



Präzisierung von BGE 141 V 281 und ICF in der somatischen Begutachtung

Dr. med. Jörg Jeger

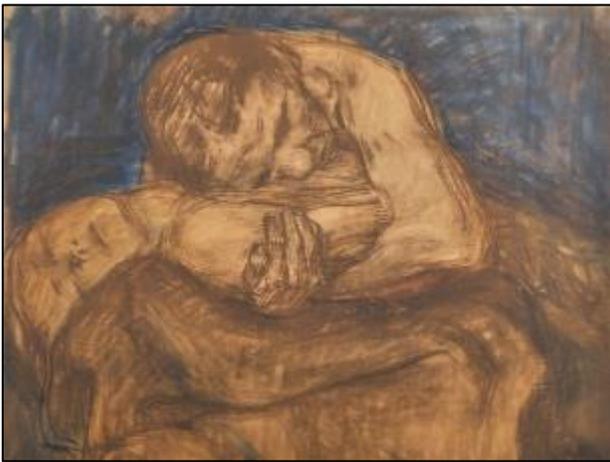
BGE 141 V 281: Kurzversion für Mediziner

Thema	Referenz im Urteil
Diagnosen: vom Facharzt gestellt, gestützt auf internationale Klassifikationssysteme. Diagnosen müssen für den Rechtsanwender nachvollziehbar sein. Die Diagnose ist « <i>Referenz für allfällige Funktionseinschränkungen</i> ».	E. 2.1 E. 2.1.2
1. Indikatoren zur Kategorie «funktioneller Schweregrad» a) Komplex «Gesundheitsschädigung» <ul style="list-style-type: none">– Ausprägung diagnoserelevanter Befunde– Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz– Komorbiditäten (psychiatrisch und somatisch) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) c) Komplex «sozialer Kontext»	E. 4.1.3 E. 4.3.1 E. 4.3.1.1 E. 4.3.1.2 E. 4.3.1.3 E. 4.3.2 E. 4.3.3
2. Indikatoren zur Kategorie «Konsistenz» <ul style="list-style-type: none">– gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen– behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck	E. 4.4 E. 4.4.1 E. 4.4.2
Stellungnahme zu den «Ausschlussgründen» nach BGE 131 V 49: Aggravation, sekundärer Krankheitsgewinn, vage Schilderung der Beschwerden, erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen (bzw. Beschwerden) und dem gezeigten Verhalten, Diskrepanz zwischen geschilderten Beschwerden und Inanspruchnahme von Therapien, demonstrativ vorgetragene Klagen, Behauptung von schweren Einschränkungen im Alltag bei weitgehend intaktem psychosozialem Umfeld.	E. 2.2.1

Der Beweis der Behinderung



- Somatische Leiden und deren Auswirkungen (Behinderung) können besser bewiesen werden als psychische und psychosomatische Leiden.



- Psychische und psychosomatische Leiden müssen oft indirekt bewiesen werden: durch Analyse der Interaktion zwischen dem Betroffenen und seiner Umwelt.

Alt: Ohne Ätiologie keine Invalidität (BGE 130 V 352)



Neu: Indirekte Beweisführung (BGE 141 V 281)

Wir können **den Krater (den Effekt) beschreiben**, auch wenn wir nicht wissen, ob ein Meteorit oder eine Bombe eingeschlagen hat.



Die Bedeutung der Indikatoren

- Indikatoren weisen auf etwas hin.
- Sie dienen dazu, eine Beweislücke zu schliessen bei Erkrankungen, die einem direkten Beweis nicht zugänglich sind.
- Ein genereller Einsatz bei allen Erkrankungen (allen Gutachten) ist weder von der Sache her gerechtfertigt noch effizient.
- Wichtig ist das Gesamtbild, nicht allein die Aneinanderreihung einzelner Komponenten.

Jeger J.: Auswirkungen der neuen Rechtsprechung zu den psychosomatischen Krankheitsbildern auf die Begutachtung. HAVE Personen-Schaden-Forum 2016, Schulthess Verlag (2016), S. 87-118.

Nordenfelt-Konzept (handlungstheoretischer Ansatz)

Leistungsfähigkeit

Körperfunktionen
Psychische Ressourcen



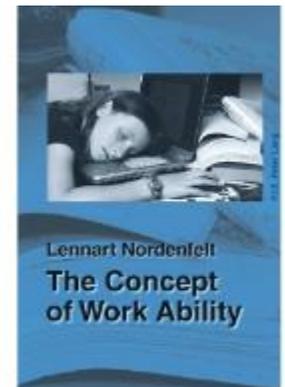
Gegebenheiten

äussere Umstände
Umweltfaktoren
Anforderungen

Handlungsbereitschaft

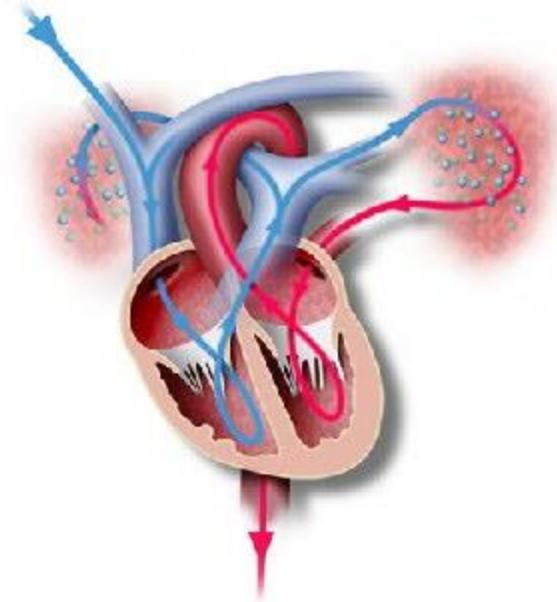
Wille zur Handlung

Nordenfelt L.: The Concept of Work Ability. P.I.E. Peter Lang, Brussels (2008).



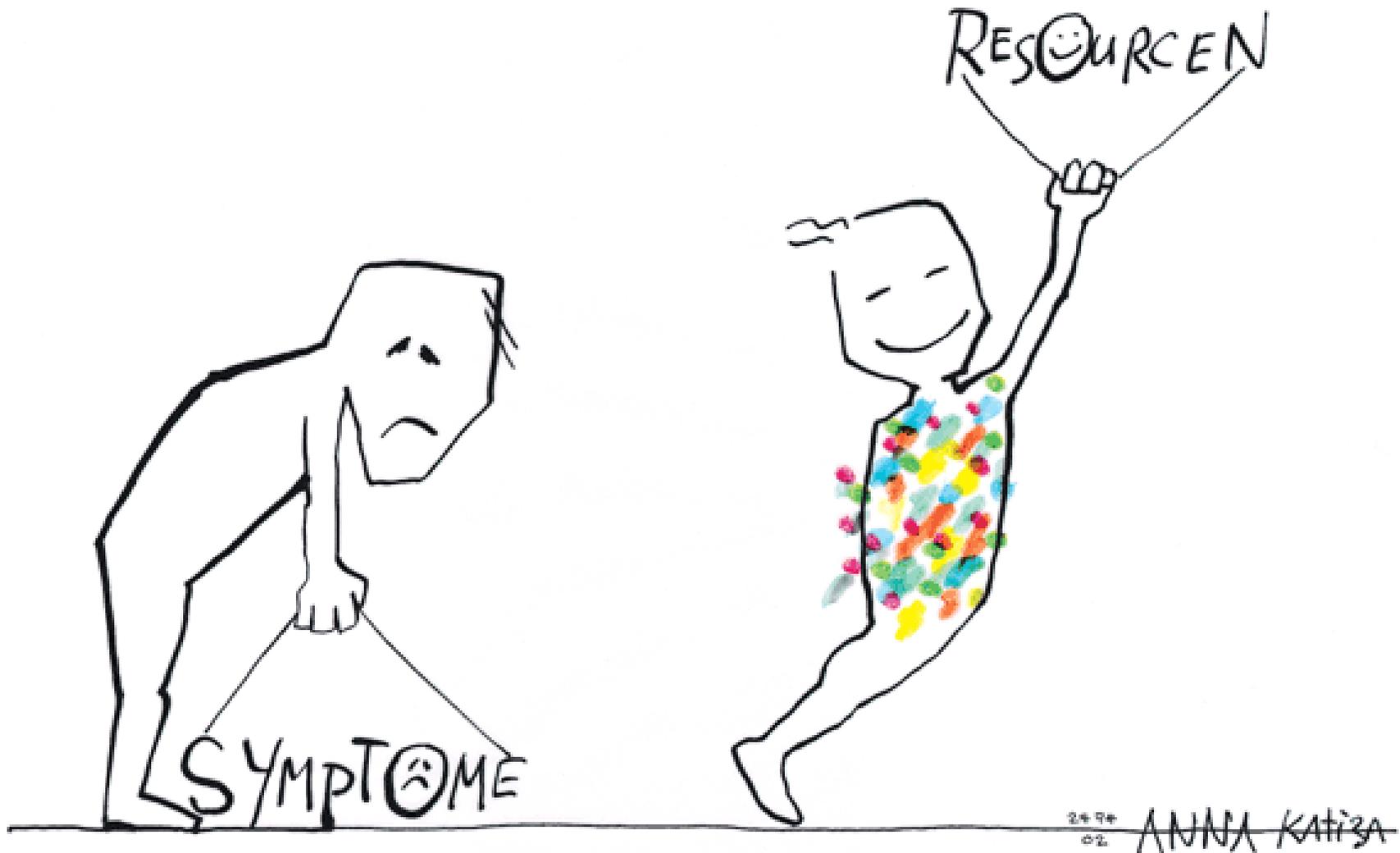
Ergometrie (Leistungsmessung)

- Valides Messinstrument
- Reproduzierbare Ergebnisse
- Definierte Normwerte



Fahrrad-Ergometrie

Es geht um Defizite und Ressourcen



Copyright © 2002 by ANNA Anna Regula Hartmann

2002 ANNA KATIBA

Ressourcenorientierte Betrachtungsweise

«Mit Ressourcen sind die gesunden Anteile des Menschen gemeint: Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse, Geschicke, Erfahrungen, Talente, Neigungen und Stärken. Dazu gehören auch die Fähigkeiten, sich im Leben zurechtzufinden, sich an Neues anzupassen und Stürme zu überstehen. Gute Beziehungen zu Mitmenschen und ein tragfähiges soziales Netz sind ebenso bedeutende Bestandteile der persönlichen Ressourcen. Das Ausmass der persönlichen Ressourcen hat wesentlich mit der zugrunde liegenden Persönlichkeit zu tun.»

Jeger J.: Die persönlichen Ressourcen und ihre Auswirkungen auf die Arbeits- und Wiedereingliederungsfähigkeit – Eine kritische Auseinandersetzung mit der «Überwindbarkeitspraxis». In: Riemer-Kafka G. (Hrsg.): Psyche und Sozialversicherung. Stämpfli Verlag (2014), S. 143.

Diese Beschreibung wurde übernommen in die Begutachtungsleitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie (2016), der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (2016) und der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (2017).

Die Bedeutung der Diagnosen (E. 2.1)

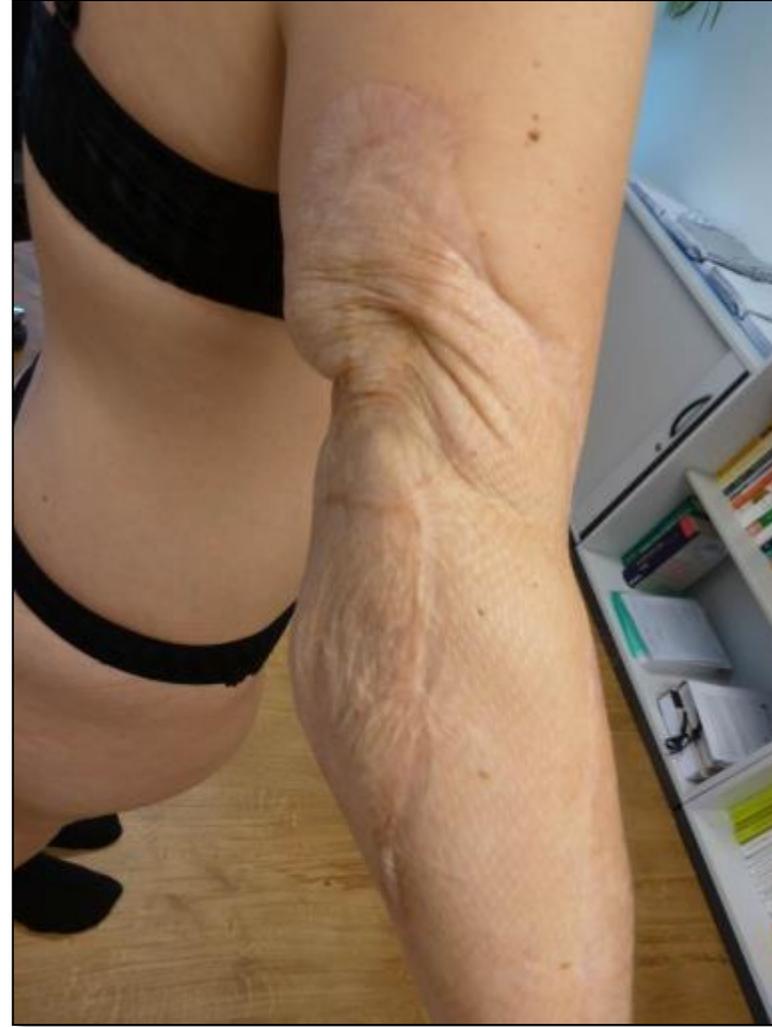
Rechtsprechung

- Die Diagnose ist «Referenz für allfällige Funktionseinschränkungen».
- Diagnosen sollen schlüssig hergeleitet werden. Diagnosen müssen für den Rechtsanwender nachvollziehbar sein.
- Der Gutachter muss sich an international gültige Diagnosekriterien halten.

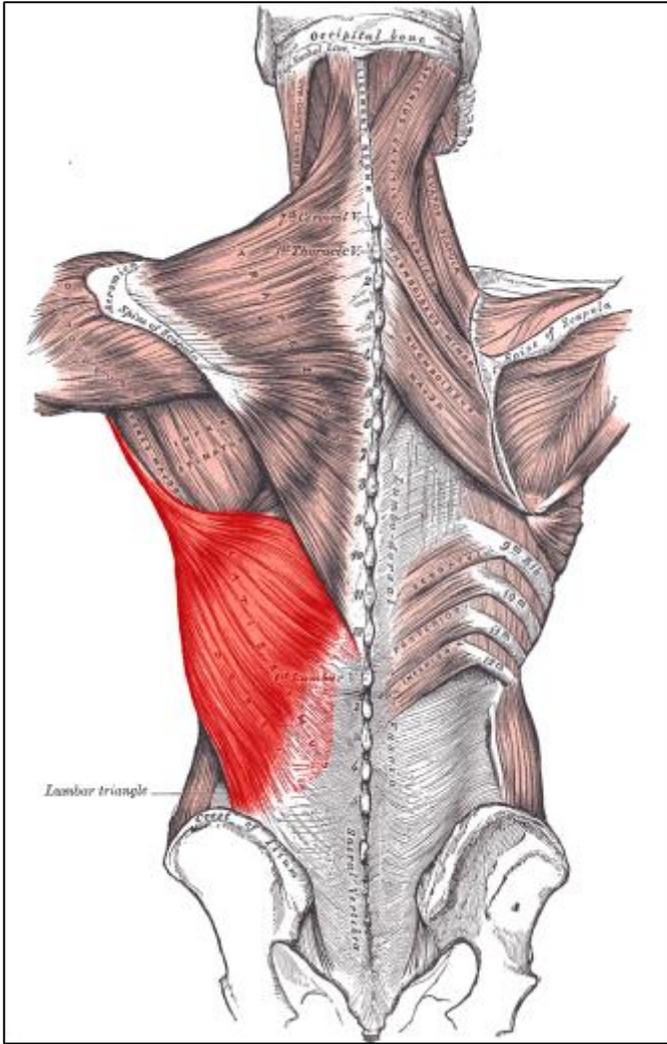
Probleme

- Nicht alle Diagnosen sind klar definiert. Es gibt Überlappungen.
- Beschränkte Aussagekraft von Diagnosen, fragwürdiger Definitionsprozess (Zeitgeist, kultureller Hintergrund, Abgrenzung von «gesund» gegen «krank», Modelle)
- Wie viel medizinisches Wissen darf der Gutachter beim Rechtsanwender voraussetzen?
- Gratwanderung zwischen unkommentiertem Hinschmettern von Diagnosen und seitenlangem Zitieren von Fachliteratur.
- Richtschnur: Je seltener die Krankheit, desto mehr Erklärungen braucht es.

Beispiel Latissimus dorsi Transfer



Musculus latissimus dorsi



Ursprung

- Dornfortsätze untere BWS und LWS, Kreuzbein, Darmbeinkamm

Ansatz

- Crista tuberculi minoris humeri (im oberen Teil des Oberarmes)

Funktion

- adduziert den Arm
- senkt den erhobenen Arm
- zieht ihn dorsalwärts
- rollt ihn nach innen
- wirkt mit Schulter- und Brustmuskel zusammen

Ordnung erleichtert das Leben



Begrenzte Aussagekraft von Diagnosen

- Diagnosen können die Vielfalt des menschlichen Lebens nicht 1 : 1 abbilden.
- Aus der Diagnose allein lassen sich aber kaum Rückschlüsse auf die funktionelle Leistungsfähigkeit ableiten.
- Zur Erfassung der funktionellen Leistungsfähigkeit sind andere Instrumente nötig (in Anlehnung an die ICF).
- Die ICF schafft baut die Brücke von der Diagnose zur Leistungsfähigkeit.
- Die ICF baut die Brücke von der Medizin zum Recht.

Indikator «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)

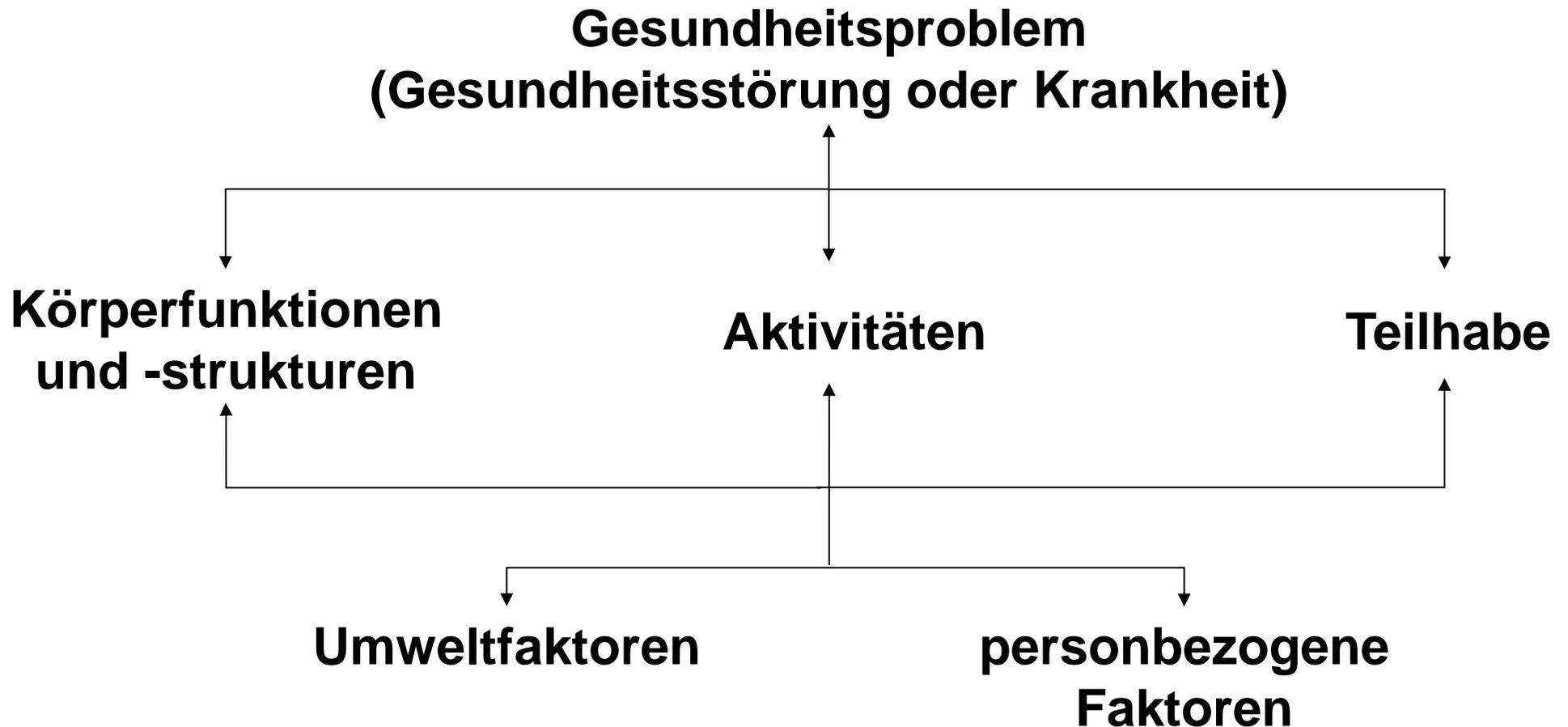
Rechtsprechung

- Die Gutachterin soll zum Schweregrad Stellung nehmen.
- Es geht laut BGE 141 V 281 um den funktionellen (nicht: strukturellen) Schweregrad

Probleme

- Es gibt nicht immer valide Parameter zur Beurteilung des Schweregrades (subjektive Komponente des Beurteilers).
- Auf welcher Ebene soll der Schweregrad beurteilt werden: Ebene der Symptome? Ebene der Befunde? Ebene des Therapieaufwandes? Ebene der Aktivität und Partizipation?
- Damit die Ebene der Aktivität und Partizipation erfasst werden kann, braucht man viele Zusatzinformationen.
- Ärztinnen und Ärzte müssen lernen, die Ebene der Aktivität und Partizipation zu erfragen (ICF-Denken).

Grundgerüst der ICF



International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO (2001).

Aktivität und Partizipation in der Anamnese

- Können Sie sich selber anziehen/ausziehen?
- Können Sie die Körperpflege selbständig bewältigen? Wozu benötigen Sie Hilfe?
- Welche Haushaltstätigkeiten üben Sie selber aus, bei welchen Tätigkeiten benötigen Sie Hilfe, was machen Sie gar nicht mehr selber?
- Treiben Sie Sport? Welchen Sport? Wie oft? War dies früher anders?
- Sind Sie Mitglied eines Vereins? Welche Hobbies üben Sie aus?
- Empfangen Sie Besuche? Gehen Sie zu Besuch?
- Gehen Sie ins Kino, ins Theater, ins Konzert, an sportliche Veranstaltungen?
- Können Sie Velofahren? Können Sie Autofahren? Wieviele km pro Jahr fahren Sie selber? Können Sie öffentliche Verkehrsmittel benützen?
- Wann haben Sie zum letzten Mal Ferien gemacht? Wo? Wie sind Sie gereist?
- Wie sieht ihr gegenwärtiger Tagesablauf aus?
- Was hindert Sie am meisten daran, einer bezahlten Arbeit nachzugehen?

Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

Rechtsprechung

- Ausprägung diagnoserelevanter Befunde
- Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz
- Es geht laut BGE 141 V 281 um den funktionellen (nicht: strukturellen) Schweregrad

Probleme

- Die Bewertung, wie ausgeprägt Befunde sind, ist einem Ermessensspielraum unterworfen.
- Variabilität der Befunde: Nicht alle Befunde sind zeitstabil. Längsschnitt beachten!
- Die Bewertung der bisherigen Behandlung benötigt viele Zusatzinformationen, die oft nicht in genügender Zuverlässigkeit vorliegen. Es gibt keine einheitliche Definition von «Therapieresistenz».
- Das individuelle Ansprechen auf eine Behandlung kann trotz Studienergebnissen nur sehr beschränkt vorausgesagt werden. (Cave: AF-Prognosen in Prozenten!)
- Die Gutachterin muss auch die Protokolle aus dem Eingliederungskontext einsehen und berücksichtigen.

Würdigung von Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

Rechtsprechung

- Komorbiditäten (auch somatisch/psychiatrisch) sollen gewürdigt werden.

Probleme

- In der Altersklasse ab 45 Jahren sind Komorbiditäten die Regel, nicht die Ausnahme.
- Komorbiditäten können sich gegenseitig ungünstig beeinflussen (vgl. koronare Herzkrankheit und Angststörung).
- Komorbiditäten erschweren die Behandlung (Absprache, Nebenwirkungen, Interaktionen, Aufwand).
- Bei Komorbiditäten ist es viel schwieriger, evidenzbasierte Medizin zu betreiben. Therapiestudien beschränken sich in der Regel auf Menschen mit *einer* Erkrankung.
- Komorbiditäten können sich als «Ressourcenfresser» auswirken.
- Im gutachterlichen Kontext: Wer ist zuständig für die Würdigung der Komorbiditäten?

Jeger J.: BGE 141 V 281: Ein Sommernachtstraum oder viel Lärm um Nichts? HAVE Nr. 2/2018, S. 151-170.

Komplex «Persönlichkeit» (E. 4.3.2)

Rechtsprechung

- Persönlichkeitsdiagnostik («vorbestehende Persönlichkeitsstruktur»), komplexe Ich-Funktionen.
- Beurteilung der persönlichen Ressourcen

Probleme

- Grundidee: Es spielt nicht allein eine Rolle, welche Krankheit vorliegt, sondern auch, wen die Krankheit getroffen hat!
- Es ist nicht klar definiert, was eine Persönlichkeitsdiagnostik ist. Wer ist dafür zuständig? Der Psychiater? Ein Psychologe unter Einsatz testpsychologischer Verfahren?
- Eine seriöse Persönlichkeitsdiagnostik ist sehr aufwändig. Die vorbestehende Persönlichkeitsstruktur ist oft schlecht dokumentiert.
- Es droht die Gefahr von pauschalisieren oberflächlichen Beurteilungen.
- Bei der Ressourcenbeurteilung müssen positive Anteile und Ressourcenfresser gegeneinander abgewogen werden.

Komplex «sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

Rechtsprechung

- Soziale Einflussfaktoren sind darzulegen.
- Soziale Faktoren können als Ressourcen dienen.

Probleme

- Die Beurteilung des Einflusses sozialer Faktoren auf die Ätiologie und den Verlauf der Erkrankung ist einer grossen subjektiven Komponente der Gutachterin ausgesetzt.
- Es gibt für diese Beurteilung keine publizierten validen Parameter. Die «IV-fremden Faktoren» sind schlecht definiert. Zu dieser rechtlichen Vorstellung gibt es kaum medizinische Forschung.
- Die unterschiedliche Beurteilung «IV-fremder Faktoren» erklärt vermutlich einen grossen Teil der Varianz psychiatrischer Gutachten.
- Man kann mit dieser Beurteilung «Politik» betreiben!

Jeger J.: Wer bemisst invaliditätsfremde (soziokulturelle und psychosoziale) Ursachen der Arbeitsunfähigkeit – der Arzt oder der Jurist? In: Schaffhauser R./Schlauri F. (Hrsg.): Sozialversicherungsrechtstagung 2008. Schriftenreihe IRP-HSG, St. Gallen, Band 57 (2009), S. 147-174.

Indikatoren zur «Konsistenz» (E. 4.4)

Rechtsprechung

- «Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz.»
- Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen.
- Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Probleme

- Ein gewisses Mass an Inkonsistenz gehört zu jedem menschlichen Leben. Die Konsistenz soll mit Augenmass beurteilt werden. Nur Vergleichbares vergleichen!
- Die Konsistenzbeurteilung ist eine wichtige intellektuelle Leistung des Gutachters, sie basiert in der Regel auf einer komplexen Mustererkennung.
- Testpsychologische Symptomvalidierungsverfahren gewinnen zunehmend an Bedeutung, aber auch diese haben Tücken.
- Es gibt auch Leute mit gravierenden Gesundheitsschäden, die übertreiben (Kombination «Läuse und Flöhe»).

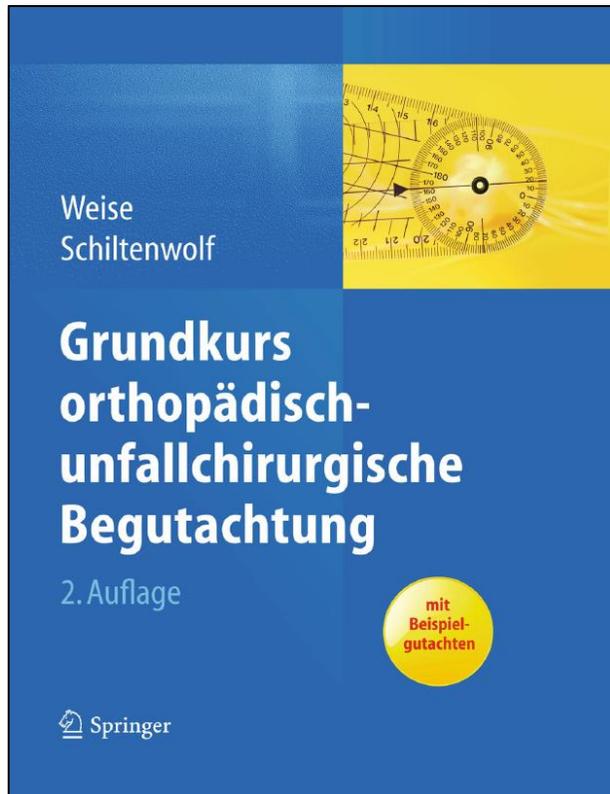
12 Schritte des Handwerks ärztlicher Begutachtung



1. Auftragsübergabe und Auftragsannahme
2. Datenerhebung – Aktenanalyse
3. Datenerhebung – Exploration
4. Datenerhebung – klinische Untersuchung
5. Datenerhebung – Zusatzuntersuchungen
6. Beurteilung – medizinischer Teil – Diagnosestellung
7. Beurteilung – medizinische Grundlagen für die Beantwortung der Fragen
8. Beurteilung – Übersetzung in juristische Begriffe
9. Entwicklung einer Hypothese über die Funktionseinschränkungen aufgrund der gestellten Diagnosen
10. Quantifizierung der Funktionseinschränkungen
11. Prüfung, wie verlässlich die gemachten Aussagen sind
12. Beantwortung der Fragen

Hoffmann-Richter, Jeger, Schmidt: Das Handwerk ärztlicher Begutachtung. Kohlhammer (2012).

Bausteine der Validierung von Beschwerden



- Beobachtung während der Exploration
- Fremdanamnese
- Klinische Untersuchungsbefunde
- Apparative Untersuchungsbefunde
- Selbsteinschätzungsskalen
- Beschwerdevalidierungstests
- Medikamentenmonitoring

Weise/Schiltewolf: Grundkurs orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung. Springer Verlag, 2. Aufl. (2014), S. 238.

Teilnehmende Beobachtung



- Untersuchung eines Körperteiles
- Beobachtung der Patientin
- Rückkoppelung zwischen Arzt und Patientin
- Mehrere Untersuchungsgänge parallel («Multitasking»)
- Frage bei unterschiedlichen Beobachtungen durch unterschiedliche Fachgutachter: Was ist der Anteil der Patientin? Was ist der Anteil des Gutachters?



Hoffmann-Richter, Jeger, Schmidt: Das Handwerk ärztlicher Begutachtung. Kohlhammer (2012), S. 79.

Konsistenzprüfung («7 D»)

- Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden
- Diskrepanzen zwischen massiven subjektiven Beschwerden (einschliesslich Selbsteinschätzung in Fragebögen) und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation
- Diskrepanzen zwischen eigenen Angaben und fremdanamnестischen 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 der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe
- Diskrepanzen zwischen dem erkennbaren klinischen Bild und den Ergebnissen in Selbstbeurteilungsskalen und/oder psychometrischen Tests (einschliesslich spezieller Beschwerdenuvalidierungstests)
- Diskrepanzen zwischen den zeitnah zur Untersuchung als eingenommen angegebenen Medikamenten und deren Nachweis im Blutserum

Weise/Schiltenswolf: Grundkurs orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung. Springer Verlag, 2. Aufl. (2014), S. 239f.

Kooperation = Ausdruck vorhandener Ressourcen?

Rechtsprechung (Urteil 9C_49/2017 vom 05.03.2018)

- «Mit Bezug auf den Indikator der Konsistenz [...] zeigt das asim-Gutachten, dass Motivation, Compliance und Glaubwürdigkeit des Beschwerdegegners bei der medizinischen Behandlung sowie auch im Rahmen eines Eingliederungsversuches positiv hervorgehoben worden sind, was auf das Vorliegen von Ressourcen hindeutet.»

Probleme

- Wenn jemand die geforderten Therapien und die Eingliederungsversuche mit guter Kooperation mitmacht, wird dies als Zeichen von vorhandenen Ressourcen gewertet.
- Wenn jemand bei den Therapien und bei der Eingliederung nicht kooperiert, wird ihm dies als Missachtung der Schadenminderungspflicht ausgelegt.
- Beide Situation wirken sich zu Ungunsten des Antragstellers aus...

«Ausschlussgründe» (E. 2.2.1)

Rechtsprechung

- Keine versicherte Gesundheitsschädigung liegt vor, wenn sie auf Aggravation und oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (Verweis auf BGE 131 V 49).

Probleme

- Wovon schliessen die Ausschlussgründe aus? Vom indikatorenorientierten Abklärungsverfahren oder vom Versicherungsschutz?
- Die Prüfung als vorgelagerte Hürde ist (zumindest für einen Mediziner) bedenklich. (*«Wenn Sie sich so verhalten, untersuche ich Sie gar nicht...»*)
- Was ist der Beitrag des Mediziners? Wohl in erster Linie eine fundierte Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung.
- Das Konzept des «Krankheitsgewinns» ist psychoanalytisch (S. Freud) geprägt, veraltet und einem grossen Interpretationsspielraum unterworfen.
- Es gibt keine exakte Definition für ein «normales» Krankheitsverhalten.
- Cave Kombination «Läuse und Flöhe»!

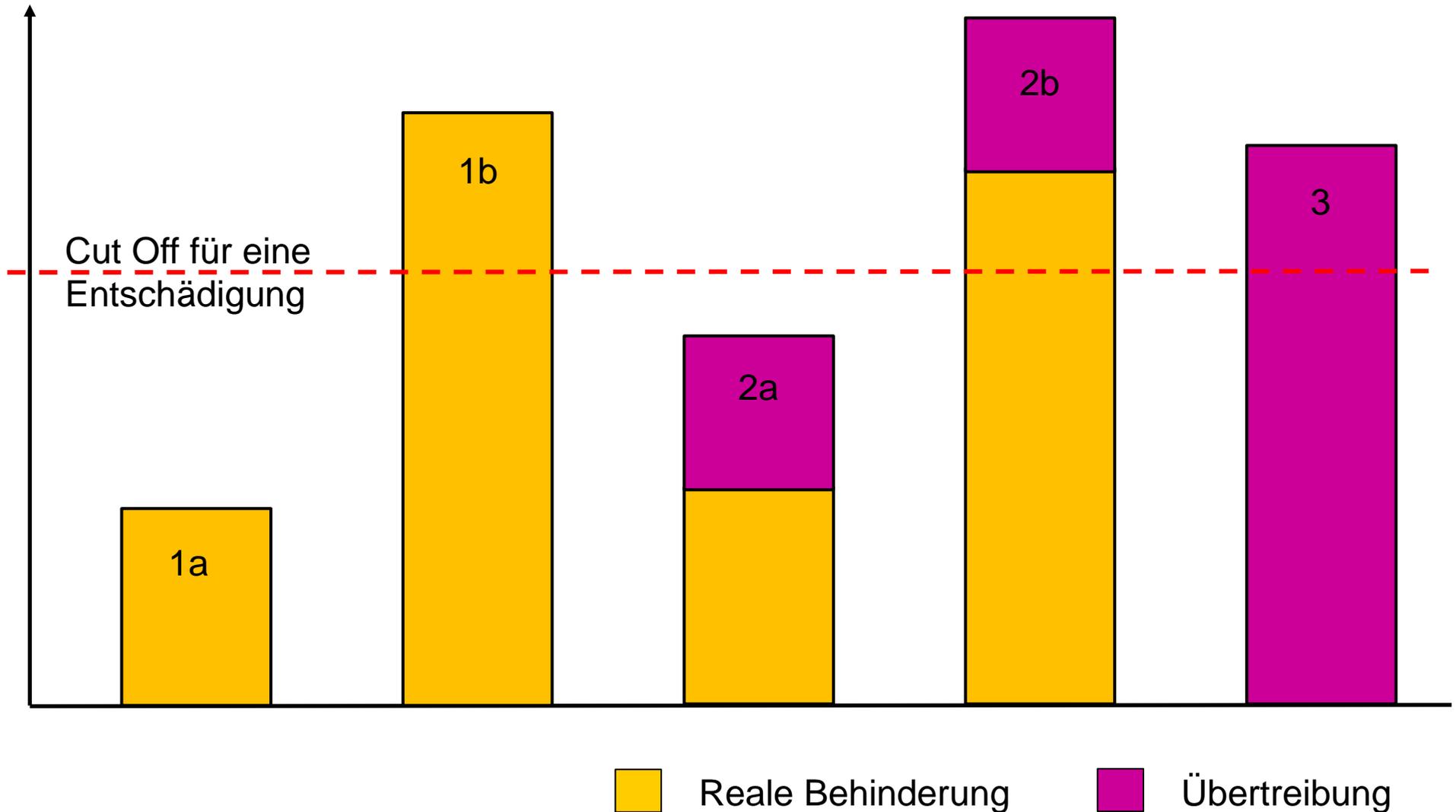
Theoretische Überlegungen zur Aggravation

1. Es besteht eine reale Behinderung, deren Ausmass aus objektiver Sicht so gross ist, wie sie vom Exploranden geltend gemacht wird.
 - a. Das Ausmass der Behinderung liegt unterhalb der Schwelle (Cut off Point), die von der Gesellschaft als unterstützungswürdig erachtet wird.
 - b. Das Ausmass der Behinderung liegt oberhalb der Schwelle (Cut off Point), die von der Gesellschaft als unterstützungswürdig erachtet wird.
2. Es besteht wohl eine Behinderung, sie wird vom Exploranden aber gravierender dargestellt als der Realität entspricht (Aggravation).
 - a. Das Ausmass der Behinderung liegt unterhalb der Schwelle (Cut off Point), die von der Gesellschaft als unterstützungswürdig erachtet wird.
 - b. Das Ausmass der Behinderung liegt oberhalb der Schwelle (Cut off Point), die von der Gesellschaft als unterstützungswürdig erachtet wird.
3. Es liegt keine reale Behinderung vor, es wird vom Exploranden aber eine Behinderung geltend gemacht (Simulation).

Jeger J.: Die Abklärung der Arbeitsunfähigkeit bei somatischen Gesundheitsstörungen. Luzerner Beiträge zur Rechtswissenschaft, Band 119, Schulthess Verlag (2016), S. 33-77.

Jeger J.: BGE 141 V 281: Ein Sommernachtstraum oder viel Lärm um Nichts? HAVE Nr. 2/2018, S. 151-170.

Theoretische Überlegungen zur Aggravation



Indikatorenprüfung bei allen Krankheiten?

Indikator	Psychosomatik	Somatik
1. Indikatoren zur Kategorie «funktioneller Schweregrad» a) Komplex «Gesundheitsschädigung» <ul style="list-style-type: none"> – Ausprägung diagnoserelevanter Befunde – Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz – Komorbiditäten (psychiatrisch und somatisch) 	Erforderlich gemäss BGE 141 V 281 E. 4.3.1 E. 4.3.1.1 E. 4.3.1.2 E. 4.3.1.3	Für somatische Erkrankungen geeignet.
a) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen)	Erforderlich gemäss BGE 141 V 281 E. 4.3.2	Persönlichkeitsdiagnostik für somatische Erkrankungen nicht erforderlich. Die Beurteilung müsste durch einen Psychiater erfolgen. Ressourcenbeurteilung sinnvoll. Problematik: Wer ist zuständig?
a) Komplex «sozialer Kontext»	Erforderlich gemäss BGE 141 V 281 E. 4.3.3	Für somatische Erkrankungen nicht zwingend erforderlich. Kann in der Regel nicht vom somatischen Arzt beurteilt werden.
2. Indikatoren zur Kategorie «Konsistenz» <ul style="list-style-type: none"> – gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen – behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck 	Erforderlich gemäss BGE 141 V 281 E. 4.4.1 E. 4.4.2	Für somatische Erkrankungen geeignet.
Stellungnahme zu den «Ausschlussgründen» nach BGE 131 V 49: Aggravation, sekundärer Krankheitsgewinn, vage Schilderung der Beschwerden, erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen (bzw. Beschwerden) und dem gezeigten Verhalten, Diskrepanz zwischen geschilderten Beschwerden und Inanspruchnahme von Therapien, demonstrativ vorgetragene Klagen, Behauptung von schweren Einschränkungen im Alltag bei weitgehend intaktem psychosozialem Umfeld.	Erforderlich gemäss BGE 141 V 281 E. 2.2.1, Verweis auf BGE 131 V 49	Für somatische Erkrankungen (mit Einschränkungen) geeignet.

Jeger J.: Die Abklärung der Arbeitsunfähigkeit bei somatischen Gesundheitsstörungen. In: G. Riemer-Kafka (Hrsg.): Das indikatorenorientierte Abklärungsverfahren. Luzerner Beiträge zur Rechtswissenschaft, Band 119, Schulthess Verlag (2017), S. 33-77.

Fazit der Indikatorenprüfung

- Die Indikatorenprüfung nach BGE 141 V 281 bietet gegenüber der alten «Überwindbarkeitspraxis» entscheidende Vorteile.
- BGE 141 V 281 beruht auf einem modernen Verständnis von Behinderung als Resultat der Interaktion zwischen dem betroffenen Menschen und seiner Umwelt.
- Das Bundesgericht hat gute Grundlagen gelegt. Es kommt jetzt darauf an, was die Gutachterinnen und die Rechtsanwender daraus machen.
- BGE 141 V 281 sollte auch die Anerkennung von Teilinvaliditäten ermöglichen (kein reines Schwarz-Weiss-Denken).
- Inkonsistente Haltung des Bundesgerichts zur Frage, ob es «Parallelbeurteilungen» von Medizin und Rechtsanwendung geben soll (BGE 141 V 281 E. 5.2.3 versus BGE 144 V 50 E. 6.1). Tendenz: Es gibt sie doch...

Herausforderungen bei der Indikatorenprüfung

- Begrenzte Informationen, die zur Verfügung stehen.
- Begrenzte Möglichkeiten des Aufwandes (z.B. in Bezug auf eine Persönlichkeitsdiagnostik).
- Nicht alle Krankheiten sind völlig trennscharf definiert.
- Die Schweregradbeurteilung ist nicht so einfach, wie man dies gemeinhin annimmt.
- Zu vielen Indikatoren besteht ein grosser Ermessensspielraum: Was ist ein gutes/ein schlechtes Umfeld? Was heisst: Er/sie verfügt über viele Ressourcen? Woran kann dies die Gutachterin erkennen?
- Die Würdigung von Komorbiditäten ist schwierig, sie fällt oft ins «Niemandland».
- Die Begutachtung ist insgesamt bedeutend aufwändiger geworden.

A scenic photograph of a sunset over the ocean. The sun is low on the horizon, creating a bright orange and yellow glow that reflects on the water's surface. The sky is filled with soft, colorful clouds. In the foreground, there are silhouettes of tree branches with green leaves hanging down from the top, and some dark foliage at the bottom left. The overall mood is peaceful and grateful.

BESTEN DANK!