Methoden, Messung von Biomarkern o.ä.) diagnostiziert und damit objektiviert und in ihrer Existenz bewiesen werden können⁴. Dazu ist immer zumindest auch die auf Interaktion mit einem Untersucher beruhende Beurteilung des Erlebens und Verhaltens des Betroffenen notwendig, also Anamnese und psychopathologischen Befunderhebung, ggf. ergänzt um strukturierte diagnostische Interviews und Selbst- und Fremdbeurteilungsfragebögen. Hier gilt im Sinne der psychologischen Testtheorie Objektivität als das Ausmaß, in dem eine Messung oder Beurteilung bei dem gleichen Probanden unter den gleichen Ausgangsbedingungen bei unterschiedlichen Diagnostikern zu dem gleichen Ergebnis kommt. Diese Form der Objektivität ist – unabhängig von der Art des zu beurteilenden Störungsbilds – grundsätzlich immer bedroht durch Unterschiede zwischen den Diagnostikern im Hinblick auf deren Wissen, ihre Interaktionsstile und ihre normativen Einstellungen und Bewertungen (vgl. Dohrenbusch et al. 2012).

⁴ Folgt man den oben zitierten Ausführungen in den Erwägungen zu BGE 138 V 248, in denen ein streng naturwissenschaftlicher Objektivitätsbegriff definiert wird, kann es aus Sicht des Schweizer Bundesgerichts nur sehr wenige objektivierbare psychische Störungen geben, z.B. die relativ seltenen organisch begründeten psychischen Störungen.

Insofern nimmt es nicht wunder, dass die Ergebnisse von Studien, die im klinischen Feld die Übereinstimmung zwischen zwei Beurteilern beim Stellen der entsprechenden Diagnose einer psychischen Störung überprüft haben (sog. field trials), für alle psychischen Diagnosen Übereinstimmungswerte gefunden haben, die zwischen mäßig und gut schwanken, aber immer ein Stück weit entfernt sind von perfekter Übereinstimmung und damit Objektivität. So betragen die Kappa-Werte (statistisches Maß der Übereinstimmung zwischen zwei Beurteilern, Werte zwischen 0 = geringe und 1 = perfekte Übereinstimmung) für das Stellen der Diagnose „Depression“ (Major Depression) in den Feldstudien zu DSM-IV zwischen 0,5 und 0,7 (Keller et al. 1995), in Feldstudien zu DSM-V dagegen nur 0,3 (Freedman et al. 2013). In letzterer Feldstudie lag der Kappa-Wert für die Nachfolgekategorie der somatoformen Störungen, die somatic symptom disorder (s. FN 1), bei 0,6, für die Schizophrenie bei 0,5, die Zwangsstörung bei 0,3. Der höchste Wert war 0,8 für das hirnorganische Psychosyndrom (major neurocognitive disorder)(Freedman et al. 2013) .

Diese doch nicht unerheblichen Nicht-Übereinstimmungen in der Diagnostik aller (!) psychischer Störungen kommen zwangsläufig dadurch zustande, dass die einzelnen diagnostischen Kriterien, auf denen eine solche Diagnose beruht, von einzelnen Untersuchern unterschiedlich beurteilt werden hinsichtlich ihrem Vorhandensein, ihrer Ausprägung, ihrer Dauer etc..

Für die Diagnostik psychischer Störungen ist also weder im naturwissenschaftlichen noch im psychologisch-testtheoretischen Sinn von einer hohen Objektivität auszugehen. Es gibt unterschiedlich hohe, von Studie zu Studie schwankende Übereinstimmungswerte (bei denen depressive Störungen z.B. nicht besser abschneiden als andere, z.B. somatoforme Syndrome), aber Aussagen, dass bestimmte Typen psychischer Störungen grundsätzlich besser objektivierbar wären als andere, sind auf dieser Grundlage nicht haltbar.

3.2 Zur Beweisbarkeit psychischer und psychosomatischer Störungen

Vor allem im Kontext der Begutachtung kommt unter dem Stichwort der Beweisbarkeit allerdings noch ein Gesichtspunkt hinzu. Es geht um die Frage, inwieweit anhand des diagnostischen Prozesses nicht nur übereinstimmend gesichert werden kann, dass eine entsprechende Diagnose einer psychischen/ psychosomatischen Störung vorliegt, sondern inwieweit auszuschliessen ist, dass diese psychische Störung bzw. ihr Schweregrad nicht bewusst gesteuert vorgetäuscht wird im Sinne einer Simulation oder Aggravation.

Die Feststellung von Aggravation oder Simulation selbst ist in aller Regel, wenn beides vom Betreffenden nicht nachträglich offen eingeräumt wird, eine komplexe Mustererkennung, die sich auf möglichst viele Informationsbausteine stützen sollte (vgl. Slick et al. 2009, Henningsen und Schickel 2012). Dazu gehören insbesondere die im Gespräch, in der Beobachtung und aus Unterlagen gewonnenen Informationen über Inkonsistenzen: in der Beschwerdeschilderung selbst, zwischen Beschwerdeangaben und Befund, zwischen unterschiedlichen Testergebnissen, die das gleiche Merkmal messen, zwischen

Testergebnissen und Beschwerdeschilderung, zwischen Angaben über Beeinträchtigungen und Beobachtungen über Aktivitäten, zwischen Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Lebensbereichen etc..

Eine Form dieser möglichen Typen von Inkonsistenz bezieht sich auf Inkonsistenzen zwischen geschilderten Beschwerden und dem in der Untersuchungssituation erhobenen psychopathologischen und sonstigen klinischen Befund. Dies ist insofern wichtig, als der in der Beobachtung und Interaktion mit dem Betreffenden gewonnene Eindruck vom Verhalten, von der Affektivität, dem Antrieb, den formalen und inhaltlichen Denkprozessen etc. in der Regel zumindest über längere Zeit weniger bewusst gesteuert werden kann und daher als zuverlässigerer Ausdruck der „wahren“ Symptomatik und ihrer Ausprägung gilt als die reine verbale Beschwerdeschilderung.

Hier bestehen Unterschiede zwischen verschiedenen psychischen Störungen hinsichtlich der Prägnanz des zur Störung gehörenden psychopathologischen Befundes. Zwar ist weder die zentrale Beschwerde somatoformer/ funktioneller Störungen, geklagte Schmerzen, Schwindel etc., also das Körpererleben, noch das subjektive Erleben von Depressivität, Angst oder psychotischem Erleben direkt beobachtbar, letzteres psychopathologische Erleben hat aber direkter beobachtbare Ausdruckskorrelate in der emotionalen Mimik, im Antrieb, in der Denkstruktur etc.

Daher lässt sich z.B. bei Schizophrenien und schweren depressiven Störungen meist, wenn auch nicht immer, ein prägnanter und typischer psychopathologischer Befund erheben⁵. Damit kann hier dann auch eine mögliche Inkonsistenz beschrieben werden zwischen Beschwerdeschilderung und psychopathologischem Befund (z.B. Angabe schwerster Niedergeschlagenheit und Freudlosigkeit bei im Befund gut erhaltener affektiver Schwingungsfähigkeit und lebhafter Mimik).

Bei anderen Störungen, auch den auf Körperbeschwerden zentrierten somatoformen/ funktionellen Störungen, ist der psychopathologische Befund in der Regel dagegen weniger prägnant. Es finden sich u.a. vermehrte Gesundheitsängstlichkeit und Einengungen des Denkens auf Fragen der Ursache der Beschwerden, aber keine mit Befunden bei schweren depressiven oder psychotischen Störungen vergleichbaren Auffälligkeiten. Damit wird für diese Störungsarten automatisch auch die oben genannte eine Quelle von Inkonsistenzen, die zwischen Beschwerdeschilderung und Befund, weniger ergiebig.

Dafür ist bei somatoformen Störungen eine andere Form möglicher Inkonsistenzen ergiebiger als bei rein psychisch manifesten Störungen: die Inkonsistenz zwischen Schilderung von Körperbeschwerden und ihren Auswirkungen einerseits und klinisch-körperlichem Untersuchungsbefund andererseits, der sich auf die unmittelbaren Auswirkungskorrelate der geklagten Beschwerden bezieht (z.B. Angabe von heftigen bewegungsabhängigen Schmerzen und Humpeln in der Untersuchung, völlig unbeeinträchtigt wirkende rasche Bewegungen in scheinbar unbeobachteten Momenten; vgl. dazu die in der deutschen AWMF-S2k-Leitlinie zur Begutachtung bei chronischen Schmerzen aufgeführten zu prüfenden Diskrepanzen in der „Konsistenzprüfung“).

⁵ Das führt allerdings auch bei diesen Störungen nicht zu größerer Objektivität der Diagnosestellung im oben unter 3.1 diskutierten Sinne.

Alle weiteren zur sog. Konsistenzprüfung zu untersuchenden möglichen Diskrepanzen⁶ können bei Patienten mit somatoformen/ funktionellen Störungen ebenso untersucht werden wie bei Patienten mit rein psychischen oder organisch begründeten Störungen. Dieser komplexe, auf viele Informationsquellen angewiesene Mustererkennungsprozess ist grundsätzlich fehleranfällig, daher kann nicht davon gesprochen werden, dass es eine sichere Beweisbarkeit solcher Störungsbilder bzw. einer Täuschungsabsicht praktisch nicht gibt⁷.

Es ist aber als Fazit der Überlegungen zu unterschiedlichen Inkonsistenztypen insgesamt nicht erkennbar, inwieweit die Beweisbarkeit, dass eine somatoforme/ funktionelle Störung vorliegt und nicht (überwiegend) Aggravation oder Simulation, grundsätzlich schlechter sei als bei diesen anderen Störungsgruppen.

3.3 Zusammenfassung zur dritten Frage

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Objektivität und Beweisbarkeit in der Feststellung somatoformer/ funktioneller Störungen im naturwissenschaftlichen Sinn einer technischen Messbarkeit grundsätzlich nicht gegeben sein kann und im testpsychologischen Sinn eingeschränkt ist. Darin unterscheiden sich somatoforme/ funktionelle Störungen aber nicht von anderen psychischen Störungen, auch für scheinbar schwere und eindeutige Diagnosen wie Schizophrenie und schwere Depression sind die Übereinstimmungsraten in der Diagnostik eingeschränkt und die Beweisbarkeit des Nicht-Vorliegens von überwiegender Aggravation oder Simulation ungeachtet von Unterschieden in den Inkonsistenztypen angewiesen auf eine komplexe und notwendigerweise fehleranfällige Konsistenzprüfung.

Daher erscheint es nicht gerechtfertigt, somatoforme/ funktionelle Störungen im Hinblick auf Objektivier- und Beweisbarkeit anders zu behandeln als andere psychische Störungen.

⁶ nach obiger AWMF-Leitlinie zur Begutachtung von Schmerzen: Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden, Diskrepanzen zwischen massiven subjektiven Beschwerden (einschließlich Selbsteinschätzung in Fragebogen) und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation, Diskrepanzen zwischen eigenen Angaben und fremdanamnestischen Informationen (einschließlich der Aktenlage), Diskrepanzen zwischen schwerer subjektiver Beeinträchtigung und einem weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung, Diskrepanzen zwischen dem Ausmaß der geschilderten Beschwerden und Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe, Diskrepanzen zwischen am Untersuchungstag (und am Tag zuvor) als eingenommen angegebenen Medikamenten und dem Nachweis der Medikamente im Blutserum.

⁷ So heist es im Kommentar zu den AWMF-Leitlinien zur Begutachtung von psychischen und psychosomatischen Störungen ganz allgemein: „Auffälligkeiten in Validierungstests oder bei Konsistenzprüfungen sind nicht als Beweise dafür zu interpretieren, dass der Proband aggraviert, simuliert oder „lügt““ (Dohrenbusch und Schneider 2012, S. 131).

4. Zur vierten Frage: Eignung der sog. „Förster-Kriterien“

4.1 ICF, Willensanspannung und Schweregrad-Indikatoren

In allen Bereichen der Medizin erlaubt das Stellen einer Diagnose von extremen Ausnahmen abgesehen keine ausreichende Aussage über die funktionellen Auswirkungen der diagnostizierten Erkrankung einschliesslich der generellen Arbeitsfähigkeit. Diese Auswirkungen werden von vielen weiteren Faktoren bestimmt, insbesondere von psychosozialen Faktoren wie psychischem Befinden, Motivation, Intelligenz, sozialer Unterstützung und weiteren Kontextfaktoren etc. Die WHO hat zur detaillierteren Erfassung der Auswirkungen und der sie beeinflussenden Faktoren in Ergänzung zur Internationalen Krankheitsklassifikation ICD bekanntlich die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“ entwickelt und publiziert. Dabei werden neben den unmittelbaren körperlichen Funktionen und Strukturen die Aktivitäten und die Partizipationsmöglichkeiten des Betroffenen unterschieden.

Eine ganz rudimentäre und zugleich fokussierte Benennung solcher Faktoren, die die funktionellen Auswirkungen einer diagnostizierten Erkrankung modifizieren, erfolgte in Deutschland schon früher im Kontext der Anerkennung des Krankheitswerts der Neurosen (insgesamt, inkl. depressiver und Angststörungen). Dies erfolgte 1964 und hatte die Anerkennung des Anspruchs auf Entschädigung aus den sozialen Sicherungssystemen für diese Störungsgruppe zur Folge hatte. Von Anfang an gab es dabei eine „Angst vor einem Dambruch“, d.h. vor einer zu großen Welle von Anspruchstellern. Um hier vorzubeugen, wurde als Korrektiv eingebaut, dass sozialmedizinisch geprüft werden müsse, inwieweit eine „Willensanspannung zur Überwindung der Störung zumutbar“ sei, d.h., in der Sprache der ICF, ausreichende Aktivität und Partizipation trotz körperlicher Beeinträchtigung möglich sei.

Aus dieser Wurzel hat sich im deutschsprachigen Raum für den spezifischen Kontext der sozialmedizinischen Begutachtung eine Diskussion zur Erfassung dieser Willensanspannung entsponnen, die vor allem mit dem Namen des deutschen Psychiaters Klaus Foerster verbunden ist (vgl. zuletzt Foerster und Dreßing 2010), die aber auch Aufnahme in die Leitlinien zur Begutachtung und andere Quellen gefunden hat.

Als Konsens aus dieser Diskussion hat sich über alle Beteiligten hinweg die Einschätzung ergeben, dass die Zumutbarkeit der Willensanspannung unabhängig von der Art der in Frage stehenden Störung und unter Absehung von weiteren Kontextfaktoren direkt vom Schweregrad und der Prognose abhängig ist: je schwerer die Störung, desto ungünstiger die Prognose und desto unzumutbarer die Willensanspannung zur Überwindung.

In der Folge wurden verschiedene Indikatoren zur Erfassung des Schweregrads und der Prognose vorgeschlagen, am prominentesten in wechselnder Formulierung von Foerster und Mitarbeitern (vgl. Jeger 2011), aber auch in den benannten Leitlinien und anderen Quellen.

Diese Indikatoren sind „Hilfstatsachen“, die es dem Gutachter erlauben sollen, den sonst schwer messbaren Schweregrad einer Störung

insbesondere, aber keineswegs ausschliesslich aus dem Bereich der ehemals „Neurosen“ genannten Störungen (depressive, Angst- und somatoforme/ funktionelle Störungen) besser einzuschätzen. Das Vorhandensein eines solchen Indikators (indicare – anzeigen) spricht im Einzelfall ggf. für einen höheren Schweregrad – aber das Nicht-Vorhandensein spricht nicht von sich aus dagegen (sofern andere Indikatoren dafür sprechen).

Insofern unterscheidet sich die Bedeutung dieser Indikatoren von der von Kriterien (criterion – Richtmaß), die z.B. bei der Diagnosestellung erfüllt sein müssen, damit eine bestimmte Störung diagnostiziert werden kann – ist ein Kernkriterium nicht erfüllt, kann die Diagnose nicht vergeben werden. Unabhängig von der weiter unten erfolgenden inhaltlichen Wertung der in der Schweiz unter dem mittlerweile juristisch gefestigten Begriff der „Foerster-Kriterien“ verhandelten Schweregrad- und Prognoseindikatoren ist daher festzuhalten, dass deren Bezeichnung als „Kriterien“ irreführend bzw. falsch ist, da sie den prinzipiell offenen Charakter der Indikatoren verschleiert und stattdessen zu dem Fehler verführt, einzelne Kriterien als scheinbares „Richtmaß“ zu prüfen und beim Nicht-Vorliegen eines solchen scheinbaren „Kriteriums“ vorschnell auf einen nicht gegebenen ausreichend hohen Schweregrad zu schliessen.

4.2 Auswahl bisheriger Vorschläge von Schweregradindikatoren

4.2.1 Foerster

Wie schon ausgeführt, wurden von Foerster in verschiedenen Publikationen verschiedene Indikatoren für Schweregrad und Prognose psychischer und psychosomatischer Störungen benannt (vgl. Jeger 2011). In der in der Schweizer Rechtsprechung derzeit kodifizierten Form sind folgende 5 Indikatoren enthalten (genaue Formulierung s.o., Auszug aus Urteil 8C_972/2012 (31.10.2013)):

- Psychische Komorbidität erheblicher Schwere oder weitere Kriterien wie:
- körperliche Komorbidität erheblicher Schwere
- therapeutisch unerreichbarer innerseelischer „primärer Krankheitsgewinn“
- sozialer Rückzug in allen Lebensbereichen
- Erfolglosigkeit angemessener, motiviert verfolgter Therapien

4.2.2 Deutsche AWMF-Leitlinien

Die S3-AWMF-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ (NFS) hält in „Empfehlung 143“ als „Klinischen Konsenspunkt“ mit starkem Konsens der beteiligten 28 medizinischen Fachgesellschaften fest:

„Der Schweregrad nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden und die Wahrscheinlichkeit einer Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit sollten – in Auseinandersetzung mit eventuellen Vorgutachten – nach folgenden Kriterien beurteilt werden:

- Konsistente Auswirkung der Störung in allen Lebensbereichen
- Intensität der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
- Vergeblichkeit adäquater Therapieversuche
- Chronifizierung und Komorbidität
- Einfluss von Aggravation oder Simulation

- Spezielle berufliche Anforderungen (bei der Frage nach Berufsunfähigkeit).“ (Hausteiner-Wiehle et al. 2013, S. 174)

Die S2k-AWMF-Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen (ÄBCS), die auf einer Konsensbildung unter 9 Fachgesellschaften, die mit Schmerzbegutachtung befasst sind, beruht (Widder et al. 2007 (unter Mitarbeit von Foerster), vgl. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/030-102.html>), wählt einen etwas anderen Weg. Zum Nachweis und der Beurteilung der Auswirkungen schmerzbedingter Funktionsstörungen stehen hier zwei Fragen im Vordergrund:

1. Inwieweit ist der Gutachter bei kritischer Würdigung der Befunde davon überzeugt, dass die geklagten Funktionsbeeinträchtigungen bestehen? Zur Beantwortung dieser Frage erfolgt die Konsistenzprüfung oder Beschwerdevalidierung, die anhand von Fragen nach Diskrepanzen, wie weiter oben in Fußnote 4 schon zitiert, beantwortet werden soll. Der Schweregradaspekt wird zentral mit der zweiten Frage adressiert:

2. Inwieweit besteht eine willentliche Steuerbarkeit der geklagten Beschwerden ("sekundärer Krankheitsgewinn")? Zur Beantwortung dieser Frage sollen zwei Punkte auf ihr Vorliegen geprüft werden. Beide würden für das Vorliegen willentlicher Steuerbarkeit und gegen einen stärkeren Schweregrad sprechen:

- Rückzug von unangenehmen Tätigkeiten (z.B. Beruf, Haushalt), jedoch nicht von den angenehmen Dingen des Lebens (z.B. Hobbys, Vereine, Haustiere, Urlaubsreisen).
- Trotz Rückzug von aktiven Tätigkeiten Beibehalten von Führungs- und Kontrollfunktionen (z.B. Überwachung der Haushaltsarbeit von Angehörigen, Steuerung des Einkaufsverhaltens der Angehörigen).

Es wird also deutlich, dass es sowohl Übereinstimmungen wie Unterschiede zwischen diesen verschiedenen Vorschlägen für Schweregradindikatoren als „Hilfstatsachen“ gibt.

4.3 Typen von Schweregrad- und Prognoseindikatoren

Wenn man die Vorschläge in allgemeinerer Perspektive betrachtet, lassen sich die Schweregrad- und Prognoseindikatoren in vier Typen unterteilen, die ganz verschiedene Aspekte des Schweregrads erfassen (hinter dem jeweiligen Typ wird im Folgenden festgestellt, in welchem der obigen Vorschläge zu Schweregrad- und Prognoseindikatoren er enthalten ist):

4.3.1 Klinisch-diagnostische Indikatoren: Symptomebene

- Die Diagnose selbst kann, muss aber nicht einen Schweregradindikator darstellen. So erfordert die Diagnosestellung einer somatoformen Störung grundsätzlich, dass Beeinträchtigungen der Alltagsfunktion vorliegen. Auch kann die Diagnose der schwersten der somatoformen Störungen, einer Somatisierungsstörung nach ICD-10 F45.0, nur vergeben werden, wenn multiple Symptome über mindestens zwei Jahre vorliegen. Dagegen sind die Diagnosen funktioneller Störungen, wie z.B. einer Fibromyalgie,

oder auch die Diagnose dissoziativer Störungen der Bewegung und Empfindung nicht per se schweregradbezogen.

- in keinem der Vorschläge systematisch berücksichtigt –

- Ein weiterer wichtiger und in der bisherigen Diskussion nicht berücksichtigter klinisch-diagnostischer Schweregradindikator ist die Zahl der nicht auf eine organische Erkrankung zurückführbaren Körperbeschwerden, über die ein Patient klagt – darauf wurde bereits unter 2.2 eingegangen.

- in keinem der Vorschläge systematisch berücksichtigt –

- Das Vorliegen einer psychischen Komorbidität, am häufigsten einer depressiven Störung, kann ebenfalls ein relevanter Schweregradindikator sein, wie ebenfalls unter 2.2 aufgeführt.

- bei Foerster und in der AWMF-Leitlinie zu NFS aufgeführt –

- Das Vorliegen einer organischen Komorbidität kann – je nach Art der Störung – ebenfalls ein relevanter Schweregradindikator sein.

- bei Foerster und in der AWMF-Leitlinie zu NFS aufgeführt –

- Die Chronifizierung der Störung ist in sich ebenfalls ein Schweregradindikator, allerdings hat dieser relativ geringe Aussagekraft angesichts der Tatsache, dass praktisch alle Störungen aus dem Bereich somatoformer/ funktioneller Störungen bereits bei Diagnosestellung erheblich chronifiziert sind (vgl. Henningsen et al. 2005).

- in der AWMF-Leitlinie zu NFS aufgeführt; in der AWMF-Leitlinie zu ÄBCS kritisch diskutiert –

4.3.2 Klinisch-diagnostische Indikatoren: Personenebene

Eine Erkrankung hat je nach Schweregrad nicht nur funktionelle Beeinträchtigungen zur Folge, sie hat auch eine Bedeutung oder Funktion für den Betroffenen. So geht das Erleben einer schwereren chronischen Erkrankung mit dem Einnehmen der Krankenrolle einher, die Verlust von Autonomie, aber auch Entlastung von bestimmten Erwartungen und weitere Zuwendung bedeuten kann. Diese sozialpsychologischen Kontextfaktoren werden in der Regel dem sog. sekundären Krankheitsgewinn⁸ zugerechnet, der traditionell nicht zum individuellen Krankheitsgeschehen gerechnet wird und insofern nicht als Schweregradindikator einer Erkrankung gilt.

Anders verhält sich mit der innerpsychischen Funktion, die eine Erkrankung für die betreffende Person haben kann. Bei Erkrankungen wie

⁸ Ein wie angedeutet etwas einseitiger Begriff, da das Einnehmen der Krankenrolle nicht nur Gewinn- sondern auch Verlustaspekte hat.

den ehemals „Neurosen“ genannten Störungsbildern, bei denen innerpsychische Mechanismen eine wichtige Rolle für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung spielen, unterliegen diese Mechanismen kaum bis gar nicht einer willentlichen Steuerung und sind dem Krankheitsgeschehen selbst zuzurechnen.

- Der sog. „primäre Krankheitsgewinn“ ist ein solcher innerpsychischer Mechanismus, der, wenn er als verfestigt und therapeutisch nicht mehr angebar erscheint, als Schweregradindikator gelten kann.

- *bei Foerster aufgeführt* -

- Ein weiterer Ansatz für personengebundene Schweregradindikatoren ergibt sich aus der Betrachtung der strukturellen Fähigkeiten bzw. Defizite einer Person, d.h. ihrer Fähigkeit zur Selbst- und Fremdwahrnehmung, zur Emotions- und Impulsregulation etc.. Ausgeprägte Defizite in diesen Fähigkeiten können einen eigenständigen, von der Symptomebene unabhängigen Schweregradindikator darstellen.

- *in keinem der Vorschläge systematisch berücksichtigt, (vgl. aber Marelli et al. 2010)* -

Kritisch ist anzumerken, dass die Feststellung der persongebundenen Schweregradindikatoren grundsätzlich stärker von der Interpretation des Untersuchers und von seiner Voreinstellung abhängt als einfacher beschreibbare symptom- und verhaltensbezogene Indikatoren. Darum muss die Reliabilität/ Objektivität in der Feststellung dieses Indikators deutlich geringer sein als bei anderen Indikatortypen.

4.3.3 Klinisch-therapeutische Indikatoren

- Die Intensität der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und ggf. zusätzlich die Intensität eines finanziellen Eigenbeitrags dafür (z.B. für Heilpraktiker-Behandlungen) ist als Ausdruck des Leidensdrucks ein aus den Akten in der Regel gut extrahierbarer Schweregradindikator - allerdings ist er ab dem Zeitpunkt, ab dem ein Rentenverfahren vorbereitet oder eingeleitet wird, nicht mehr valide, da ab dann oft gezielt und bewusst gesteuert Ärzte aufgesucht werden, um Schweregrad zu demonstrieren.

- *in der AWMF-Leitlinie zu NFS aufgeführt, in der AWMF-Leitlinie zu ÄBCS als mögliches Diskrepanzmerkmal aufgeführt* -

- Die Erfolglosigkeit adäquater und motiviert verfolgter Therapieansätze ist ein klarer therapiebezogener Schweregrad- und negativer Prognoseindikator. Dabei ist der Aspekt der Adäquatheit der Therapie und der Motiviertheit der Teilnahme besonders zu berücksichtigen – Patienten mit somatoformen/ funktionellen Störungen werden im Vorfeld regelhaft, oft unter falschen diagnostischen Annahmen, inadäquaten, z.B. rein somatischen Therapieansätzen unterzogen, und sie nehmen ohne entsprechende Vorbereitung an multimodalen psychosomatisch orientierten Therapieansätzen, die an sich adäquat sind, häufig nicht

motiviert teil (weil sie selbst weiterhin von der Notwendigkeit rein somatischer Therapien überzeugt sind).

- bei Foerster und in der AWMF-Leitlinie zu NFS aufgeführt -

4.3.4 Verhaltensindikatoren

Schon in der Definition somatoformer Störungen ist festgehalten, dass Beeinträchtigungen der alltäglichen Funktionsfähigkeit und damit des alltäglichen Verhaltens ein wesentliches Kriterium zur Abgrenzung dieser Störungsgruppe von Befindlichkeitsstörungen ist, die nicht als Krankheit, sondern als Teil von Gesundheit zu gelten haben. Insofern ist klar, dass ein Rückzug von bislang ausgeübten Funktionen im beruflichen und privaten Umfeld ein wesentlicher, geraduzu tautologischer Schweregradindikator bei somatoformen/ funktionellen Störungen ist.

Im Hinblick auf die Konsistenzprüfung/ Beschwerdevalidierung ist es dabei wichtig, dass die Beeinträchtigungen im beruflichen und privaten Bereich zumindest ähnlich stark ausgeprägt sind. Zur Plausibilisierung der Auswirkungen in allen Lebensbereichen ist eine detaillierte Schilderung der Alltagsaktivitäten im Einzelfall notwendig.

- bei Foerster sowie in beiden AWMF-Leitlinien aufgeführt, in Leitlinie zu ÄBCS spezieller Aspekt „Kontrollfunktionen“ -

4.4 Zusammenfassende Wertung der Schweregrad- und Prognoseindikatoren

Es gibt, wie dargestellt, eine Reihe von Schweregrad- und damit auch Prognoseindikatoren, die als sog. „Hilfstatsachen“ für einen Gutachter Anhaltspunkte dafür schaffen, wie hoch der Schweregrad einer somatoformen/ funktionellen Störung und wie (un-)plausibel damit die Annahme sei, dass die Überwindung der Störung mit Willensanspannung zumutbar ist. Diese Indikatoren sind nicht speziell für somatoforme/ funktionelle Störungen entwickelt worden, sie entstammen ursprünglich allgemeinen Überlegungen zur Erfassung „zumutbarer Willensanspannung“ bei Neurosen, wurden nur zwischenzeitlich partiell auf spezifische Aspekte dieser speziellen Störungsgruppe angepasst.

Die Indikatoren lassen sich unterschiedlichen Typen zuordnen, für manche ist der Zusammenhang mit Beeinträchtigung der Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit empirisch gut belegt (z.B. für die Zahl der somatoformen Symptome oder die psychische Komorbidität), für andere ergibt sie sich aus der Definition (z.B. der Diagnose einer Somatisierungsstörung) bzw. aus der Logik (schwere Störung heisst Einschränkung der Funktionsfähigkeit).

Die Indikatoren unterscheiden sich auch in der Abhängigkeit ihres Nachweises von der spezifischen Interaktion mit dem Untersucher: die Feststellung der Zahl der geklagten somatoformen/ funktionellen Symptome ist z.B. stärker untersucherunabhängig und damit potentiell objektiver als die Erfassung eines primären Krankheitsgewinns oder die stark vom Detailgrad der Untersuchernachfragen abhängige Schilderung der Beeinträchtigungen im Alltag.

Für keinen der genannten Indikatoren gibt es eine Festlegung von Grenzwerten oder cut-offs für einen definitiv zu hohen Schweregrad - die gutachterliche Einschätzung, ob der Schweregrad zu groß und die Prognose zu schlecht ist, um eine Willensanspannung zur Überwindung als zumutbar erscheinen zu lassen, bleibt insofern mit einem erheblichen Ermessensspielraum behaftet.

Die in der Schweiz kodifizierten „Foerster-Kriterien“ umfassen eine Reihe dieser Schweregradindikatoren unterschiedlichen Typus. Andere Vorschläge überlappen damit, benennen aber auch andere Indikatoren bzw. andere Aspekte. Insofern die Liste an Indikatoren für Schweregrad und Prognose prinzipiell offen ist, liegt in dieser fehlenden Deckungsgleichheit der Vorschläge kein Problem.

Zwei Aspekte an den Kriterien, die unter dem Eigennamen „Foerster“ kodifiziert sind, sind allerdings problematisch:

- für die Heraushebung der Komorbidität mit einer Depression als eines besonders wichtigen, primären, den anderen logisch vorgeordneten Schweregradindikators gibt es empirisch keinerlei Grundlage. Das Vorliegen einer depressiven (oder anderen zusätzlichen psychischen) Störung erhöht den Schweregrad und verschlechtert die Prognose nicht anders als z.B. das Vorliegen vieler weiterer somatoformer/ funktioneller Beschwerden oder das Vorliegen einer gleichzeitigen schwereren organischen Erkrankung.

- der zu den in diesem Sinne sekundären Schweregradindikatoren zu zählende „primäre Krankheitsgewinn“ ist als stark an eine bestimmte Psychotherapieschule gebundenes und untersucherabhängiges Konstrukt kaum reliabel zu erheben.

IV. Fazit und Ausblick

Die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Menschen mit somatoformen/ funktionellen Störungen stellt angesichts einer Reihe von Problemfeldern eine Herausforderung für alle Beteiligten dar (Henningsen 2005).

Zu diesen Problemfeldern gehören die Diagnostik und Klassifikation dieser Störungsgruppe, die notorious Kontextabhängigkeit des Beschwerdeverlaufs, die Feststellung des Schweregrads und die Abgrenzung von Aggravation und Simulation. Zu den Problemfeldern gehört aber auch die Tatsache, dass diese Störungsgruppe traditionell sowohl von der somatischen Medizin wie von der Psychiatrie in ihren Forschungsbemühungen eher vernachlässigt und z.T. mit überholten Konzepten behandelt wurde und noch wird.

Vor diesem Hintergrund sind in der Schweizer Rechtsprechung Gesichtspunkte entwickelt worden, die eine einheitlichere und auch gerechte Beurteilung in diesen Problemfeldern ermöglichen sollen. Aus

Sicht der hier vorgelegten Expertise sind diese Gesichtspunkte in vielerlei Hinsicht unstrittig sinnvoll⁹.

- So ist die Zusammenfassung der in den offiziellen Klassifikationssystemen disparat erfassten syndromalen Störungsbilder mit Leitsymptom Körperbeschwerden ohne definierte organpathologische Grundlage zu einer Gruppe sinnvoll (allerdings nur, insoweit keine Syndrome mit anderen Leitsymptomen auch zugeordnet werden).

- Unstrittig ist auch die Tatsache, dass weder die Diagnose allein noch die subjektiven Angaben des Untersuchten allein ausreichende Basis für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eines Probanden sein können.

- Unstrittig ist darüber hinaus, dass zur Abgrenzung gegen Aggravation/ Simulation bzw. komplementär zur Feststellung des Schweregrads und der Prognose und zur Frage der Zumutbarkeit der Überwindung der Störung durch Willensanspannung eine Konsistenzprüfung inkl. detaillierter Darstellung von Aktivitäten und Partizipation in allen Lebensbereichen und die Angabe von Schweregradindikatoren als Hilfstatsachen erfordert.

Folgende Aspekte der in der Schweizer Rechtsprechung entwickelten Gesichtspunkte sind aus Sicht der hier vorgelegten Expertise dagegen nicht sinnvoll, da empirisch nicht belegt oder logisch nicht schlüssig:

- Die Störungsgruppierung und ihre Bezeichnung als „PÄUSBONOG“ ist partiell passend, aber insgesamt falsch.

- Die „Vermutung“, dass es einen grundsätzlichen Unterschied zwischen somatoformen/ funktionellen und anderen psychischen Störungen hinsichtlich ihres Schweregrads und hinsichtlich der Überwindbarkeit durch zumutbare Willensanspannung gäbe, ist empirisch nicht haltbar.

- Auch die Annahme, dass es einen grundsätzlichen Unterschied zwischen diesen Störungsgruppen hinsichtlich der Objektivier- und Beweisbarkeit gäbe, ist weder empirisch noch logisch haltbar.

- Eine Verwendung vorgeschlagener Schweregradindikatoren als fixe, kodifiziert abzuarbeitende „Kriterien“ ist nicht sachgerecht, die Bewertung der depressiven Komorbidität als primärem, den anderen vorgeordneten Schweregradindikator ist weder empirisch noch logisch haltbar. Die Aufnahme eines nicht reliabel erfassbaren Indikators wie „primärer Krankheitsgewinn“ ist nicht sinnvoll.

Eine Korrektur bzw. Rücknahme der letztgenannten Aspekte würde die ungerechtfertigt abweichende Behandlung einer bestimmten Gruppe von auf ihre Arbeitsfähigkeit hin medizinisch zu beurteilende Probanden beseitigen. Gleichzeitig ist aber nach Überzeugung des Unterzeichnenden bei Einhaltung der genannten unstrittigen, auf dem aktuellen Stand des Wissens und der Konsensbildung beruhenden Gesichtspunkte gewährleistet, dass die notwendig strenge Beurteilungsgrundlage bei

⁹ Die unstrittigen Gesichtspunkte entsprechen auch dem Duktus der in den deutschen AWMF-Leitlinien zur Begutachtung von Schmerzen einerseits, von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen andererseits vorgelegten Empfehlungen.

dieser Frage erhalten bleibt und es nicht zu ungerechtfertigten Bevorzugen einer Gruppe von Gutachtenprobanden kommt.

Losgelöst von diesen spezifischen Aspekten der Schweizer Begutachtungs- und Rechtsprechungspraxis besteht die künftige Aufgabe darin, in der medizinischen Begutachtung generell die Prinzipien des bio-psycho-sozialen Modells einerseits, einer Unterscheidung von Funktion, Aktivität und Partizipation andererseits flächendeckend und konsequent zu berücksichtigen, und zwar bei der Begutachtung aller Arten von Störungen und Krankheitsbildern, somatischen und psychischen, mit und ohne organisch definierter Pathologie.

Das Vorliegen einer organisch eindeutig definierten und damit auch naturwissenschaftlich beweisbaren Pathologie allein sagt in sehr vielen Fällen wenig über die Aktivität und Partizipationsfähigkeit aus. Das Nicht-Vorliegen einer solchen naturwissenschaftlich beweisbaren Pathologie sagt ebensowenig über die Aktivität und Partizipationsfähigkeit aus. Erst die systematische Berücksichtigung der in jedem einzelnen Fall relevanten biologischen und psychosozialen ätiologischen Faktoren, der Ressourcen und der Schweregrad- und Konsistenzindikatoren erlaubt eine verlässliche medizinische Beurteilung der verbleibenden Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit und ggf. anderer sozialmedizinischer Fragen.

Das heisst nicht, dass die zentrale Unterscheidung von Nicht-Können und Nicht-Wollen damit immer einfach würde, ja, die partielle Untrennbarkeit von Nicht-Wollen und Nicht-Können wird in vielen Fällen Medizinern und Juristen weiterhin schwierige Entscheidungen abfordern¹⁰. Ungeachtet dessen gilt, dass Verkürzungen der einen Art (organopathologisch definierte und klassisch psychiatrische Erkrankungen rechtfertigen per se „leichter“ eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit) oder der anderen Art (organopathologisch nicht definierte Erkrankungen rechtfertigen per se die Annahme, sie seien keine ausreichende Ursache für anhaltende Arbeitsunfähigkeit) ggf. pragmatisch verständlich, aber nicht sachgerecht sind.

V. Verwendete Literatur und Leitlinien

Bol Y, Duits AA, Hupperts RM, Vlaeyen JW, Verhey FR. The psychology of fatigue in patients with multiple sclerosis: a review. *J Psychosom Res.* 2009; 66: 3-11.

Carson A, Stone J, Hibberd C, Murray G, Duncan R, Coleman R, Warlow C, Roberts R, Pelosi A, Cavanagh J, Matthews K, Goldbeck R, Hansen C, Sharpe M. Disability, distress and unemployment in neurology outpatients with symptoms 'unexplained by organic disease'. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2011; 82: 810-3.

¹⁰ Viktor von Weizsäcker schrieb hierzu schon vor gut 80 Jahren: „Wir wünschen nicht zu erfahren, ob jemand will oder nicht will. Gesund ist hier nur jemand, der das Gesollte, nämlich Arbeiten, wollen kann; krank jemand, der das Gesollte, nämlich Arbeiten, nicht wollen kann“ (Von Weizsäcker 1931, S. 97)

- Creed F, Barsky A, Leiknes K. Epidemiology: prevalence, causes and consequences. In Creed F, Henningsen P, Fink P (Eds). *Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress. Developing Better Clinical Services*. Cambridge: Cambridge University Press 2011. S. 1-42
- Dimsdale JE, Creed F, Escobar J, Sharpe M, Wulsin L, Barsky A, Lee S, Irwin MR, Levenson J. Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *J Psychosom Res*. 2013; 75:223-8.
- Dohrenbusch R, Schneider W. Vom Befund bis zur Stellungnahme – Empfehlungen zur leitfadengestützten gutachterlichen Urteilsbildung. In Schneider W, Henningsen P, Dohrenbusch R, Freyberger HJ, Irle H, Köllner V, Widder B. *Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen: Autorisierte Leitlinien und Kommentare*. Bern: Hans Huber 2012. S. 126-141.
- Dohrenbusch R, Schneider W, Merten T. Zur Bedeutung der Testpsychologie bei der ICF-orientierten Begutachtung. In Schneider W, Henningsen P, Dohrenbusch R, Freyberger HJ, Irle H, Köllner V, Widder B. *Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen: Autorisierte Leitlinien und Kommentare*. Bern: Hans Huber 2012. S. 65-125.
- Edwards MJ, Fotopoulou A, Pareés I. Neurobiology of functional (psychogenic) movement disorders. *Curr Opin Neurol*. 2013; 26: 442-7.
- Foerster K, Dreßing H. Die „zumutbare Willensanspannung“ in der sozialmedizinischen Begutachtung. *Nervenarzt* 2010; 81: 1092-1096.
- Freedman R, Lewis DA, Michels R, Pine DS, Schultz SK, Tamminga CA, Gabbard GO, Gau SS, Javitt DC, Oquendo MA, Shrout PE, Vieta E, Yager J. The initial field trials of DSM-5: new blooms and old thorns. *Am J Psychiatry*. 2013; 170:1-5.
- Gelauff J, Stone J, Edwards M, Carson A. The prognosis of functional (psychogenic) motor symptoms: a systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2014 ; 85: 220-6.
- Harris AM, Orav EJ, Bates DW, Barsky AJ. Somatization increases disability independent of comorbidity. *J Gen Intern Med*. 2009; 24: 155-61.
- Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P, Häuser W, Herrmann M, Ronel J, Sattel H, Schäfer R (Hrsg). *Umgang mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. S3-Leitlinie mit Quellentexten, Praxismaterialien und Patientenleitlinie*. Stuttgart: Schattauer 2013.
- Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety and depression: a meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine* 2003; 65: 528-533.
- Henningsen P, Jakobsen T, Schiltenwolf M, Weiss MG. Somatization revisited: diagnosis and perceived causes of common mental disorders. *J Nerv Ment Dis*. 2005; 193: 85-92.
- Henningsen P. Zur Begutachtung somatoformer Störungen. *Schweizerische Rundschau - Praxis* 2005; 94: 2007–2010.
- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 2007; 368: 946-55.
- Henningsen P, Schickel S. Begutachtung bei Schmerz und somatoformen Erkrankungen. In Schneider W, Henningsen P, Dohrenbusch R, Freyberger HJ, Irle H, Köllner V, Widder B. *Begutachtung bei psychischen und*

psychosomatischen Erkrankungen: Autorisierte Leitlinien und Kommentare. Bern: Hans Huber 2012. S.267-283.

Henningsen P. Schmerzen und funktionelle Körperbeschwerden. In: Angerer P et al.(Hrsg). Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit: Wissenschaft, Erfahrungen und Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und Psychosomatischer Medizin. Heidelberg: ecomed Medizin 2014; S. 156-168.

Jeger J. Die Entwicklung der „Förster-Kriterien“ und ihre Übernahme in die bundesgerichtliche Rechtsprechung: Geschichte einer Evidenz. Jusletter 16.5.2011

Katon W, Lin E, Von Korff M, Russo J, Lipscomb P, Bush T. Somatization: a spectrum of severity. *Am J Psychiat*. 1991;148:34–40.

Keller MB, Klein DN, Hirschfeld RM, Kocsis JH, McCullough JP, Miller I, First MB, Holzer CP 3rd, Keitner GI, Marin DB, et al. Results of the DSM-IV mood disorders field trial. *Am J Psychiatry*. 1995; 152:843-9.

Kroenke K. Somatization in primary care: it's time for parity. *Gen Hosp Psychiatry*. 2000; 22:141-3.

Leitlinien:

a AWMF-S3-Leitlinie „Umgang mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“:
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-001.html>

b AWMF-S2k-Leitlinie „Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen“: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-029.html>

c AWMF-S2k-„Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen“: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/030-102.html>

Löwe B, Spitzer RL, Williams JB, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30: 191-9.

Marelli R, Kopp HG, Küchenhoff J. Multidimensionale Beurteilung somatoformer Störungen im versicherungspsychiatrischen Kontext. *SANP* 2010;161: 117–27

Mosimann HJ. Perspektiven der Überwindbarkeit Zur Schmerzrechtsprechung des Bundesgerichts. *Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge* 2014; 58: 185-220.

Schäfer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P. Klinische Leitlinie: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden. *Dtsch Arztebl Int*. 2012;109:803-13.

Sharpe M, Stone J, Hibberd C, Warlow C, Duncan R, Coleman R, Roberts R, Cull R, Pelosi A, Cavanagh J, Matthews K, Goldbeck R, Smyth R, Walker A, Walker J, MacMahon A, Murray G, Carson A. Neurology out-patients with symptoms unexplained by disease: illness beliefs and financial benefits predict 1-year outcome. *Psychol Med*. 2010; 40: 689-98.

Simms LJ, Prisciandaro JJ, Krueger RF, Goldberg DP. The structure of depression, anxiety and somatic symptoms in primary care. *Psychol Med*. 2012; 42:15-28.

Slick DJ, Sherman EM, Iverson GL Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: proposed standards for clinical practice and research. *Clin Neuropsychol*. 1999; 13:545-61.

- Spence SA, Crimlisk HL, Cope H, Ron MA, Grasby PM. Discrete neurophysiological correlates in prefrontal cortex during hysterical and feigned disorder of movement. *Lancet*. 2000; 355:1243-4.
- Tomenson B, Essau C, Jacobi F, Ladwig KH, Leiknes KA, Lieb R, Meinlschmidt G, McBeth J, Rosmalen J, Rief W, Sumathipala A, Creed F; EURASMUS Population Based Study Group. Total somatic symptom score as a predictor of health outcome in somatic symptom disorders. *Br J Psychiatry*. 2013; 203: 373-80.
- Tracey I, Mantyh PW. The cerebral signature for pain perception and its modulation. *Neuron*. 2007; 55: 377-91.
- Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet*. 1999; 354: 936-9.
- Weizsäcker V v. Über den Begriff der Arbeitsfähigkeit (1931). In: *Gesammelte Werke Bd. 8*. Frankfurt. Suhrkamp.
- Widder B, Dertwinkel R, Egle UT, Foerster K, Schiltenswolf M. Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen. *Psychotherapeut* 2007; 52: 334-34

München, im Mai 2014

Prof. Dr. med. Peter Henningsen

Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München
Dekan der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München

Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Koordinator und Mitherausgeber, AWMF-Leitlinien „Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“
Mitherausgeber AWMF-Leitlinie „Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen“
Associate Editor, *Journal of Psychosomatic Research*