

Die invalidenversicherungsrechtliche Begutachtung in der Schweiz vor dem Hintergrund der letzten Gesetzesrevision und neueren Rechtsprechung

Carlos Canela · Roman Schleifer · Jörg Jeger ·
Gerhard Ebner · Erich Seifritz · Michael Liebreuz

Eingegangen: 7. Oktober 2014 / Angenommen: 16. Dezember 2014 / Online publiziert: 10. Februar 2015
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Zusammenfassung In der Schweiz gibt es 11 verschiedene, historisch gewachsene Sozialversicherungen, deren grundsätzliche Ausgestaltung im Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsgesetzes (ATSG) dargelegt ist. Die soziale Sicherung für behinderte Menschen und solche mit chronischen Erkrankungen wird u. a. von der Invalidenversicherung gewährleistet, die durch das Bundesgesetz über die Invalidenversicherung – aktuell in der 6. Revision – geregelt wird.

Da sich die Rechtsprechung bezüglich der Invalidenversicherung in den letzten 10 Jahren erheblich gewandelt hat – was sich insbesondere auf die Leistungszusprache bei psychischen Störungen auswirkt – soll der vorliegende Beitrag einen Überblick über die für den medizinischen Experten relevanten juristischen Aspekte geben.

Es ist hervorzuheben, dass die Rechtsprechung Prinzipien zur Einordnung von Folgen spezifischer Krankheitsentitäten normativ festgelegt und diese im letzten Jahrzehnt weiterausgebaut hat. Die vom Rechtsanwender vorgenommene Prüfung der „willentlichen Überwindbarkeit“ stellt dabei auf einen Kriterienkatalog ab, der aus medizinischer Sicht nicht ausreichend belegt ist. In der juristischen Literatur der Schweiz wird diese gegenwärtige (Rechts-)Praxis kontrovers diskutiert, und Anpassungen werden erwogen.

Schlüsselwörter Invalidenversicherung · Schweizerische Rechtsprechung · Psychiatrische Begutachtung · PÄUSBONOG · Soziale Sicherheit

The disability insurance legal assessment in Switzerland against the background of the latest legislative amendments and new jurisprudence

Abstract There are 11 different historically established social security insurances in Switzerland. Social security for disabled and chronically ill people is mostly covered by the disability insurance. The disability insurance is governed by a federal law which has been revised six times, the last amendments having been introduced in 2012.

The disability insurance legislation has changed much in the past 10 years and this has had a particularly great impact on the benefits awarded for psychiatric disorders. This article outlines several important facets of the disability insurance legislation relevant to psychiatric work capacity evaluations. Of particular interest are the special legal rules applied to specific illness groups, which have been expanded during the last decade. The concept of “voluntary surmountability” has arguably had the most impact and is based on a catalogue of criteria with an insufficient

C. Canela (✉) · R. Schleifer · E. Seifritz · M. Liebreuz
Gutachtenstelle für Zivil- und Öffentlichrechtliche
Fragestellungen, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich,
8021 Zürich, Schweiz
E-Mail: Carlos.Canela@puk.zh.ch

J. Jeger
MEDAS Zentralschweiz,
Hirschengraben 33,
6003 Luzern, Schweiz

G. Ebner
Zentrum für Begutachtung, Rehaklinik Bellikon,
5454 Bellikon, Schweiz

M. Liebreuz
Department of Psychiatry, New York State Psychiatric Institute,
Columbia University Medical Center,
1051 Riverside Drive,
10032 New York, NY, USA

scientific foundation. The impact and possible changes of the current jurisdiction is currently being discussed in the Swiss juristic literature and amendments are under consideration.

Keywords Disability insurance · Swiss legislation · Psychiatric capacity evaluation · PÄUSBONOG · Social security

Einführung

In einem medizinischen Gutachten geht es immer um die konkrete Beantwortung einer medizinisch-juristischen Frage [38]; dies setzt fundierte Kenntnisse der jeweiligen Rechtsrahmen voraus. Die vorliegende Arbeit liefert einen Abriss über die Besonderheiten der für psychiatrische Begutachtungen relevanten zivilrechtlichen Gesetzgebung und Rechtsprechung in der Schweiz. Der Fokus liegt dabei auf der sog. Invalidenversicherung, da sich diese in den letzten 10 Jahren stetig gewandelt hat und da in diesem Rechtsbereich ein sehr großer Teil der psychiatrischen Expertisen erstellt wird [9, 87]. Die Rechtsprechung im Invalidenversicherungsbereich entwickelte bestimmte normative, empirisch kaum untermauerte Grundsätze zur Beurteilung der krankheitsbedingten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bei einigen Krankheitsentitäten. Diese wurde in den letzten Jahren weiterausgebaut und auch ins Gesetz (5. und 6. Revision des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) übernommen.

Allgemeines

Die Sozialversicherung ist in der Schweiz die wichtigste Institution der sozialen Sicherung. Ein Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts koordiniert das Sozialversicherungsrecht (ATSG, Kap. 1). In der Schweiz gibt es folgende 11 Sozialversicherungen, die historisch gewachsen sind und auf verschiedenen rechtliche Grundlagen basieren:

- Alters- und Hinterbliebenenversicherung (AHV),
- Invalidenversicherung (IV),
- Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (EL),
- Unfallversicherung (UV),
- Krankenversicherung (KV),
- Erwerbsersatzordnung für Dienstleistende (EO),
- Mutterschaftsentschädigung (MSE als Teil der EO),
- Familienzulagen (kantonale Familienzulagen und Familienzulagen in der Landwirtschaft),
- Arbeitslosenversicherung (ALV),
- Militärversicherung (MV) und
- berufliche Vorsorge (BV).

In der Schweiz werden schätzungsweise pro Jahr 39.000 zivilrechtlich-medizinische Expertisen erstellt; hiervon sind etwa zwei Drittel psychiatrisch [9]. Für die versicherungsmedizinische Begutachtung sind weit überwiegend Begutachtungen nach IVG, Unfallversicherungsgesetz (UVG), Gesetz über die Berufliche Vorsorge (BVG), Militärversicherungsgesetz und Krankenversicherungsgesetz (KVG) von Bedeutung. Begutachtungen nach IVG nehmen den weitaus größten Anteil an Gutachten ein [9].

Das Konzept der Invalidität basiert auf der Erwerbs- und die Arbeitsunfähigkeit und ist im ATSG, dem Mantelgesetz zu den Sozialversicherungen, das das Sozialversicherungsrecht koordiniert, geregelt. Von besonderer Bedeutung für die medizinische Begutachtung ist das 2. Kapitel dieses Gesetzes, in dem begutachtungsrelevante Begriffe aus juristischer Sicht definiert sind (ATSG, Kap. 2). Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich, zumutbare Arbeit zu leisten. Bei länger dauernden Erkrankungen wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt. Wenn eine Arbeitsunfähigkeit von langer Dauer oder permanent ist und dadurch eine verminderte Erwerbsfähigkeit besteht, muss ein Anspruch auf mögliche Leistungen der IV überprüft werden, einer obligatorischen Sozialversicherung, die die ganze Bevölkerung umfasst. Die Feststellung eines Gesundheitsschadens (Diagnosestellung) und die Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit stellen im Prinzip eine ärztliche Angelegenheit dar [20], während die Festlegungen der Erwerbsunfähigkeit und einer Invalidität eine rechtliche Frage darstellen (s. auch BGer, Az. 9C_850/2013, 12.06.2014). Für die Annahme einer Invalidität müssen einerseits ein Gesundheitsschaden (medizinisches Element), andererseits eine eingeschränkte Erwerbsunfähigkeit (wirtschaftliches Element) und ein kausaler Zusammenhang zwischen diesen beiden Elementen bestehen. Nicht jede lang andauernde Gesundheitsbeeinträchtigung bedingt automatisch eine Invalidität und den Anspruch auf Leistungen einer Sozialversicherung, sondern nur deren wirtschaftlichen Folgen. Die Verwaltungen (kantonale IV-Stellen) sind gemäß ATSG Art. 43 zu einer umfassenden, neutralen Abklärung des medizinischen Sachverhalts verpflichtet. Wenn die Möglichkeiten eines Indizienbeweises im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes und der freien Beweiswürdigung ausgeschöpft sind, kann eine Beweisnotlage angenommen werden, die sich zulasten des Versicherten auswirken kann (Art. 8 Zivilgesetzbuch; [76]). Es wird unterschieden zwischen Maßnahmen, die helfen sollen, die verursachten Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit zu mindern oder zu beseitigen (bestimmte medizinische Maßnahmen, gemäß Bundesgesetz zur Invalidenversicherung IVG Art. 12 und 13) oder deren Auswir-

kungen mildern (Maßnahmen beruflicher Art, Hilfsmittel) und den eigentlichen Rentenleistungen im Sinne eines finanziellen Ausgleichs.

Bei unvollständiger medizinischer Aktenlage können von der Versicherung, meist auf Empfehlung von beratenden Ärzten, Einzel- oder polydisziplinäre Gutachten in Auftrag gegeben werden (Art. 43 und 44 ATSG). Neben einer umfassenden Diagnostik nach ICD-10¹ oder einem anderen international anerkannten Klassifikationssystem [33] und Fallbeschreibung sowie der Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit erwarten die Rechtsanwender von einer medizinischen Expertise zwingend auch die Stellungnahme zu verschiedenen medizinisch-rechtlichen Aspekten. Dies wirft nicht selten Fragen auf, zu denen es kaum klare wissenschaftliche Erkenntnisse gibt (vgl. z. B. BGer, Az. 9C_856/2012, 19.08.2013). Auf einige der wichtigsten Aspekte der IV-Rechtsprechung wird im Folgenden eingegangen.

Besonderheiten der schweizerischen Invaliditätsgesetzgebung und Rechtsprechung

Allgemeines

Medizinische Expertisen äußern sich im Rahmen des Invalidenversicherungsverfahrens in der Regel zur Arbeitsfähigkeit. Dabei wird davon ausgegangen, dass zwischen Diagnose und Arbeitsfähigkeit bzw. Funktionseinschränkungen keine eindeutige Korrelation besteht ([108, 109]; vgl. z. B. BGer, Az. 9C_850/2013, 12.06.2014). Die Diagnose sollte nach einem anerkannten Diagnosesystem erfolgen. Grundsätzlich ist das Gericht nicht an die gutachterlichen Schlussfolgerungen gebunden. Dies wurde z. B. im kontrovers diskutierten Bundesgerichtsentscheid vom 12.6.2014 (BGer, Az. 9C_850/2013, [103]) ausführlich erörtert. Demnach sei die „... Arbeitsunfähigkeit ein unbestimmter Rechtsbegriff ... dessen allgemeine Konkretisierung fällt dem Bundesgericht zu ...“ Zweitens verlange der „... Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit.c ATSG) eine umfassende, inhaltsbezogene, verantwortliche und der behördlichen Begründungspflicht genügende Prüfung aller Beweismittel, somit auch des Sachverständigengutachtens, auf Beweiseignung und Beweiskraft im Einzelfall hin ...“ Drittens „... gebiete die Natur der Sache unter dem Gesichtswinkel eines rechtsgleichen Gesetzesvollzugs (Art. 8 Abs. 1, Art. 29 Abs. 1 BV) eine administrative bzw. gerichtliche Überprüfung der ärztlichen Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit auf ihre beweisrechtlich erforderliche Schlüssigkeit im Einzelfall hin ...“

Im Prinzip *nehme* der Gutachter lediglich Stellung zur Arbeitsfähigkeit und begründe seine *Schätzung* so gut wie möglich. Damit liefere das Gutachten die *notwendigen Grundlagen* für die juristische Beurteilung. Somit ist es nicht nur möglich, qualitativ nichtausreichende oder nichtnachvollziehbare Gutachten zu verwerfen oder verschiedene medizinische Stellungnahmen bezüglich ihrer Schlüssig- und Nachvollziehbarkeit abzuwägen, sondern auch einzelne Schlussfolgerungen, wie z. B. die Schätzung der Arbeitsfähigkeit, in begründeten Fällen von juristischer Seite zu verwerfen.

Psychosoziale Faktoren (psychosoziale, kulturelle und weitere sog. nichtmedizinische Fragen)

Die World Health Organization (WHO) definiert Gesundheit als einen Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens („Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity“, [81]) und geht damit von einem biopsychosozialen Konzept der Gesundheit aus. Die *International Classification of Functioning, Disability and Health* der WHO (ICF, [74]), ein Klassifikationssystem für Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit (analog zur ICD-10, [33]), greift dieses biopsychosoziale Konzept ebenfalls auf.

Die schweizerische Rechtsprechung hingegen klammert in ihrem biopsychischen Modell der Invalidität soziale Komponenten bei der Invaliditätsbemessung aus und weicht somit vom Konzept der WHO ab. „Invaliditätsfremde“ Faktoren und deren Auswirkungen werden nicht berücksichtigt. Im Bundesgerichtsurteil (BGE, Az. 107 V 17, 23.01.1981) wurden spezifisch Beeinträchtigungen durch Alter, mangelnde Schulbildung, schlechte Sprachkenntnisse oder die schlechte Arbeitsmarktlage explizit ausgeblendet. Mit Bundesgerichtsurteil (BGE 127 V 294, 05.10.2001) wurde festgehalten, dass psychosoziale Belastungen für sich allein keine Begründung einer Invalidität bildeten. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren in den Vordergrund treten würden und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter müsse der Krankheitswert einer fachärztlich gestellten psychischen Störung sein, um eine Invalidität anzunehmen.

Gemäß Kreisschreiben der Invalidenversicherung (KSIH, Rz 1016, [20]) sei v. a. bei neurotischen, somatoformen und Belastungsstörungen zu berücksichtigen, dass diese oft durch äußere Umstände wie Überforderung oder durch ungünstige Umgebungen verursacht seien und bei einer zumutbaren Veränderung der Verhältnisse verschwinden würden. Um eine Invalidität anzunehmen, dürfe das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen bestehen, die von belastenden soziokulturellen und psy-

¹ 10. Aufl. der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.

chosozialen Faktoren herrühren würden (s. auch BGer, Az. 8C_302/2011, 20.09.2011).

Von medizinischen Experten wird dementsprechend eine genaue Gewichtung der oben genannten psychosozialen und im engeren Sinne medizinischen Faktoren verlangt [55]. Problematisch erscheint, dass das festgestellte Ausmaß solcher Faktoren in der Begutachtung stark von der Frage-technik des Experten, der zur Verfügung stehenden Zeit, dem Umfang des Gutachtens, dem Umfang der Akten und der bewussten Wahrnehmung (bzw. Erwähnung) solcher Belastungen durch den Exploranden abhängig ist. Auch ist bislang die Menge der „psychosozialen Faktoren“ nirgends genau definiert worden. Die Bewertung der erwähnten „nichtmedizinischen Faktoren“ liegt oftmals zunächst im Ermessen des Gutachters, was z. T. die in verschiedenen Publikationen [32, 68, 89–100] festgestellte mangelhafte „Interrater“-Reliabilität miterklären könnte. Ein Standard oder Konsens zwischen Juristen und Medizinern zur Umsetzung dieser Vorgabe besteht momentan nicht.

Umgang mit Alkohol- und Drogensucht

Abhängigkeitserkrankungen gehören zu den häufigeren psychischen Störungen mit Zwölfmonatsprävalenzraten von über 3% und einer Lebenszeitprävalenz von über 10% für Alkoholabhängigkeit [46] sowie ca. 0,5 resp. 2,5% für illegale Drogen [28]. Drogenabusus führt bekanntlich zu einer erhöhten Morbidität, Mortalität, hohen gesellschaftlichen Kosten und geht mit einem erheblichen Verlust von Lebensqualität, Produktivität und Funktionsfähigkeit einher [42, 88]. Abhängigkeitserkrankungen sind sehr häufig mit anderen psychiatrischen Erkrankungen assoziiert [41, 58]; Merikangas et al. fanden bei Abhängigkeit von illegalen Drogen, dass gleichzeitig bei ca. 35% der Patienten die Kriterien für eine affektive und bei ca. 45% die Kriterien für eine Angststörung erfüllt waren [70]. Neben affektiven Störungen [41, 43, 45, 59, 60, 102] und Angststörungen [41, 43, 59, 70, 97] kommen Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS, [16, 73]), Persönlichkeitsstörungen [27, 107], Schizophrenien [84, 92] und posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS, [2, 40]) gehäuft komorbid vor. Die komorbiden Störungen beeinflussen häufig den Gesamtverlauf negativ [91].

Die Beurteilung der Auswirkungen von Abhängigkeitserkrankungen auf die Funktionsfähigkeit ist in der IV-Rechtsprechung speziell geregelt. Eine allein stehende Abhängigkeitserkrankung ist invalidenversicherungsrechtlich irrelevant (vgl. *BGE 99 V 28, 21.03.1973*), es sei denn, sie hat einen anderen (auch im hypothetischen Fall der Abstinenz) irreversiblen Gesundheitsschaden zur Folge (z. B. ein Korsakow-Syndrom bzw. eine Leberzirrhose) oder ist selbst die Folge eines Gesundheitsschadens, was per se zu einer Arbeitsunfähigkeit führen würde [72]. Gemäß KSIH Rz

1013 und 1013.1 [20] wird Letzteres als sekundäre Sucht bezeichnet (z. B. Abhängigkeitserkrankung als Folge einer Persönlichkeitsstörung).

Angesichts der hohen Komorbiditätsraten wird der psychiatrische Gutachter relativ oft mit der Frage konfrontiert, ob eine sekundäre Sucht vorliegt. Hierfür wird gerne der Beginn einer Störung berücksichtigt, um einen möglichen kausalen Zusammenhang festzustellen. Mangels fachärztlicher Berichte muss oft auf die Angaben des Exploranden zurückgegriffen werden, was nicht ganz unproblematisch ist, da sich solche retrospektiven Angaben oft als unreliabel erweisen [56, 82, 83, 93, 94]. Percy et al. fanden Raten von Falschangaben zu Drogenkonsum von über 80% [82]. Aus medizinischer Sicht ist zudem problematisch, dass der genaue Zusammenhang zwischen Abhängigkeitserkrankungen und komorbiden Störungen oft nicht genügend geklärt ist [3, 23, 97, 118], sodass entsprechende Aussagen im Einzelfall einen hohen Ermessenscharakter haben.

Unklare Beschwerden

Ursprung des Rechtsbegriffs

In den letzten Jahrzehnten wurde eine Zunahme der Rentenbezüge wegen psychischen Störungen und Schmerzerkrankungen verzeichnet [19]. Die Begutachtung von Menschen mit chronischer Schmerzproblematik erfordert meist Kompetenz sowohl zur Beurteilung körperlicher als auch psychischer Störungen. Aufgrund der subjektiven Natur der Beschwerden sind die Schwere und somit das Ausmaß der Störung schwer objektivierbar [48]. In der Praxis werden oft chronische Schmerzen, die sich nicht durch eine organische Erkrankung erklären lassen, als anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 Code: F45.4) klassifiziert. Es handelt sich hierbei um eine relativ häufige und oftmals chronisch verlaufende Erkrankung, die die Lebensqualität, Funktionsfähigkeit und Produktivität erheblich beeinträchtigen und zu hohen Kosten im Sozialwesen führen kann [51, 66]. Vonseiten der Rechtsprechung wurde mit dem bahnbrechenden Urteil des Bundesgerichts BGE 130 V 352 (12.03.2004) die „Vermutung“ bzw. die Annahme geäußert, dass Schmerzen und deren Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit in der Regel durch eine „zumutbare Willensanstrengung“ überwunden werden könnten. Umgekehrt kann nur in Ausnahmefällen eine Unzumutbarkeit der willentlichen Schmerz-/Beschwerdeüberwindung gegeben sein. Demnach wurde angenommen, dass einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nur bei Vorliegen einer „... psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer ...“ oder aber bei Vorhandensein folgender Kriterien „... (1) chronische körperliche Begleiterkrankungen und ein 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“] ... oder schliesslich (4) unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlungsbemühungen ...“ ausnahmsweise eine invalidisierende Wirkung zugesprochen werden könne (BGE 130 V 352). Die abschließende Beurteilung über diese Kriterien obliegt dem Rechtsanwender, der sich wiederum auf die medizinischen Beweismittel, insbesondere Begutachtungen, abstützt. Auch wenn von medizinischer Seite eine Arbeitsunfähigkeit angenommen wird, kann der Rechtsanwender, abgestützt auf die oben genannten Kriterien, von einer Überwindbarkeit der Beschwerden ausgehen und eine Leistungsaurichtung ablehnen.

Damit bediente sich die Rechtsprechung eines Kriterienkatalogs, der an die Prognosekriterien nach Klaus Foerster angelehnt ist [114], von Hans-Jakob Mosimann 1999 ins juristische Schrifttum der Schweiz eingeführt und vom Bundesgericht abgeändert wurde (2003; [54]). Die Nutzung dieser Kriterien, die nicht wissenschaftlich evaluiert sind und ursprünglich nicht für diesen Zweck konzipiert worden waren, wurde bereits andernorts kritisch erörtert [54].

Das oben erwähnte Urteil stellt möglicherweise den gewichtigsten Faktor für die drastische Abnahme der seit 2004 gesprochenen Neurenten bis auf die Hälfte dar [54]. Diese spezifische Rechtsprechung im Zusammenhang mit den somatoformen Störungen warf Fragen nach einer möglichen Diskriminierung der Betroffenen auf, was vom Bundesgericht im Urteil Az. 9C_776/2010 (20.12.2011) diskutiert und verneint wurde.

In den nächsten Jahren wurde, basierend auf diesen Überlegungen zur mangelnden Objektivierbarkeit von Schmerzen, diese Rechtsprechung auf eine ganze Gruppe von Störungen ausgedehnt [52, 105], deren Symptome sich nicht klar objektivieren oder auf ein organisches Korrelat zurückführen lassen. Solche Störungen werden unter dem dazu kreierte Begriff „PÄUSBONOG“ (pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage) bzw. später „unklare Beschwerdebilder“ zusammengefasst. Dieser rechtliche Begriff entspricht im weitesten Sinne einer Gruppe von Störungen, für die in der medizinwissenschaftlichen Literatur verschiedene Konzepte diskutiert worden sind („medically unexplained physical symptoms“, MUPS, [21, 29, 80, 112]; „bodily distress disorder“, BDD, [37]; „functional somatic syndromes“, FSS [13] oder „subjective health complaints“ [34]). Damit sind körperliche Symptome gemeint, die im klinischen Alltag häufig von vielen Patienten berichtet werden und die sich nicht hinreichend durch eine organi-

sche Veränderung erklären lassen [36, 63, 78, 79, 96]. In der Psychiatrie werden solche Symptome oft dem ICD-10-Kapitel der somatoformen Störungen zugeordnet [33]. Solche Symptome können fast jedes Organsystem betreffen (Reizdarmsyndrom, prämenstruelles Syndrom, atypische Brustschmerzen, Hyperventilationssyndrom, chronisches Müdigkeitssyndrom, multiple Chemikaliensensitivität, Nahrungsmittelallergie, Fibromyalgie etc. [112]) und führen allgemein zu einem erheblichen Verlust von Lebensqualität [49, 50] sowie hohen Kosten im Gesundheits- und Sozialwesen [85, 95]. Zum Teil kann die soziale Funktionsfähigkeit durch solche Störungen sogar stärker als durch medizinisch erklärbar Erkrankungen eingeschränkt sein [44, 61]. In der Regel werden die Diagnosen anhand von Kriterienlisten der berichteten Beschwerden gestellt. Spezifische laborchemische oder radiologische Testverfahren gibt es nicht [24, 25], und in der Regel fehlen objektive Befunde, was nicht selten in der Bevölkerung sowie in Fachkreisen zu kontroversen und emotionalen Diskussionen führt [116].

Im Jahr 2006 erfolgte die Ausdehnung der Schmerzstörungspraxis auf die *Fibromyalgie* (BGE 132 V 65). Es handelt sich hierbei ebenfalls um eine chronische Schmerzkrankung [117] unklarer Ätiologie [47] mit einer Prävalenz zwischen 0,5 und 5,5% [30, 106]. Ein Jahr später erfolgte eine weitere Ausdehnung auf die *dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung* (Urteil I 9/07 vom 09.02.2007, E.4), einer psychischen Störung, bei der angenommen wird, dass psychologische Gründe für eine Veränderung der Sensibilität und Empfindung verantwortlich sind und die oft im Zusammenhang mit somatoformen Störungen oder anderen dissoziativen Störungen auftritt [77]. Mit Urteil Az. 9C_903/2007 vom 30.04.2008 wurden ebenfalls *dissoziative Bewegungsstörungen* dieser Rechtsprechung unterzogen.

Auch auf das *chronische Erschöpfungssyndrom* („chronic fatigue syndrome“, CFS) und auf die *Neurasthenie* wurde diese Rechtsprechung (Urteil I 70/07 vom 14.04.2008, E.5) angewendet. Beim CFS und der Neurasthenie handelt es sich um 2 Störungen, die durch verschiedene somatische Symptome, aber v. a. durch eine Erschöpfung gekennzeichnet sind [4, 39], die zu erheblichen Einbussen der sozialen Funktionsfähigkeit führen kann [18, 62]. Die Überlappung dieser Störungen untereinander und zu affektiven Störungen ist groß [1, 25, 111], und die genauen Entstehungsmechanismen oder Ursachen werden nach wie vor unklar und kontrovers diskutiert [12, 24, 35]. Ein spezifischer Test existiert auch hier nicht [24, 25, 104].

Bis 2010 wurden für das oft nach Autounfällen auftretende Halswirbelsäulen(HWS)-Beschleunigungstrauma, auch Schleudertrauma genannt, von Unfall-, Invaliden- und Haftpflichtversicherungen häufig Rentenleistungen ausgerichtet. Betroffene leiden unter Nacken- und Kopfschmerzen sowie anderen verschiedenen somatischen Symptomen

(Schwindel, Sehstörungen, Schlafstörungen etc.), die lange persistieren und die soziale Funktionsfähigkeit erheblich beeinträchtigen können [99]. Diese Störung wurde lange Zeit kritisch in der Öffentlichkeit und Fachkreisen [110] diskutiert, da die Beschwerden mehrheitlich subjektiver Natur sind, sich kaum objektiv darstellen lassen und häufig zu einem schlechteren Outcome führten [98], bis schließlich 2010 die „Schmerzrechtsprechung“ auch auf dieses Krankheitsbild ausgeweitet wurde (BGE 136 V 279).

Die oben aufgeführten Störungen stellen eine nichtabgeschlossene Liste dar, sodass dem Rechtsanwender offen bleibt, die „PÄUSBONOG“-Rechtsprechung auf andere Krankheitsbilder, sofern sie ebenfalls aus nichtobjektivierbaren Beschwerden bestehen und die Ätiologie nicht klar ist oder auch rein fallbezogen, anzuwenden. Während also sonst im Prinzip die Funktions- bzw. Arbeitsfähigkeit für die Beurteilung eines Rentenanspruchs von maßgeblicher Bedeutung ist, gewinnen in der Schmerzstörungspraxis vermehrt die Diagnosen an Bedeutung. Für die Begutachtung ist hier schwierig, dass sich die diagnostischen Kriterien solcher Störungen oftmals stark überlappen (z. B. Fibromyalgie und CFS, CFS und Depression) sowie die Stabilität mancher Diagnosen unklar ist, sodass eine genaue Abgrenzung in der Praxis problematisch sein kann [26, 65, 80, 101, 112, 113].

Komorbiditätsrechtsprechung

Eine wichtige Weiterentwicklung der Rechtsprechung betrifft das Komorbiditätskriterium, da bei Vorliegen einer erheblich schweren komorbiden psychiatrischen Erkrankung ausnahmsweise im Rahmen von „PÄUSBONOG“ eine Invalidität angenommen werden kann.

Gerade bei Schmerzpatienten, aber auch bei vielen anderen Patienten mit MUPS, besteht eine hohe Komorbiditätsrate mit affektiven Störungen und Angststörungen [10, 14, 31]; dies führt in der Regel zu einem schlechteren „Outcome“ [11]. Unter diesem Aspekt des schlechteren Outcome bei komorbider Depression oder Angst erstaunt es nicht, dass sehr viele Schmerzpatienten, die IV-Leistungen beantragen und begutachtet werden, auch noch unter komorbiden Störungen leiden.

Von der Rechtsprechung wird jedoch davon ausgegangen, dass eine komorbid auftretende leicht- oder mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung in der Regel als „Begleitsymptomatik“ anzusehen ist, die das Komorbiditätskriterium nicht erfüllt (Urteile vom 03.07.2006, Az. I 224/06, 9C_803/2008, 9C_131/2007). Damit wird praktisch eine der häufigsten komorbiden Erkrankungen „ausgeklammert“.

Nach Kenntnis der Autoren gilt diese Beurteilung bislang nicht für Angststörungen i. Allg., auch wenn die Nähe zu Schmerzstörungen wie bei Depressionen gut bekannt ist. Im

Urteil Az. 8C_979/2008 vom 01.07.2009 wurde eine generalisierte Angststörung zwar als keine ausreichend schwere Komorbidität beurteilt, aber keine generelle Aussage zu Angststörungen gemacht.

Mit Urteil Az. 8C_319/2012 wurde am 18.09.2012 vom Bundesgericht bestätigt, dass die Beurteilung der Frage, ob eine komorbide Erkrankung von genügendem Ausmaß sei, um das Komorbiditätskriterium zu erfüllen, nicht eine ärztliche Aufgabe ist, sondern dem Rechtsanwender obliegt.

Ausdehnung der „PÄUSBONOG“-Rechtsprechung

In der Folge wurden die Schmerzstörungspraxis (BGE 130 V 352) und das PÄUSBONOG-Konzept auf kantonaler Ebene (erste Instanz) auf weitere Krankheitsbilder angewendet. Entsprechende Beschwerden gegen diese Urteile wurden z. T. vom Bundesgericht abgewiesen.

Im Jahr 2011 wurde die „PÄUSBONOG“-Rechtsprechung auf die nichtorganische Hypersomnie (ICD-10: F51.1) angewendet. Bei der idiopathischen Hypersomnie besteht trotz langem Nachtschlaf tagsüber eine erhöhte Müdigkeit mit zusätzlichen Schlafphasen, die jedoch nicht erfrischend sind; die meisten Patienten berichten über einen chronischen Verlauf dieser Störung [17, 86]. Naturgemäß lässt sich Müdigkeit nicht gut objektivieren; das Bundesgericht bestätigte die Anwendung der Schmerzstörungspraxis mit Entscheid vom 25.02.2011 (BGE 137 V 64): „... Der vorinstanzlichen Rechtsauffassung, wonach bei nichtorganischen Hypersomnien ebenfalls die Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen (BGE 130 V 352 und seitherige) sinngemäss heranzuziehen sei, ist beizupflichten ...“

Im Bundesgerichtsurteil vom 04.12.2012 (Az. 8C_483/2012) wurde darauf hingewiesen, dass bereits mehrmals eine PTBS in Anlehnung an die Rechtsprechung (BGE 130 V 352) beurteilt worden sei. Die Anwendung der Schmerzstörungspraxis bei der PTBS wurde sodann bestätigt: „...Es besteht kein Anlass, davon abzuweichen ...“

Gemäß Bundesgerichtsentscheid vom 08.10.2010 (Az. 9C_55/2010) und vom 04.06.2014 (Az. 8C_822/2013) wurden auch die Diagnosen der „sonstigen andauernden Persönlichkeitsänderung“ – und damit diejenige einer „nicht näher bezeichneten andauernden Persönlichkeitsänderung“ der „Schmerzstörungspraxis“ unterstellt.

Auch Kopfschmerzen und insbesondere Migränen lassen sich schwer objektivieren; die zugrunde liegenden pathophysiologischen Mechanismen dieser sich sehr heterogen präsentierenden Erkrankung sind noch nicht abschließend geklärt [8]. Dementsprechend wurde eine entsprechende Problematik auf kantonaler Ebene unter Anwendung des BGE 130 V 352 analog der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung beurteilt. Die entsprechende Beschwerde wurde mit Urteil vom 12.06.2014 vom Bundesgericht abgewiesen (Az. 9C_701/2013).

Ein weiteres Beispiel für eine Ausweitung der Rechtsprechung auf kantonaler Ebene stellt das Urteil des Berner Verwaltungsgerichts vom 28.03.2011 zur Beurteilung der generalisierten Angststörung dar. Die generalisierte Angststörung ist eine vergleichsweise häufige psychiatrische Störung [57], in der es zu langfristig auftretenden Ängsten und Sorgen kommt, die sich im Sinne einer psychovegetativen Reaktion häufig als körperliche Symptome äußern und zu erheblichen Funktionseinschränkungen führen können [5, 6, 115]. Da diese körperlichen Symptome nicht durch eine organische Störung erklärbar sind und sich schwer objektivieren lassen, sei dieses Krankheitsbild mit „PÄUSBONOG“-Beschwerdebildern zu vergleichen, „... weshalb sie auch denselben sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen ist wie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bzw. wie sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage ...“ Nach Wissen der Autoren wurde dieser Fall nicht vor das Bundesgericht weiter gezogen.

Bekanntlich kommen auch bei anderen Krankheitsbildern, die zu den „PÄUSBONOG“ gerechnet werden, gehäuft Depressionen vor. Erschöpfungssyndrome, d. h. die Neurasthenie oder ein CFS, scheinen affektiven Störungen sehr nahe zu sein und kommen oft nebeneinander vor [6], was angesichts der sich überlappenden Diagnosekriterien nicht weiter erstaunt. Mit Urteil Az. I 07/07 vom 14.04.2008 und Urteil vom 29.10.2013 (Az. 9C_454/2013) wurde die Komorbiditätsrechtsprechung deshalb auch auf die Neurasthenie ausgeweitet. Analog zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen erfülle auch bei diesen Erkrankungen eine Depression nicht das Komorbiditätskriterium.

Andere Anwendungen der Schmerzstörungspraxis wurden hingegen vom Bundesgericht abgelehnt und somit auch eine gewisse Abgrenzung der „PÄUSBONOG“ ermöglicht. So wurde von der Vorinstanz ein „complex regional pain syndrome“ (CRPS, M. Sudeck), eine multifaktoriell bedingte Erkrankung, die nach einem geringfügigen Trauma auftritt und zu Durchblutungsstörungen, Schmerzen etc. führt [69], im Rahmen der neuen Rechtsprechung beurteilt. Dies wurde jedoch vom Bundesgericht mit Entscheid vom 19.02.2011 nicht bestätigt (Az. 8C_1021/2010).

Analog gestaltete sich die Einordnung der „cancer related fatigue“. Dabei handelt es sich um ein Müdigkeitssyndrom, das mit Krebserkrankungen assoziiert ist, eine große Anzahl von Krebspatienten betrifft [22] und ihre Lebensqualität erheblich schmälert [15]. Nachdem eine Beurteilung dieser Erkrankung analog dem CFS vorinstanzlich erfolgt worden war, wurde die Anwendung der „PÄUSBONOG“-Rechtsprechung in diesem Fall vom Bundesgericht am 19.06.2013 abgelehnt (BGE 139 V 346), da die Müdigkeit als Begleitsymptom von Krebserkrankungen angesehen wurde, der somit eine organische Ursache zugrunde liege.

Diskussion

Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über die für den medizinischen Experten relevanten juristischen Aspekte im schweizerischen Sozialversicherungsrecht. Aus medizinischer Sicht auffallend ist eine Inkongruenz zwischen dem aktuellen naturwissenschaftlichen Kenntnisstand, insbesondere demjenigen zur Ätiologie und zu den funktionellen Auswirkungen einzelner Krankheitsbilder sowie deren Bewertung durch die schweizer Rechtsprechung.

Erkennbar ist am Festhalten der Rechtsprechung an aus medizinischer Sicht überholten Begrifflichkeiten, die nicht ICD-10-konform sind (primäre und sekundäre Sucht), oder darüber hinausgehend sogar an der Entwicklung einer eigenen intraparadigmatischen Semantik (*pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage*, [64]. Natürlich zeigt sich diese Inkongruenz an der Verwendung nichtevidenzbasierter, sondern normativer Konzepte (verwiesen wird in diesem Zusammenhang auf die Ausblendung sog. psychosozialer Faktoren) und der Forderung nach Objektivier- und Vergleichbarkeit von subjektiven, intraindividuellen Phänomenen [72].

Hierzu merkt jedoch U. Meyer, Richter am Bundesgericht an, dass der Rechtsanwender einen medizinisch gesicherten Beweis braucht, dass die Betroffenen dauerhaft nicht mehr arbeiten können. „Diese Fragen werden von der Medizin kontrovers beantwortet. Damit hat der Rechtsanwender ein Beweisproblem, das im Hinblick auf den Charakter der Invalidenrente als einer Dauerleistung ... ernst genommen werden muss. Zur Schliessung der Erklärungslücke hat sich die Rechtsprechung an durchaus medizinische Faktoren angelehnt, um eine Abgrenzung – wer leistungsbe-rechtigt ist und wer nicht – vorzunehmen ... Andere Länder kennen dieses Problem nicht, weil sie die Erwerbsunfähigkeitsleistungen abstrakt, das heisst ohne Rücksicht auf die erwerblichen Folgen, nach einem Tarif bemessen, dem der medizinische Befund selbst zugrunde liegt ... Das schweizerische Recht folgt dem Konzept der erwerblich konkreten Invalidität. Das heisst, es ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, wie sich eine gesundheitliche Beeinträchtigung für die versicherte Person auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auswirkt. Entsprechend muss auch in jedem einzelnen Fall die ärztliche Gutachterin zu dieser kardinalen Frage Stellung nehmen“ [71].

Weiter ist hervorzuheben, dass die Rechtsprechung die Anwendung dieser normativen Prinzipien zur Einordnung von Folgen spezifischer Krankheitsentitäten im letzten Jahrzehnt ausgeweitet hat und sich derer bei der Beurteilung einer Reihe – aus medizinischer Sicht – höchst unterschiedlicher Störungsbilder bedient [75]. Bei der Darstellung der „Überwindbarkeitskriterien“ ist der medizinische Experte aktuell de facto gezwungen, evidenzbasierte Vorgehenswei-

sen zu verlassen und sich – mehr als im forensischen (strafrechtlichen) Kontext üblich – dem normativ festgelegten, linguistisch und kognitiv fremden Denksystem der Juristen unterzuordnen.

In der juristischen Literatur der Schweiz ist jedoch inzwischen auch das Bemühen erkennbar, derartige starre Anwendungen in Anlehnung an die von Foerster formulierten Kriterien „zu überwinden“ [75].

Zu verweisen ist in diesem Zusammenhang v. a. auf die von verschiedenster Seite in die Diskussion eingebrachten Vorschlag, zukünftig der Funktionsbeschreibung (gemäß ICF [7] bzw. Mini-ICF-App für psychische Störungen [67]) eine stärkere Gewichtung einzuräumen. Weiterhin ist hier auf die von Jeger vorgeschlagene 2-stufige Stellungnahme aufmerksam zu machen [53], die die initiale medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in Würdigung der medizinischen Datenlage (gemäß der Methodik der evidenzbasierten Medizin) und die sekundäre Stellungnahme zu den bundesgerichtlichen „Überwindbarkeitskriterien“ umfasst. Aktuell werden Leitlinien für die Begutachtung von psychosomatischen Störungen von den damit involvierten Fachgesellschaften erarbeitet, worauf von Seiten Medizin wie Rechtsanwendung große Hoffnung liegt. Aber auch der Diskurs zwischen den „beiden Schwesternwissenschaften“ [71] nimmt ständig an Intensität zu, mit gemeinsamen Tagungen, gemeinsamen Publikationen. Ein solcher ständiger Diskurs wird auch in Zukunft der „Königsweg“ sein, um die - von der Natur der Sache her unterschiedlichen - Sichtweisen der jeweils anderen Disziplin wahrzunehmen und zu verstehen; nur so wird es langfristig zu einer Entwicklung kommen, die den aktuellen Spalt der Auffassungen überbrückbar werden lässt.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt C. Canela, R. Schleifer, J. Jeger, G. Ebner E. Seifritz, M. Liebrecht geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

- Abbey SE, Garfinkel P (1991) Neurasthenia and chronic fatigue syndrome. *Am J Psychiatry* 148(12):1638–1646
- Abram KM, Teplin LA, King DC, Longworth SL, Emanuel KM, Romero EG, McClelland GM, Dulcan MK, Washburn JJ, Welty LJ (2013) PTSD, trauma, and comorbid psychiatric disorders in detained youth. *Juvenile Justice Bulletin*
- Addington J, Duchak V (1997) Reasons for substance use in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 96(5):329–333
- Afari N, Buchwald D (2003) Chronic fatigue syndrome: a review. *Am J Psychiatry* 160(2):221–236
- Andrews G, Hobbs MJ, Borkovec TD, Beesdo K, Craske MG, Heimberg RG, Rapee RM, Ruscio AM, Stanley MA (2010) Generalized worry disorder: a review of DSM-IV generalized anxiety disorder and options for DSM-V. *Depress Anxiety* 27(2):134–147
- Angst J, Gamma A, Baldwin DS, Ajdacic-Gross V, Rössler W (2009) The generalized anxiety spectrum: prevalence, onset, course and outcome. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 259(1):37–45
- Anner J, Schwegler U, Kunz R, Trezzini B, de Boer W (2012) Evaluation of work disability and the international classification of functioning, disability and health: what to expect and what not. *BMC Public Health* 12(1):470
- Antonaci F, Nappi G, Galli F, Manzoni GC, Calabresi P, Costa A (2011) Migraine and psychiatric comorbidity: a review of clinical findings. *J Headache Pain* 12(2):115–125
- Auerbach H, Bollag Y, Eichler K, Gyr N, Imhof D, Stöhr S MGS Medizinische Gutachtensituation in der Schweiz: „Studie zur Einschätzung der Marktsituation und zur Schaffung von Markttransparenz und Qualitätssicherung“ publiziert auf: <http://www.swiss-insurance-medicine.ch/de/gutachtensituation-schweiz.html>
- Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K (2003) Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 163(20):2433–2445
- Bair MJ, Wu J, Damush TM, Sutherland JM, Kroenke K (2008) Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. *Psychosom Med* 70(8):890
- Bansal A, Bradley A, Bishop K, Kiani-Alikhan S, Ford B (2012) Chronic fatigue syndrome, the immune system and viral infection. *Brain Behav Immun* 26(1):24–31
- Barsky AJ, Borus JF (1999) Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med* 130(11):910–921
- Beesdo K, Jacobi F, Hoyer J, Low NC, Höfler M, Wittchen H-U (2010) Pain associated with specific anxiety and depressive disorders in a nationally representative population sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 45(1):89–104
- Berger AM, Gerber LH, Mayer DK (2012) Cancer-related fatigue. *Cancer* 118(8 Suppl):2261–2269
- Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV (1995) Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry* 152(11):1652–1658
- Billiard M, Besset A (2003) Idiopathic hypersomnia. *Sleep*. Springer, Springer US, S 429–435
- Bombardier CH, Buchwald D (1996) Chronic fatigue, chronic fatigue syndrome, and fibromyalgia: disability and health-care use. *Med Care* 34(9):924–930
- BSV BfS (2014) Statistiken zur sozialen Sicherheit – IV-Statistik 2013. In: BSV BfS (Hrsg) <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=5586>
- BSV BfS (2014) Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH). <http://www.bsv.admin.ch/vollzug/documents/index/page:2/lang:deu/category:3421>
- Burton C (2003) Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Br J Gen Pract* 53(488):231–239
- Campos MP, Hassan B, Riechelmann R, Del Giglio A (2011) Cancer-related fatigue: a practical review. *Ann Oncol* 22(6):1273–1279
- Chambers RA, Krystal JH, Self DW (2001) A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 50(2):71–83

24. Christley Y, Duffy T, Everall IP, Martin CR (2013) The neuropsychiatric and neuropsychological features of chronic fatigue syndrome: revisiting the enigma. *Curr Psychiatry Rep* 15(4):1–9
25. Christley Y, Duffy T, Martin CR (2012) A review of the definitional criteria for chronic fatigue syndrome. *J Eval Clin Pract* 18(1):25–31
26. Clauw D, Chrousos G (1997) Chronic pain and fatigue syndromes: overlapping clinical and neuroendocrine features and potential pathogenic mechanisms. *Neuroimmunomodulation* 4(3):134–153
27. Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Colliver JD, Grant BF (2005) Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*
28. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF (2007) Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 64 (5):566–576
29. Creed F, Guthrie E, Fink P, Henningsen P, Rief W, Sharpe M, White P (2010) Is there a better term than „medically unexplained symptoms“? *J Psychosom Res* 68(1):5–8
30. Croft P (2002) The epidemiology of chronic widespread pain. *J Musculoskelet Pain* 10(1–2):191–199
31. De Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, Van Hemert AM (2004) Somatoform disorders in general practice prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry* 184(6):470–476
32. Dickmann J, Broocks A (2007) Das psychiatrische Gutachten im Rentenverfahren-wie reliabel? *Fortschr Neurol Psychiatr* 75(7):397–401
33. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Organization WH (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F, klinisch-diagnostische Leitlinien/hrsg. von H. Dilling, W. Mombour und MH Schmidt
34. Eriksen HR, Ursin H (2002) Sensitization and subjective health complaints. *Scand J Psychol* 43(2):189–196
35. Erlwein O, Kaye S, McClure MO, Weber J, Wills G, Collier D, Wessely S, Cleare A (2010) Failure to detect the novel retrovirus XMRV in chronic fatigue syndrome. *PLoS One* 5(1):e8519
36. Essau CA (2007) Course and outcome of somatoform disorders in non-referred adolescents. *Psychosomatics* 48(6):502–509
37. Fink P, Schröder A (2010) One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *J Psychosom Res* 68(5):415–426
38. Foerster K, Dreßing H (2010) Psychiatrische Begutachtung: Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. Elsevier, Urban & Fischer, München
39. Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A (1994) The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Ann Int Med* 121(12):953–959
40. Galatzer-Levy IR, Nickerson A, Litz BT, Marmar CR (2013) Patterns of lifetime PTSD comorbidity: a latent class analysis. *Depress Anxiety* 30(5):489–496
41. Glantz MD, Anthony JC, Berglund PA, Degenhardt L, Dierker L, Kalaydjian A, Merikangas KR, Ruscio AM, Swendsen J, Kessler RC (2009) Mental disorders as risk factors for later substance dependence: estimates of optimal prevention and treatment benefits. *Psychol Med* 39(8):1365–1377
42. Goetzel RZ, Hawkins K, Ozminkowski RJ, Wang S (2003) The health and productivity cost burden of the „top 10“ physical and mental health conditions affecting six large US employers in 1999. *J Occup Environ Med* 45(1):5–14
43. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, Pickering RP, Kaplan K (2004) Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 61(8):807–816
44. Harris AM, Orav EJ, Bates DW, Barsky AJ (2009) Somatization increases disability independent of comorbidity. *J Gen Intern Med* 24(2):155–161
45. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF (2005) Epidemiology of major depressive disorder: results from the national epidemiologic survey on alcoholism and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 62(10):1097–1106
46. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF (2007) Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 64(7):830–842
47. Häuser W, Kosseva M, Üceyler N, Klose P, Sommer C (2011) Emotional, physical, and sexual abuse in fibromyalgia syndrome: a systematic review with meta-analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 63(6):808–820
48. Hausotter W (2004) Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen. Elsevier, Urban & Fischer, München
49. Hoffman D, Dukes E (2008) The health status burden of people with fibromyalgia: a review of studies that assessed health status with the SF-36 or the SF-12. *Int J Clin Pract* 62(1):115–126
50. Jackson J, Fiddler M, Kapur N, Wells A, Tomenson B, Creed F (2006) Number of bodily symptoms predicts outcome more accurately than health anxiety in patients attending neurology, cardiology, and gastroenterology clinics. *J Psychosom Res* 60(4):357–363
51. Jacobi F, Wittchen H-U, Höltling C, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R (2004) Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 34(4):597–611
52. Jeger J (2007) Somatoforme Schmerzstörungen–Medizin und Recht im Widerspruch? Eine Beurteilung aus ärztlicher Sicht. *Ther Umsch* 64(8):415–423
53. Jeger J (2008) Die Beurteilung der medizinischen Zumutbarkeit – Was darf dem erkrankten oder verunfallten Menschen zugemutet werden? Verlag Stämpfli, Bern
54. Jeger J (2011) Die Entwicklung der «FOERSTER-Kriterien» und ihre Übernahme in die bundesgerichtliche Rechtsprechung: Geschichte einer Evidenz. Jusletter www.jusletter.ch
55. Jeger J (2011) Wer bemisst invaliditätsfremde (soziokulturelle und psychosoziale) Ursachen der Arbeitsunfähigkeit – der Arzt oder der Jurist?, Bd 57. Sozialversicherungsrechtstagung 2008. Schriftenreihe des Instituts für Rechts-wissenschaft und Rechtspraxis IRP-HSG, St. Gallen. Schaffhauser R/Schlauri F
56. Johnson TP, Mott JA (2001) The reliability of self-reported age of onset of tobacco, alcohol and illicit drug use. *Addiction* 96(8):1187–1198
57. Kessler R (2000) The epidemiology of pure and comorbid generalized anxiety disorder: a review and evaluation of recent research. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 102(s406):7–13
58. Kessler RC (2004) The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry* 56(10):730–737
59. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ (1996) The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry* 66(1):17–31
60. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE (2005) Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 62(6):617–627

61. Kisely S, Goldberg D, Simon G (1997) A comparison between somatic symptoms with and without clear organic cause: results of an international study. *Psychol Med* 27(5):1011–1019
62. Knudsen AK, Henderson M, Harvey SB, Chalder T (2011) Long-term sickness absence among patients with chronic fatigue syndrome. *Br J Psychiatry* 199(5):430–431
63. Kroenke K, Price RK (1993) Symptoms in the community: prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Arch Intern Med* 153(21):2474–2480
64. Kuhn TS (1992) Die Entstehung des Neuen: Studien zur Struktur der Wissenschaftsgeschichte, 4. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
65. Leiknes KA, Finset A, Moum T, Sandanger I (2008) Overlap, comorbidity, and stability of somatoform disorders and the use of current versus lifetime criteria. *Psychosomatics* 49(2):152–162
66. Lieb R, Zimmermann P, Friis RH, Höfler M, Tholen S, Wittchen H-U (2002) The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: a prospective-longitudinal community study. *Eur Psychiatry* 17(6):321–331
67. Linden M, Baron S, Muschalla B (2009) Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-APP). Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeits- bzw Kapazitätsstörungen bei psychischen Störungen. Göttingen: Hans Huber
68. Ludwig C (2006) Gutachtenqualität im Unfallversicherungsbereich. *Suva-Med Mitt* 77:5–16
69. Marinus J, Moseley GL, Birklein F, Baron R, Maihöfner C, Kingery WS, van Hilten JJ (2011) Clinical features and pathophysiology of complex regional pain syndromes. *Lancet Neurol* 10(7):637–648
70. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar-Gazola S, Bijl R, Borges G, Caraveo-Anduaga JJ, Dewit DJ et al (1998) Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in psychiatric epidemiology. *Addict Behav* 23(6):893–907
71. Meyer BPDiU (2014) Freier Wille aus Sicht der Justiz und seine Auswirkungen auf die Rechtsprechung. In: Ebner DmG (Hrsg). *Psychiatrie & Neurologie* Nr. 4/2014
72. Liebrecht M, Canela C, Schleifer R, Seifritz E (2013) Psychiatrische Expertise/juristische Entscheide im sozialversicherungsrecht Expertise - Berührungspunkte erkennen und Missverständnisse vermeiden. *InFo Neurol Psychiatr* 11:6
73. Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Wilens T, Chu MP (1997) Associations between ADHD and psychoactive substance use disorders. *Am J Addict* 6(4):318–329
74. World Health Organization (Hrsg) (2001) International Classification of Functioning. Disability & Health. Aufl. 1, WHO
75. Mosimann H-J (2014) Perspektiven der Überwindbarkeit. *SZS*
76. Müller JP (2014) Verfahrensgerechtigkeit in der Sozialversicherung – IV-Renten für Schmerzpatienten? *Jusletter*
77. Nijenhuis ER (2001) Somatoform dissociation: major symptoms of dissociative disorders. *J Trauma Dissociation* 1(4):7–32
78. Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S (2000) Medically unexplained symptoms: how often and why are they missed? *QJM* 93(1):21–28
79. Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S (2001a) Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Res* 51(1):361–367
80. Nimnuan C, Rabe-Hesketh S, Wessely S, Hotopf M (2001b) How many functional somatic syndromes? *J Psychosom Res* 51(4):549–557
81. Organization WH (1950) The preamble of the constitution of the World Health Organization
82. Percy A, McAlister S, Higgins K, McCrystal P, Thornton M (2005) Response consistency in young adolescents' drug use self-reports: a recanting rate analysis. *Addiction* 100(2):189–196
83. Prause J, Dooley D, Ham-Rowbottom KA, Emptage N (2007) Alcohol drinking onset: a reliability study. *J Child Adolesc Subst Abuse* 16(4):79–90
84. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 264(19):2511–2518
85. Robinson RL, Birnbaum HG, Morley MA, Sisitsky T, Greenberg PE, Claxton AJ (2003) Economic cost and epidemiological characteristics of patients with fibromyalgia claims. *J Rheumatol* 30(6):1318–1325
86. Roth B (1976) Narcolepsy and hypersomnia: review and classification of 642 personally observed cases. *Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr* 119(1):31–41
87. Sachs J, Habermeyer E (2012) Qualifizierung und Qualitätskontrolle in der forensischen Psychiatrie. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 1–8
88. Sanderson K, Andrews G (2002) Prevalence and severity of mental health-related disability and relationship to diagnosis. *Psychiatr Serv* 53(1):80–86
89. Schandelmaier S, Fischer K, Mager R, Hoffmann-Richter U, Leibold A, Bachmann MS, Kedzia S, Jeger J, Marelli R, Kunz R (2013) Evaluation of work capacity in Switzerland: a survey among psychiatrists about practice and problems. *Swiss Med Wkly* 143
90. Schellart AJ, Mulders H, Steenbeek R, Anema JR, Kroneman H, Besseling J (2011) Inter-doctor variations in the assessment of functional incapacities by insurance physicians. *BMC Public Health* 11(1):864
91. Schmidt LM, Hesse M, Lykke J (2011) The impact of substance use disorders on the course of schizophrenia—a 15-year follow-up study: Dual diagnosis over 15 years. *Schizophr Res* 130(1):228–233
92. Selzer JA, Lieberman JA (1993) Schizophrenia and substance abuse. *Psychiatr Clin North Am* 16(2):401–412
93. Shillington AM, Clapp JD, Reed MB, Woodruff SI (2010) Adolescent alcohol use self-report stability: a decade of panel study data. *J Child Adolesc Subst Abuse* 20(1):63–81
94. Shillington AM, Woodruff SI, Clapp JD, Reed MB, Lemus H (2012) Self-reported age of onset and telescoping for cigarettes, alcohol, and marijuana: across eight years of the national longitudinal survey of youth. *J Child Adolesc Subst Abuse* 21(4):333–348
95. Sicras-Mainar A, Rejas J, Navarro R, Blanca M, Morcillo Á, Larios R, Velasco S, Villaroya C (2009) Treating patients with fibromyalgia in primary care settings under routine medical practice: a claim database cost and burden of illness study. *Arthritis Res Ther* 11(2):R54
96. Smith GR, Monson RA, Ray DC (1986) Patients with multiple unexplained symptoms: their characteristics, functional health, and health care utilization. *Arch Intern Med* 146(1):69–72
97. Smith JP, Book SW (2010) Comorbidity of generalized anxiety disorder and alcohol use disorders among individuals seeking outpatient substance abuse treatment. *Addict Behav* 35(1):42–45
98. Spearing NM, Connelly LB, Gargett S, Sterling M (2012) Does injury compensation lead to worse health after whiplash? A systematic review. *Pain* 153(6):1274–1282
99. Sterner Y, Gerdle B (2004) Acute and chronic whiplash disorders—a review. *J Rehabil Med* 36(5):193–210
100. Stöhr S, Bollag Y, Auerbach H, Eichler K, Imhof D, Fabbro T, Gyr N, Stöhr S (2011) Quality assessment of a randomly selected sample of Swiss medical expertises. *Swiss Med Wkly* 141:w13173
101. Sullivan P, Smith W, Buchwald D (2002) Latent class analysis of symptoms associated with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Psychol Med* 32(5):881–888

102. Swendsen JD, Merikangas KR (2000) The comorbidity of depression and substance use disorders. *Clin Psychol Rev* 20(2):173–189
103. Tages-Anzeiger (2014) Auch Arztzeugnisse sind nicht mehr verbindlich. <http://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/Auch-Arztzeugnisse-sind-nicht-mehr-verbindlich/story/14939157>
104. Tanaka M, Watanabe Y (2010) A new hypothesis of chronic fatigue syndrome: co-conditioning theory. *Med Hypotheses* 75(2):244–249
105. Thomas Gächter DT (2011) Schmerzrechtsprechung am Wendepunkt? Jusletter
106. Tore Gran J (2003) The epidemiology of chronic generalized musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 17(4):547–561
107. Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ (2010) Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord* 24(4):412–426
108. Van Der Werff E, Verboom C, Penninx B, Nolen W, Ormel J (2010) Explaining heterogeneity in disability associated with current major depressive disorder: effects of illness characteristics and comorbid mental disorders. *J Affect Disord* 127(1):203–210
109. Verboom C, Sentse M, Sijtsma J, Nolen W, Ormel J, Penninx B (2011) Explaining heterogeneity in disability with major depressive disorder: effects of personal and environmental characteristics. *J Affect Disord* 132(1):71–81
110. Weltwoche (2012) Karriere einer erfundenen Krankheit. In: Weltwoche. <http://www.weltwoche.ch/ausgaben/2012-38/karriere-einer-erfundenen-krankheit-die-weltwoche-ausgabe-382012.html>
111. Wessely S (1990) Old wine in new bottles: neurasthenia and ‚ME‘. *Psychol Med* 20(01):35–53
112. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M (1999) Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 354(9182):936–939
113. Whitehead WE, Palsson O, Jones KR (2002) Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology* 122(4):1140–1156
114. Winckler P, Foerster K (1996) Zum Problem der „zumutbaren Willensanspannung“ in der sozialmedizinischen Begutachtung. *Med Sach* 92(4):120–124
115. Wittchen H-U, Carter R, Pfister H, Montgomery S, Kessler R (2000) Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *Int Clin Psychopharmacol* 15(6):319–328
116. Wolfe F (2009) Fibromyalgia wars. *J Rheumatol* 36(4):671–678
117. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P, Campbell SM, Abeles M, Clark P (1990) The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 33(2):160–172
118. Wolitzky-Taylor K, Bobova L, Zinbarg RE, Mineka S, Craske MG (2012) Longitudinal investigation of the impact of anxiety and mood disorders in adolescence on subsequent substance use disorder onset and vice versa. *Addict Behav* 37(8):982–985