Urteilskopf

141 V 281

32. Auszug aus dem Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung i.S. A. gegen IV-Stelle des Kantons Zug (Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten) 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015

Regeste (de):
Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 6-8 ATSG (insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG); psychosomatische Leiden und rentenbegründende Invalidität.

Feststellung der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung: Bedeutung der diagnostischen Voraussetzungen, auch für die Einschätzung der funktionellen Auswirkungen (E. 2.1). Tragweite der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 51 (E. 2.2).

Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit (E. 3-5): Aufgabe der Überwindbarkeitsvermutung (Änderung der Rechtsprechung; E. 3.4 und 3.5). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt (E. 3.6). Unveränderte Geltung der Grundsätze betreffend die Zumutbarkeit; Betonung der Konzepte der indirekten Beweisführung sowie der objektivierten Betrachtungsweise bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (E. 3.7).

Anpassung des Beurteilungsrasters, Rechtsnatur und Systematik des Indikatorenkatalogs; Erweiterung der Indikatoren im Hinblick auf die Erfassung von Ressourcen (E. 4.1). Anwendungsgebiet (E. 4.2). Auf den funktionellen Schweregrad bezogene Indikatoren (Änderung der Rechtsprechung betreffend die Elemente primärer Krankheitsgewinn und Komorbidität; E. 4.3). Auf die Konsistenz der funktionellen Beeinträchtigungen bezogene Indikatoren (E. 4.4).

Zuständigkeiten von Recht und Medizin: rechtliches Anforderungsprofil auf medizinischer Grundlage; erforderliche Umsetzung in medizinische Leitlinien (E. 5.1). Zusammenwirken bei der konkreten Invaliditätsbemessung (E. 5.2).

Zusammenfassung (E. 6).

Regeste (fr):
Art. 4 al. 1 LAI en corrélation avec les art. 6-8 LPGA (en particulier art. 7 al. 2 LPGA); affections psychosomatiques et invalidité qui fonde le droit à une rente.

Mise en évidence du syndrome douloureux somatoforme persistant: importance des éléments diagnostiques, également pour l'évaluation des répercussions fonctionnelles (consid. 2.1). Portée des facteurs d'exclusion définis à l' ATF 131 V 49 consid. 1.2 p. 51 (consid. 2.2).

Evaluation de la capacité, respectivement de l'incapacité, de travail (consid. 3-5): abandon de la présomption selon laquelle les troubles ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (changement de jurisprudence; consid. 3.4 et 3.5). La pratique actuelle fondée sur le modèle règle/exception est remplacée par une grille d'évaluation normative et structurée (consid. 3.6). Validité inchangée des principes dégagés en matière d'exigibilité; mise en exergue des concepts de la preuve indirecte et de l'approche objectivée en regard du fardeau de la preuve matériel qui incombe à la personne requérant le versement d'une rente (consid. 3.7).

Modification du schéma d'évaluation, nature juridique et plan systématique du catalogue des indicateurs; extension des indicateurs compte tenu de la prise en considération des ressources (consid. 4.1). Domaine d'application (consid. 4.2). Indicateurs en lien avec la gravité des limitations fonctionnelles (changement de

jurisprudence concernant les facteurs liés au profit primaire tiré de la maladie et à la comorbidité; consid. 4.3). Indicateurs en lien avec la cohérence des limitations fonctionnelles (consid. 4.4).

Répartition des compétences entre le droit et la médecine: exigences posées sur le plan juridique reposant sur un fondement médical; nécessité d'une transposition dans des directives médicales (consid. 5.1). Collaboration au moment de l'évaluation concrète de l'invalidité (consid. 5.2).

Résumé (consid. 6).

Regesto (it):
Art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 6-8 LPGA (in particolare art. 7 cpv. 2 LPGA); affezioni psicosomatiche e invalidità che legittima il diritto a una rendita.

Determinazione del disturbo da dolore somatoforme persistente: importanza dei presupposti diagnostici anche per la valutazione delle ripercussioni funzionali del danno alla salute (consid. 2.1). Portata dei motivi d'esclusione definiti nella DTF 131 V 49 consid. 1.2 pag. 51 (consid. 2.2).

Valutazione della (in)capacità al lavoro (consid. 3-5): abbandono della presunzione secondo cui i disturbi derivanti da sindrome somatoforme dolorosa o i loro effetti possono essere superati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile (cambiamento della giurisprudenza; consid. 3.4 e 3.5). La prassi corrente fondata sul modello regola/eccezione è sostituita da uno schema di valutazione normativo strutturato (consid. 3.6). Validità immutata dei principi riferiti all'esigibilità; richiamo dei concetti di prova indiretta e di valutazione oggettiva con onere della prova materiale a carico di chi rivendica il versamento di una rendita (consid. 3.7).

Modifica dello schema di valutazione, natura giuridica e piano sistematico del catalogo degli indicatori; ampiamento degli indicatori in considerazione delle risorse (consid. 4.1). Campo d'applicazione (consid. 4.2). Indicatori in relazione alla gravità delle limitazioni funzionali (cambiamento della giurisprudenza sui fattori correlati al profitto primario dedotto dalla malattia e alla comorbidità; consid. 4.3). Indicatori relativi alla coerenza delle limitazioni funzionali (consid. 4.4).

Ripartizioni di competenza tra diritto e medicina: esigenze di natura giuridica fondate su base medica; necessità di una trasposizione nelle direttive mediche (consid. 5.1). Interazione in sede di valutazione concreta dell'invalidità (consid. 5.2).

Riassunto (consid. 6).

Sachverhalt ab Seite 283

NB: Des extraits de cet arrêt ont été traduits en français et font suite au texte intégral allemand (traduction non officielle) 9C_492/2014
A. Die 1958 geborene A., Mutter von sechs erwachsenen Kindern (geb. 1979-1991), war von 1995 bis Mitte März 2012 als Küchengehilfin teilerwerbstätig. Im Juni 2012 meldete sie sich zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung an. Dabei erklärte sie, an verschiedenartigen gesundheitlichen Beschwerden zu leiden, welche sich rasch verschlimmerten (unter anderem Schmerzen an Rücken und Extremitäten, Schlafstörungen, Kraftlosigkeit und Niedergeschlagenheit). Die IV-Stelle des Kantons Zug (nachfolgend: IV-Stelle) klärte den

Sachverhalt ab und holte unter anderem ein psychiatrisches Gutachten des Dr. B. vom 30. April 2013 ein. Hernach stellte sie fest, es bestehe keine anspruchsbegründende Invalidität (Verfügung vom 26. Juni 2013).

B. Das Verwaltungsgericht des Kantons Zug wies die dagegen erhobene Beschwerde ab (Entscheid vom 8. Mai 2014).

BGE 141 V 281 S. 284

C.

C.a A. führt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten mit dem Rechtsbegehren, die IV-Stelle sei zu verpflichten, ihr eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventuell sei die Vorinstanz anzuweisen, ein interdisziplinäres Gerichtsgutachten "unter Wahrung der Mitwirkungsrechte und unter korrekter Fragestellung" einzuholen. Die IV-Stelle schliesst auf Abweisung der Beschwerde. A. nimmt zur Eingabe der Verwaltung Stellung. Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) verzichtet auf eine Stellungnahme.

C.b Die I. und die II. sozialrechtliche Abteilung haben zu folgenden Rechtsfragen ein Verfahren nach Art. 23 Abs. 1 BGG durchgeführt: 1.- Sind bei der Diagnostik anhaltender somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer psychosomatischer Störungen der Aspekt der funktionellen Auswirkungen sowie die Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 51 zu berücksichtigen? 2.- Ist das bisherige Regel/Ausnahmemodell (Überwindbarkeitsvermutung; BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50) in Weiterführung der Rechtsprechung (BGE 139 V 547) durch ein strukturiertes Beweisverfahren zu ersetzen und liegt demnach Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG nur vor, wenn mittels objektivierbarer Indikatoren nachgewiesen werden kann, dass der versicherten Person keine Arbeitsleistung mehr zuzumuten ist? 3.- Ist im strukturierten Beweisverfahren der Nachweis des funktionellen Schweregrades und der Konsistenz der Gesundheitsschädigung unter Verwendung der massgeblichen Indikatoren zu erbringen? Die beiden sozialrechtlichen Abteilungen haben diese Rechtsfragen mehrheitlich bejaht (Beschluss der Vereinigung der Abteilungen vom 13. Mai 2015). Das Bundesgericht heisst die Beschwerde teilweise gut.

Erwägungen

Aus den Erwägungen:

1.

1.1 Das kantonale Gericht würdigte das medizinische Dossier und folgerte, die Beschwerdeführerin sei nicht in rentenbegründendem Ausmass invalid. Für die Beschwerden sei kein organisches Korrelat gefunden worden (E. 5). Die Verwaltung habe die Beschwerdeführerin daher zu Recht (nur) psychiatrisch begutachten lassen (E. 7). Die vom psychiatrischen Administrativgutachter gestellten Hauptdiagnosen (anhaltende somatoforme Schmerzstörung,

BGE 141 V 281 S. 285

Somatisierungsstörung) seien unstrittig (E. 9.2). Im Rahmen einer selbständigen Überprüfung nach den Kriterien gemäss BGE 130 V 352 befasste sich die Vorinstanz sodann mit den gutachtlichen Schlussfolgerungen über die Arbeitsfähigkeit (E. 9.3). Die im kantonalen Beschwerdeverfahren nachgereichten ärztlichen Berichte (der Psychiatrischen Klinik C. vom 27./28. August 2013 über eine anderthalbmonatige stationäre Behandlung sowie des behandelnden Psychiaters Dr. D. vom 6. Dezember 2013) enthielten nicht wesentlich andere Diagnosen. Sie wiesen auch keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus. Soweit die behandelnden Ärzte überhaupt zur Frage der Arbeitsfähigkeit Stellung nähmen, seien deren Berichte nicht geeignet, die gutachterliche Einschätzung zu entkräften (E. 10.1).

1.2 Zu beurteilen ist die häufige Fallkonstellation eines Schmerzleidens, das mit gewissen weiterreichenden Symptomen (hier: grosse Erschöpfbarkeit) einhergeht und aus dem die IV-Stelle nach rechtlichen Massstäben keine anspruchserhebliche Arbeitsunfähigkeit ableitet, obwohl die versicherte Person über eine erhebliche Einschränkung ihres Leistungsvermögens klagt und auch verschiedene behandelnde Ärzte eine solche attestieren. Der Rechtsstreit bietet Anlass, die Rechtsprechung seit BGE 130 V 352 zu überdenken. Rechnung getragen werden soll dabei den Erfahrungen, die in den seit diesem Leiturteil vergangenen elf Jahren gesammelt werden konnten, sowie der Kritik der medizinischen und juristischen Lehre an der Rechtsprechung und ihrer Umsetzung.

2.

2.1 Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG (SR 830.1) ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 130 V 396).

2.1.1 Die Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 Ziff. F45.40) so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind. Bislang fokussiert die Anspruchsklärung im Zusammenhang mit der somatoformen Schmerzstörung vor allem auf die Anwendung des Kriterienkatalogs, somit auf die Beurteilung der funktionellen Auswirkungen des Leidens (dazu unten E. 3.2 und 4). Die Frage, ob die Schmerzstörung als Gesundheitsbeeinträchtigung überhaupt sachgerecht

festgestellt worden ist, wird in der Versicherungspraxis oft kaum beachtet. Dem diagnoseinhärenten Schweregrad der somatoformen Schmerzstörung ist vermehrt Rechnung zu tragen: Als "vorherrschende Beschwerde" verlangt wird "ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz" (Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], 9. Aufl.2014, Ziff. F45.4 S. 233). Im Gegensatz zu anderen psychosomatischen, beispielsweise dissoziativen, Störungen, die nicht schon an sich einen Bezug zum Schweregrad aufweisen, setzt die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung per definitionem Beeinträchtigungen der Alltagsfunktionen voraus (PETER HENNINGSEN, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, [nachfolgend: Probleme und offene Fragen], SZS 2014 S. 535, 539 [Gutachten des Prof. Dr. Peter Henningsen, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Technische Universität München, vom Mai 2014 zu Fragen der Schweizer Praxis zur Invaliditätsfeststellung bei somatoformen und verwandten Störungen]; HENNINGSEN/SCHICKEL,

in: Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Schneider und andere [Hrsg.],2012, S. 277); ICD-10 Ziff. F45.4 beschreibt als gewöhnliche Folge denn auch "eine beträchtliche persönliche oder medizinische Betreuung oder Zuwendung". Die schweizerische Versicherungspraxis beachtet diese grundlegenden Merkmale über weite Strecken nicht; die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung findet meistens ohne ausreichenden Bezug auf die funktionserhebliche Befundlage Eingang in ärztliche Berichte und Gutachten (zum Erfordernis einer kriteriengeleiteten Diagnosestellung vgl. E. COLOMB UND ANDERE, Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung, 2012 [vgl. unten E.5.1.2], Ziff. 6.2). Vermutlich wird deutlich zu häufig eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert (HANS GEORG KOPP, Die psychiatrische Begutachtung von Schmerzstörungen, Psychiatrie 4/2006 S. 11).

2.1.2 Die gutachtlichen Ausführungen zur Diagnose sind nicht nur im Hinblick auf eine gesicherte Feststellung des Krankheitswertes bedeutsam. Vielmehr werden die in der Klassifikation vorausgesetzten konkreten Beeinträchtigungen der Alltagsfunktionen bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wieder aufgegriffen. Die gestellte

Diagnose ist "Referenz für allfällige Funktionseinschränkungen" (Qualitätsleitlinien, Ziff. 6.3). In den "konsistenten Nachweis einer gestörten Aktivität und Partizipation" (JÖRG JEGER, Die persönlichen Ressourcen und ihre Auswirkungen auf die Arbeits- und Wiedereingliederungsfähigkeit - Eine kritische Auseinandersetzung mit der Überwindbarkeitspraxis [nachfolgend: Die persönlichen Ressourcen], in: Psyche und Sozialversicherung, Gabriela Riemer-Kafka [Hrsg.], 2014, S. 184, 186 und 191 f.) einzubeziehen sind nur funktionelle Ausfälle, die sich aus denjenigen Befunden ergeben, welche auch für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgebend gewesen sind. Die Einschränkung in den Alltagsfunktionen, welche begrifflich zu einer lege artis gestellten Diagnose gehört, wird mit den Anforderungen des Arbeitslebens abgeglichen und anhand von Schweregrad- und Konsistenzkriterien in eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit umgesetzt (RENATO MARELLI, Nicht können oder nicht wollen? Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei somatoformen Störungen, typische Schwierigkeiten und ihre Überwindung, SZS 2007 S. 329 und 339). Auf diesem Weg können geltend gemachte Funktionseinschränkungen über eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung bestätigt oder verworfen werden (BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296 und E. 3.3.2 am Anfang S. 297).

2.2 Die auf die Begrifflichkeit des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung führt im Weiteren nur dann zur Feststellung einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der - in der Praxis zu wenig beachteten - Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält.

2.2.1 Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns (dazu BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197) ergeben sich namentlich, 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 unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist

(BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 51 mit Hinweis auf KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997 S. 1434, die wiederum eine Untersuchung von WINCKLER und FOERSTER aufnehmen; ähnliche Aufstellungen bei: MOSIMANN/EBNER, "Objektiv nicht überwindbare" Erwerbsunfähigkeit: Überlegungen zu Art. 7 Abs. 2 ATSG aus juristischer und psychiatrischer Sicht, SZS 2008 S. 532; HENNINGSEN/SCHICKEL, a.a.O., S. 278 ff.; PETER HENNINGSEN, Wie werden psychosomatische Störungen begutachtet? Leitlinien für Grenzbereiche, in: Grenzwertige psychische Störungen, Vollmoeller [Hrsg.], 2004, S. 105 f.; THOMAS MERTEN, Lässt sich suboptimales Leistungsverhalten messen? Diagnostik bei Simulationsverdacht, in: Grenzwertige psychische Störungen, Vollmoeller [Hrsg.], 2004, S. 94; vgl. auch KOPP, a.a.O., S. 10 f.). Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (HENNINGSEN, a.a.O., S. 104).

2.2.2 Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen.

3.

3.1 Auf der zweiten Ebene der Anspruchsprüfung wird die Arbeits(un)fähigkeit beurteilt, das heisst, es werden die funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung qualitativ erfasst und quantitativ eingeschätzt. Hier stellt sich die Frage (nachfolgend E. 3.4-3.5), ob an der Vermutung festzuhalten ist, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist (statt vieler: BGE 137 V 64 E. 1.2 S. 66; zuletzt: BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3 S. 13). Zu klären ist zudem, wie es sich mit der Rechtsfigur der Überwindbarkeit als solcher verhält; nach Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG liegt eine Erwerbsunfähigkeit nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (E. 3.7).

3.2 Mit BGE
130 V 352 E. 2.2.2 S. 353 legte das Bundesgericht die Voraussetzungen fest, unter denen psychosomatische

Beschwerdebilder (vgl. BGE 137 V 64 E. 4.3 S. 69) einen Anspruch auf Invalidenrente auslösen können (zur Entstehungsgeschichte dieser Praxis BGE 135 V 201 E. 7.1.2 S. 212). In BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50 konsolidierte es die Kernerwägungen wie folgt: "Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und 6 S. 398 ff.). 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 längerdauernde 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 (...)."

3.3

3.3.1 Seit BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50 geht die Rechtsprechung ausdrücklich von der Vermutung aus, der versicherten Person sei eine Willensanstrengung zuzumuten, mit welcher die Folgen einer somatoformen Schmerzstörung (oder eines gleichgestellten Krankheitsbildes) überwunden werden könnten. Im Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 457/02 vom 18. Mai 2004 E. 7.3, nicht publ. in: BGE 130 V 396, hiess es dazu: "Die somatoforme Schmerzstörung ist nicht naturgesetzlich mit objektivierbaren funktionellen Einschränkungen verbunden (...). Daher ist es angezeigt, bei der Zumutbarkeitsprüfung zunächst von der Vermutung

auszugehen, dass die somatoforme Schmerzstörung grundsätzlich überwindbar ist, also die erwerbliche Leistungsfähigkeit nicht in invalidisierendem Ausmass beeinträchtigt (...). Im Einzelfall ist sodann aber zu prüfen, ob und inwieweit diese Vermutung durch Umstände entkräftet wird, welche annehmen lassen, dass die Umsetzung der (aus somatischer Sicht bestehenden) Leistungsfähigkeit unmöglich oder unzumutbar ist." Mit der Statuierung einer Vermutung sollte die in ATF 130 V 352 enthaltene Grundannahme verdeutlicht werden, wonach bei entsprechender Diagnose "in der Regel" keine andauernde, invalidisierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe; Unzumutbarkeit sei nur "in Ausnahmefällen" anzunehmen (ATF 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354). Die Rechtsprechung begründet die Vermutung unter anderem mit Hinweis auf die medizinische Empirie (so statt vieler ATF 132 V 393 E. 3.2 a.E. S. 399 mit Hinweisen). Medizinische (und auch juristische) Autoren bestreiten, dass eine solche Regel wissenschaftlich fundiert ist (HENNINGSEN, Probleme und offene Fragen, a.a.O., S. 522 ff., 526; JÖRG JEGER, Tatfrage oder Rechtsfrage? Abgrenzungsprobleme zwischen Medizin und Recht bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der Invalidenversicherung, SZS 2011 S. 601 f.; vgl. auch VIVIAN WINZENRIED, Die Überwindbarkeitspraxis, in: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, Kieser/Lendfers [Hrsg.], 2012, S. 231 ff.; UELI KIESER, Entwicklungen im Sozialversicherungsrecht, in: Personen-Schaden-Forum 2011, Weber [Hrsg.], 2011, S. 268 f.; GÄCHTER/TREMP, Schmerzrechtsprechung am Wendepunkt?, Jusletter 16. Mai 2011 Rz. 13). Aus juristischer Warte wird insbesondere argumentiert, es wäre Sache des Gesetzgebers, eine derartige Vermutung zu statuieren (JÖRG PAUL MÜLLER, Verfahrensgerechtigkeit in der Sozialversicherung, Jusletter 27. Januar 2014 Rz. 17; BETTINA KAHIL-WOLFF, Atteintes non objectivables à la santé: l' ATF 136 V 279 et d'autres développements dans la jurisprudence du Tribunal fédéral, JdT 2011 I S. 24).

3.3.2 Die juristische Lehre ging zunächst von einer Tatsachenvermutung aus: Die Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit werde zwar im Einzelfall, aber nach verallgemeinerten Regeln geprüft; die Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung führe insofern zu einer Beschränkung der Zumutbarkeitsprüfung, als sie vorschreibe, welche subjektiven und objektiven Gegebenheiten (Kriterien) dabei massgeblich seien (THOMAS GÄCHTER,

Die Zumutbarkeit und der sozialversicherungsrechtliche Beweis, in: Freiburger Sozialrechtstage 2008, Murer [Hrsg.], 2008, S. 259; BRUNNER/BIRKHÄUSER, Somatoforme Schmerzstörung - Gedanken zur Rechtsprechung und

deren Folgen für die Praxis, insbesondere mit Blick auf die Rentenrevision, BJM 2007 S. 185). Dazu trat die Auffassung, es handle sich um eine qualifizierte natürliche Vermutung (URS MÜLLER, Die natürliche Vermutung in der Invalidenversicherung, in: Festschrift für Erwin Murer zum 65. Geburtstag, Riemer-Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], 2010, S. 559; PHILIPP EGLI, Was soll das Verwaltungsverfahren? Gedanken zu einem rechtsstaatlichen IV-Abklärungsverfahren, dargestellt an der Gutachtens- und der Überwindbarkeitspraxis des Bundesgerichts, recht 31/2013 S. 73; GÄCHTER/TREMP, a.a.O., Rz. 6). Im Gegensatz zur einfachen natürlichen Vermutung, bei welcher das Gericht anhand der allgemeinen Lebenserfahrung aus konkreten Umständen auf einen bestimmten Sachverhalt schliesst, übernimmt eine (auch Normhypothese genannte) qualifizierte natürliche Vermutung die Funktion einer Norm, weil ein Erfahrungswert für gleich geartete Fälle allgemeingültig wirkt (U. MÜLLER, a.a.O., S. 551 f.). Sie betrifft demnach eine bundesgerichtlich frei überprüfbare Rechtsfrage (U. MÜLLER, a.a.O., S. 554 mit weiteren Hinweisen; Art. 95 BGG).

3.3.3 Das Bundesgericht hat sich zur Rechtsnatur der Vermutung nie ausdrücklich geäussert. Der Frage muss auch an dieser Stelle nicht weiter nachgegangen werden, wie sich aus dem Nachfolgenden ergibt.

3.4 Anhand der aktuellen medizinischen Erkenntnisse über psychosomatische Beschwerden ist zu prüfen, ob die Vermutung, das Leiden respektive seine Folgen seien überwindbar, weiterhin das richtige Instrument darstellt, um den beweismässigen Besonderheiten solcher gesundheitlicher Beeinträchtigungen gerecht zu werden.

3.4.1

3.4.1.1 In der Zeit vor BGE 130 V 352 akzeptierten die rechtsanwendenden Stellen bei Schmerzsyndromen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden häufig tel quel die Einschätzungen behandelnder Ärzte, welche sehr verbreitet von der Diagnose direkt auf Arbeitsunfähigkeit schlossen (vgl. ERWIN MURER, Invalidenversicherungsgesetz [Art. 1-27bis IVG], Handkommentar, 2014, N. 22 zu Art. 8a IVG; ders., Die verfehlte rechtliche Behandlung der "Versicherungsfälle unklarer Kausalität" und ihre Auswirkungen auf die Rentenexplosion in der IV, in: Freiburger Sozialrechtstage 2004, S. 3 ff.). Die Folgen waren eine ubiquitäre Verbreitung solcher Krankheitsbilder und eine starke Zunahme der rentenbeziehenden

Personen um 27 Prozent allein in der Zeit von Dezember 2000 bis Dezember 2005 (Bundesamt für Sozialversicherungen, IV-Statistik 2013, 2014, S. 21 f.). Hiedurch war die Einhaltung der gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen offensichtlich nicht mehr gewährleistet. Die mit BGE 130 V 352 S. 354 begründete Regel/Ausnahme-Vorgabe sollte die gesetzmässige Praxis wiederherstellen. Die Bedeutung der Überwindbarkeitsvermutung beschränkte sich auf dieses Ziel.

3.4.1.2 Später griff das Bundesgericht Lehrmeinungen auf, welche die Vermutung der Überwindbarkeit vorab als Frage der Beweisbarkeit ansahen (insbesondere JÖRG JEGER, Die Beurteilung der medizinischen Zumutbarkeit, in: Freiburger Sozialrechtstage 2008, Murer [Hrsg.], 2008, S. 118 ff.). Es betonte, dass dieses Konzept nicht nur eine Verschärfung der Beweisanforderungen bedeutet, sondern auch eine gewährleistende Dimension zugunsten der Versicherten umfasst, welche die Folgen tragen müssen, wenn die den Anspruchsvoraussetzungen zugrunde liegenden Tatsachen unbewiesen bleiben (BGE 139 V 547 E. 9.1.3 S. 566; BGE 140 V 290 E. 4.2 S. 298). Der Beweis über funktionelle Auswirkungen von unklaren Beschwerdebildern kann nicht anders als indirekt, im Sinne eines Ersatzbeweises, gestützt auf Indizien ("Hilfstatsachen" [HENNINGSEN, Probleme und offene Fragen, a.a.O., S. 533 und 538]) geführt werden (dazu HANS-JAKOB MOSIMANN, Perspektiven der Überwindbarkeit, [nachfolgend: Perspektiven], SZS 2014 S. 212 f.; kritisch: EVALOTTA SAMUELSSON, Wieviel Evidenz für welche Objektivität?, Jusletter 27. Januar 2014, passim). Diese beweisrechtliche Betrachtungsweise änderte noch nichts an der Regel/Ausnahme-Gewichtung, wie sie der Rechtsfigur der Überwindbarkeitsvermutung zugrunde liegt (vgl. BGE 139 V 547 E. 9.1 S. 565).

3.4.2 Indessen steht die Überwindbarkeitsvermutung in zweifacher Hinsicht einer umfassenden Abklärung der für die Arbeitsunfähigkeit massgebenden Umstände entgegen.

3.4.2.1 Zunächst führt die darin angelegte Konzentration auf Indizien, welche die Vermutung allenfalls entkräften könnten, dazu, dass vor allem nach - den Ausnahmefall (Arbeitsunfähigkeit) begründenden - belastenden Elementen gesucht, die Ressourcen hingegen tendenziell vernachlässigt werden. Der rechtlich geforderte Zumutbarkeitsmassstab gibt indessen vor, dass den gesundheitsbedingten Belastungen alle Gesichtspunkte gegenübergestellt werden, welche sich schadenmindernd auswirken (vgl. MOSIMANN/EBNER, a.a.O.,

S. 535 f.). Im Rahmen der Würdigung von Funktionseinschränkungen soll auch das positive Leistungsbild untersucht und nicht nur aufgezeigt werden, welche Defizite vorhanden sind, sondern das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen beschrieben werden (RENATO MARELLI, Das psychiatrische Gutachten, Einflüsse und Grenzen, in: Psyche und Sozialversicherung, Riemer-Kafka [Hrsg.], 2014, S. 85). Arbeitsunfähigkeit leitet sich gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungenund Ressourcen ab (zu den Ressourcen JÖRG JEGER, Die persönlichen Ressourcen, a.a.O., S. 131 ff., 147 f.; Versicherungsmedizinische Gutachten, Gabriela Riemer-Kafka [Hrsg.], 2. Aufl. 2012, S. 121). Häufig wird kritisiert, die Rechtsprechung baue auf ein unsachgemäss eng gefasstes (bloss bio-psychisches) Krankheitsmodell (so HUSMANN/RIESEN, Unklare Beschwerdebilder aus der Geschädigtenperspektive, in: Personen-Schaden-Forum 2015, Weber [Hrsg.], 2015, S. 47; PHILIP STOLKIN, Von der Europäischen Menschenrechtskonvention, den adäquaten Kausalzusammenhängen, den Normhypothesen und dem Gleichheitssatz, oder: Warum die bundesgerichtliche Rechtsprechung zum Gesundheitsbegriff das Diskriminierungsverbot verletzt - ein Erklärungsversuch, HAVE 2011 S. 386 f.). Der im Hinblick auf Rentenleistungen der Invalidenversicherung geltende enge Krankheitsbegriff klammert soziale Faktoren jedoch nur so weit aus, als es darum geht, die für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kausalen versicherten Faktoren zu umschreiben (vgl. Urteil 9C_776/2010 vom 20. Dezember 2011 E. 2.3.3, in: SVR 2012 IV Nr. 32 S. 127; JÖRG PAUL MÜLLER, Rechtsgutachten [mit MATTHIAS KRADOLFER], Stellungnahme aus der Sicht allgemein rechtsstaatlicher Grundsätze der Bundesverfassung und der EMRK, 2012, S. 32 f.; BRUNNER/BIRKHÄUSER, a.a.O., S. 185). Die funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen werden durchaus auch mit Blick auf psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren abgeschätzt, welche den Wirkungsgrad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen (vgl. THOMAS LOCHER, Die invaliditätsfremden Faktoren in der rechtlichen Anerkennung von Arbeitsunfähigkeit und Invalidität, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], 2003, S. 253; JEGER,

Die persönlichen Ressourcen, a.a.O., S. 177; ders., Wer bemisst invaliditätsfremde [soziokulturelle und psychosoziale]Ursachen der Arbeitsunfähigkeit - der Arzt oder der Jurist?, in: Sozialversicherungsrechtstagung 2008, Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], 2009, S. 166 ff.). Konsequenterweise soll das

Prüfungsprogramm so ausgestaltet werden, dass auch Ressourcen, welche das Leistungsvermögen begünstigen, tatsächlich erfasst werden.

3.4.2.2 Der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG) verpflichtet Verwaltung und Gericht, von Amtes wegen Gründe für und gegen das Vorliegen oder Fehlen eines Sachumstandes heranzuziehen. In der Doktrin wird zu Recht vorgebracht, diesem Grundsatz werde in der Praxis nur ungenügend nachgelebt (U. MÜLLER, a.a.O., S. 560; JEGER, Die persönlichen Ressourcen, a.a.O., S. 178). Tatsächlich verleitet die Überwindbarkeitsvermutung mitunter dazu, die kriterienorientierte Auswahl der massgebenden Sachverhaltselemente so zu gestalten, dass der Regelfall verwirklicht wird; dies wohl auch zum Ausgleich dafür, dass die Ressourcen (bisher) nicht den ihrer tatsächlichen Bedeutung entsprechenden Platz im Prüfungsraster erhalten. Ein solcher Bias begünstigt zudem Schematismen, welche der freien Beweiswürdigung und der Rechtsanwendung von Amtes wegen zuwiderlaufen (EGLI, a.a.O., S. 71 ff.; KAHIL-WOLFF, a.a.O., S. 24; GÄCHTER/TREMP, a.a.O., Rz. 16; BRUNNER/BIRKHÄUSER, a.a.O., S. 188 f.). Die so gestaltete Beurteilung ist - freilich in einem den Gründen gemäss E. 3.4.2.1 entgegengesetzten Sinne - nicht mehr auf umfassende Erkenntnis über das tatsächliche Leistungsvermögen ausgerichtet. Überdies begünstigt die Vermutung die Auffassung, die Überwindbarkeit sei unteilbar, so dass im Ausnahmefall letztlich immer nur eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in Frage komme (vgl. Urteile 9C_468/2013 vom 24. April 2014 E. 4.2 und 9C_710/2011 vom 20. März 2012 E. 4.4; dazu MOSIMANN, Perspektiven, a.a.O., S. 199; HUSMANN/RIESEN, a.a.O., S. 52; JEGER, Tatfrage oder Rechtsfrage, a.a.O., S. 599; THOMAS GÄCHTER, Grundsätzliche Einordnung von BGE 136 V 279, HAVE 2011 S. 57).

3.5 Die angeführten Überlegungen betreffen ernsthafte sachliche Gründe, die einem allfälligen Interesse an der Weiterführung einer auch langjährigen Praxis vorgehen. Die Voraussetzungen für eine Änderung der Rechtsprechung sind daher erfüllt (vgl. BGE 138 III 359 E. 6.1 S. 361; BGE 137 V 282 E. 4.2 S. 291; BGE 134 V 72 E. 3.3 S. 76). Die Überwindbarkeitsvermutung ist aufzugeben.

3.6 Daraus ergibt sich in methodischer Hinsicht Folgendes: Die Frage, ob die diagnostizierte Schmerzstörung zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führe, stellt sich nicht mehr im Hinblick auf die Widerlegung einer Ausgangsvermutung. Das bisherige Regel/

Ausnahme-Modell wird durch einen strukturierten, normativen (unten E. 5.1) Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren (vgl. E. 4) erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) anderseits - tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (vgl. PIERRE-ANDRÉ FAUCHÈRE, Somatoformer Schmerz, 2008, S. 279).

3.7

3.7.1 Zu betonen ist, dass die Aufgabe der Überwindbarkeitsvermutung an den Regeln betreffend die Zumutbarkeit nichts ändert, namentlich nicht am Erfordernis einer objektivierten Beurteilungsgrundlage. Nach Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG liegt eine Erwerbsunfähigkeit nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Damit ist eine langjährige Rechtsprechung Gesetz geworden. Demgemäss ist für die Frage, ob es der versicherten Person zuzumuten ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen, insofern eine objektivierte Betrachtungsweise massgeblich, als es nicht auf ihr subjektives Empfinden ankommen kann (Botschaft vom 22. Juni 2005 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [5. Revision], BBl 2005 4459, 4530 f. Ziff.1.6.1.5.3; BGE 140 V 290 E. 3.3 S. 296; BGE 139 V 547 E. 5.7 S. 557; BGE 135 V 215 E. 7.2 S. 229; BGE 130 V 352 E. 2.2.4 S. 355; BGE 127 V 294 E. 4c S. 298; BGE 109 V 25 E. 3c S. 28; BGE 102 V 165; MOSIMANN/EBNER, a.a.O., S. 524 f.; BRUNNER/BIRKHÄUSER, a.a.O., S. 184 ff.). Medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen, wie sie, gerichtsnotorisch, ärztlicherseits sehr oft unterstützt werden - wobei erst noch häufig gar keine konsequente Behandlung stattfindet -, sind auch künftig nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen.

3.7.2 Des Weitern bringt diese Änderung der Rechtsprechung keine Abkehr von der (zu lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen zur IV-Revision 6a ergangenen) Rechtsprechung gemäss BGE 139 V 547. Im Gegenteil wird die dort in einlässlicher Auseinandersetzung mit der legislatorischen und judiziellen Entwicklung (BGE 139 V 547 E. 5 und 6 S. 554 ff.) gewonnene Rechtserkenntnis, dass die Abschätzung der Folgen psychosomatischer Leiden auf die Arbeitsfähigkeit deutlicher, als es bisher die dort nachgezeichnete Rechtsprechung zum Ausdruck brachte, als Aufgabe - indirekter - Beweisführung zu positionieren ist (BGE 139 V 547 E. 7 S. 560 ff., insbesondere E. 7.2

S. 562), unter Berücksichtigung des verfügbaren medizinisch-psychiatrischen Wissens konsequent weitergeführt (in diesem Sinne schon BGE 140 V 193 und 290; oben E. 3.4.1.2). Unverändert ist sodann auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge der objektivierten Betrachtungsweise (oben E. 3.7.1) von der grundsätzlichen "Validität" (BGE 139 V 547 E. 8.1 S. 563) der die materielle Beweislast tragenden versicherten Person auszugehen ist.

3.7.3 Arbeits- resp. Erwerbsunfähigkeit ist in allen Fällen das Resultat der - einem objektivierten Massstab folgenden - Beurteilung, ob die versicherte Person trotz des ärztlich diagnostizierten Leidens einer angepassten Arbeit zumutbarerweise ganz oder teilweise nachgehen kann. Es fehlt daher am Gegenstand für eine gesonderte, weitergehende Prüfung einer Überwindbarkeit (vgl. etwa BGE 136 V 279 E. 3.3 S. 284; BGE 132 V 65 E. 5.1 S. 73). Ebensowenig kann es unter diesen Vorzeichen eine unüberwindbare Arbeitsunfähigkeit (BGE 136 V 279 E. 4.1 S. 285) geben. In dieser überschiessenden Form ist der Begriff Relikt der früheren Praxis zu den verschiedenen Spielarten der Versicherungsneurosen; diese ging davon aus, dass die neurotische Fixierung unter Umständen gelöst werden könne, wenn Versicherungsleistungen abgelehnt werden oder - wo gesetzlich vorgesehen - eine Abfindung ausgerichtet wird ("probatorische Leistungsverweigerung"; vgl. BGE 107 V 239 und BGE 102 V 165; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 504/82 vom 31. Oktober 1983, in: ZAK 1984 S. 341; ULRICH MEYER, Das Schleudertrauma, anders betrachtet, in: Ausgewählte Schriften, Gächter [Hrsg.], 2013, S. 302 f.; ders., Krankheit als leistungsauslösender Begriff im Sozialversicherungsrecht, in: Rechtsfragen zum Krankheitsbegriff, Gächter/Schwendener [Hrsg.], 2009, S. 17 und 21).

4. Zu klären bleiben die Auswirkungen der Praxisänderung auf den Kriterienkatalog nach BGE 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354 f. Dieser umfasst Standard-Faktoren, anhand welcher die funktionelle Tragweite der für die

Diagnose massgeblichen Befunde (oben E. 2.1.2) auf dem Weg indirekter Beweisführung (E. 3.4.1.2 und 3.7.2) rechtlich erhärtet werden kann (unten E. 5.2).

4.1

4.1.1 Nach Aufgabe des Konzepts der Vermutung konzentriert sich die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens, wie erwähnt, nicht mehr auf die Widerlegung einer Ausgangsannahme, die

Schmerzstörung sei nicht invalidisierend. Im Fokus stehen daher vermehrt auch Ressourcen, welche die schmerzbedingte Belastung kompensieren können und damit die Leistungsfähigkeit begünstigen (oben E. 3.4.2.1). Dieser neue Ansatz führt zu Anpassungen in der Formulierung der Indikatoren. Auch ist im Zuge der Preisgabe der Überwindbarkeitsvermutung eine gewisse sachliche Erweiterung der massgeblichen Prüfungsgesichtspunkte angezeigt. Dabei kann beim bisherigen Kriterienkatalog angeknüpft werden (vgl. dazu auch den Katalog in der [deutschen]AWMF-Leitlinie "Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden" ["Empfehlung 143"]; HENNINGSEN, Probleme und offene Fragen, a.a.O., S. 534; unten E. 5.1.2). Nach wie vor gilt, dass die Handhabung des Katalogs stets den Umständen des Einzelfalls gerecht werden muss. Es handelt sich nicht um eine "abhakbare Checkliste" (Urteil 8C_420/2011 vom 26. September 2011 E. 2.4.2 mit Hinweis auf VENZLAFF/FOERSTER, Psychiatrische Begutachtung, 4. Aufl., München 2004, S. 650). Im Übrigen ist auch der Katalog als solcher nicht unverrückbar, sondern grundsätzlich offen gegenüber neu etablierten medizinischen Erkenntnissen; diese prägen als Rechtstatsachen die Ausgestaltung des Katalogs mit (vgl. unten E. 5.1). So drängt es sich nunmehr auf, die vorrangige Beachtlichkeit der psychischen Komorbidität aufzugeben und auf die Heranziehung des primären Krankheitsgewinns zu verzichten (E. 4.3.1.1 und 4.3.1.3).

4.1.2 Die bisherige Bezeichnung "Kriterien" legt nahe, es handle sich dabei um Merkmale, welche für eine Entscheidung in dem Sinne bedeutsam sind, dass von mehreren vorgegebenen Szenarien eines zutreffe. Nach Aufgabe der Vermutung, welche durch eine ergebnisoffene Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens als zentralem Beweisgegenstand abgelöst wird, scheint der Begriff des Kriteriums nicht mehr geeignet. Das Bundesgericht spricht fortan von Indikatoren, einem Begriff, der massgebliche Beweisthemen bezeichnet, anhand welcher ein bestimmter Sachverhalt ermittelt wird (vgl. dazu auch HENNINGSEN, Probleme und offene Fragen, a.a.O., S. 533 und 541).

4.1.3 Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren können nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden: Kategorie "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3)
Komplex "Gesundheitsschädigung" (E. 4.3.1)
Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)
Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) Komplex "Sozialer Kontext" (E. 4.3.3)

Kategorie ”Konsistenz” (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2). Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (vgl. oben E. 3.4.1.2 und 3.7.2).

4.2 Das Gesagte und noch Auszuführende gilt für die anhaltende somatoforme Schmerzstörung und für vergleichbare psychosomatische Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3 S. 13).

4.3 Auf den funktionellen Schweregrad bezogene Indikatoren bilden das Grundgerüst der Folgenabschätzung (KOPP/MARELLI, ”Somatoforme Störungen, wie weiter?”, SZS 2012 S. 255). Die daraus gezogenen Folgerungen müssen einer Konsistenzprüfung standhalten (dazu unten E. 4.4).

4.3.1 Zum Komplex Gesundheitsschädigung drängen sich folgende Bemerkungen auf.

4.3.1.1 Als erster Indikator zu nennen ist die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome. Feststellungen über die konkreten Erscheinungsformen der diagnostizierten Gesundheitsschädigung helfen dabei, Funktionseinschränkungen, welche auf diese Gesundheitsschädigung zurückzuführen sind, von den (direkten) Folgen nicht versicherter Faktoren zu scheiden (oben E. 3.4.2.1 zweiter Abs.). Ausgangspunkt ist der diagnoseinhärente Mindestschweregrad (oben E. 2.1.1; vgl. HENNINGSEN, Probleme und offene Fragen, a.a.O., S. 535 und 539). Spielen auf der andern Seite Ausschlusskriterien (BGE 131 V 49 E. 1.2 a.E. S. 51) eine gewisse Rolle, ohne dass deswegen eine rechtserhebliche Gesundheitsschädigung a priori auszuschliessen wäre (vgl. oben E. 2.2.2), sind die auf Aggravation

usw. hinweisenden Umstände zu bewerten. Die Schwere des Krankheitsgeschehens ist auch anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren. Insbesondere die Beschreibung der somatoformen Schmerzstörung in ICD-10 Ziff. F45.4 hebt ätiologische Faktoren hervor: Merkmal der Störung ist, dass sie ”in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen” auftritt, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt (dazu EGLE/NICKEL, Die somatoforme Schmerzstörung, Der medizinische Sachverständige [MedSach]2007 S. 129). Hingegen sollen Rückschlüsse auf den Schweregrad nicht mehr über den Begriff des primären Krankheitsgewinns erfolgen. Dabei handelt es sich um ein psychoanalytisches Konzept, das viele Vertreter anderer psychiatrischer Schulen skeptisch betrachten oder ablehnen. Nach HENNINGSEN ist der primäre Krankheitsgewinn als ”stark an eine bestimmte Schule der Psychotherapie gebundenes und untersucherabhängiges Konstrukt kaum reliabel zu erheben” (Probleme und offene Fragen, a.a.O., S. 540; vgl. auch JEGER, Die persönlichen Ressourcen, a.a.O., S. 169 f.).

4.3.1.2 Behandlungserfolg oder -resistenz, also Verlauf und Ausgang von Therapien, sind wichtige Schweregradindikatoren. Das definitive Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation des Versicherten durchgeführten Therapie weist auf eine negative Prognose hin (zu den Behandlungszielen bei der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung FAUCHÈRE, a.a.O., S. 219 f.; HANS MORSCHITZKY, Somatoforme Störungen, 2007, S. 271 ff.). Wenn dagegen die erfolglos gebliebene Behandlung nicht (mehr) dem aktuellen Stand der Medizin entspricht oder im Einzelfall als ungeeignet erscheint, so ist daraus für den Schweregrad der Störung nichts abzuleiten (vgl. Urteil 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 3.2, in: SVR 2011

IV Nr. 26 S. 73). Psychische Störungen der hier interessierenden Art gelten nach der Rechtsprechung nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angehbar sind, was sich e contrario aus der ständigen Rechtsprechung ergibt (statt vieler Urteil 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1 mit Hinweisen). Daran ist festzuhalten. Bei einem erst relativ kurze Zeit andauernden - somit noch kaum chronifizierten - Krankheitsgeschehen dürften regelmässig noch therapeutische Optionen bestehen, eine Behandlungsresistenz also ausgeschlossen sein. Dies zeigt, dass die Frage nach der Chronifizierung einer (”anhaltenden”)

somatoformen Schmerzstörung bei der Beurteilung des Schweregrades meist nicht wesentlich weiter führt: Ohne langjährige, verfestigte Schmerzentwicklung ist eine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit kaum vorstellbar; Entsprechendes gilt schon für die Diagnose (HENNINGSEN, Probleme und offene Fragen, a.a.O., S. 536). Soweit im Übrigen aus der Inanspruchnahme von Therapien und der Kooperation auf Vorhandensein oder Ausmass des Leidensdrucks zu schliessen ist, geht es um die Konsistenz der Auswirkungen einer Gesundheitsschädigung (unten E. 4.4.2). Rückschlüsse auf den Schweregrad einer Gesundheitsschädigung ergeben sich nicht nur aus der medizinischen Behandlung, sondern auch aus der Eingliederung im Rechtssinne. Denn so wie die zumutbare ärztliche Behandlung (welche, unter Vorbehalt von Art. 12 IVG, nicht zulasten der Invalidenversicherung geht) die versicherte Person als eine Form von Selbsteingliederung in die Pflicht nimmt, hat sich jene in beruflicher Hinsicht primär selbst einzugliedern und, soweit angezeigt, hat sie an entsprechenden Eingliederungs- und Integrationsmassnahmen (Art. 8 f., Art. 14 ff. IVG) teilzunehmen. Fallen solche Massnahmen nach ärztlicher Einschätzung in Betracht, bietet die Durchführungsstelle dazu Hand und nimmt die rentenansprechende Person dennoch nicht daran teil, gilt dies als starkes Indiz für eine nicht invalidisierende Beeinträchtigung. Umgekehrt kann eine trotz optimaler Kooperation misslungene Eingliederung im Rahmen einer gesamthaften, die jeweiligen Umstände des Einzelfalles berücksichtigenden Prüfung bedeutsam sein.

4.3.1.3 Die bisherige Rechtsprechung hat der psychiatrischen Komorbidität herausragende Bedeutung beigemessen (so noch BGE 139 V 547 E. 9.1.1 S. 565). Diese Präponderanz des Leitkriteriums lässt sich nicht länger aufrechterhalten, da sie empirisch nicht belegt ist (HENNINGSEN, Probleme und offene Fragen, a.a.O., S. 539 f.; JEGER, Die persönlichen Ressourcen, a.a.O., S. 166 f.; ders., Die Entwicklung der Foerster-Kriterien und ihre Übernahme in die bundesgerichtliche Rechtsprechung [nachfolgend: Entwicklung]Jusletter 16. Mai 2011 Rz. 137). Die psychische Komorbidität ist nicht mehr generell vorrangig, sondern lediglich gemäss ihrer konkreten Bedeutung im Einzelfall beachtlich, so namentlich als Gradmesser dafür, ob sie der versicherten Person Ressourcen raubt (JEGER, Die persönlichen Ressourcen, a.a.O., S. 167 f.; KOPP, a.a.O., S. 12). Der bisher verwendete Zusatz ”von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer” war Ausdruck der früheren Funktion als

Ausnahmekriterium sowie von dessen vorrangigem Stellenwert. Zufolge der in beiden Punkten geänderten Rechtsprechung verlieren die genannten Attribute insofern ihre Funktion. Die bisherigen Kriterien ”psychiatrische Komorbidität” und ”körperliche Begleiterkrankungen” sind zu einem einheitlichen Indikator zusammenzufassen. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Eine Störung, welche nach der Rechtsprechung als solche nicht invalidisierend sein kann (vgl. E. 4.3.1.2; Urteil 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2, in: SVR 2011 IV Nr. 17 S. 44; dazu: Grenzwertige psychische Störungen, Wolfgang Vollmoeller[Hrsg.],2004,

passim), ist nicht Komorbidität (vgl. Urteil 9C_1040/2010 vom 6. Juni 2011 E. 3.4.2.1, in: SVR 2012 IV Nr. 1 S. 1), sondern allenfalls im Rahmen der Persönlichkeitsdiagnostik (unten E. 4.3.2) zu berücksichtigen. Das Erfordernis einer Gesamtbetrachtung gilt grundsätzlich unabhängig davon, wie es um den Zusammenhang zwischen dem Schmerzsyndrom und der Komorbidität bestellt ist. Daher verliert beispielsweise eine Depression nicht mehr allein wegen ihrer (allfälligen) medizinischen Konnexität zum Schmerzleiden jegliche Bedeutung als potentiell ressourcenhemmender Faktor (so noch beispielsweise die Urteile 9C_210/2012 vom 9. Juli 2012 E. 3.1; I 176/06 vom 26. Februar 2007 E. 5.2, in: SVR 2008 IV Nr. 1 S. 1; zum komplexen Verhältnis zwischen Schmerz und Depression: FAUCHÈRE, a.a.O., S. 74 ff.). Beschwerdebilder jedoch, die bloss als diagnostisch unterschiedlich erfasste Varianten derselben Entität mit identischen Symptomen erscheinen, sind von vornherein keine Komorbidität (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 767/03 vom 9. August 2004 E. 3.3.2). Andernfalls würde die auf mehrere Arten erfass- und beschreibbare Gesundheitsbeeinträchtigung doppelt veranschlagt (vgl. Urteil 9C_709/2009 vom 14. Dezember 2009 E. 4.1.4 a.E.).
Fraglich ist, ob zwischen der Anzahl der nicht ausreichend organisch erklärten Körperbeschwerden (bzw. der Anzahl von somatoformen Syndromen in verschiedenen Erscheinungsformen) und dem Schweregrad der funktionellen Beeinträchtigung ein linearer Zusammenhang besteht (so HENNINGSEN, Probleme und offene Fragen, a.a.O., S. 523 und 536). Ein solcher Zusammenhang wäre jedenfalls nicht in eine starre Vorgabe umzusetzen. Denn eine Handhabung im Sinne von "je grösser die Anzahl der Einzelbeschwerden, desto höher die funktionelle Einschränkung" ginge in Richtung

derjenigen Art von - schematischem - Prüfkriterium, die es nach dem Gesagten gerade zu vermeiden gilt (oben E. 4.1.1; siehe auch HENNINGSEN, Probleme und offene Fragen, a.a.O., S. 533 und 541). Es bestünde die Gefahr, dass in derPraxis einzelne Symptome und Befunde bloss aneinandergereiht undrein quantitativmechanisch bewertet würden, was den Blick auf die Gesamtwirkung des Beschwerdebildes für den Funktionsstatus verstellte.

4.3.2 Mit dem schon mehrfach erwähnten stärkeren Einbezug der Ressourcenseite gewinnt der Komplex der Persönlichkeit (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) an Bedeutung (dazu KOPP/MARELLI, a.a.O., S. 257 f.; MARELLI, Nicht können oder nicht wollen?, a.a.O., S. 332 ff.). Das Bundesgericht hat in einem früheren Entscheid bereits auf "eine auffällige vorbestehende Persönlichkeitsstruktur" Bezug genommen (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 457/02 vom 18. Mai 2004 E. 7.4, nicht publ. in: BGE 130 V 396, aber in: SVR 2005 IV Nr. 6 S. 21). Neben den herkömmlichen Formen der Persönlichkeitsdiagnostik, die auf die Erfassung von Persönlichkeitsstruktur und -störungen abzielt (vgl. FAUCHÈRE, a.a.O., S. 101 ff.), fällt auch das Konzept der sogenannten "komplexen Ich-Funktionen" in Betracht. Diese bezeichnen in der Persönlichkeit angelegte Fähigkeiten, welche Rückschlüsse auf das Leistungsvermögen zulassen (u.a. Selbst- und Fremdwahrnehmung, Realitätsprüfung und Urteilsbildung, Affektsteuerung und Impulskontrolle sowie Intentionalität [Fähigkeit, sich auf einen Gegenstand zu beziehen]und Antrieb; KOPP/MARELLI, a.a.O., S. 258; MARELLI, Nicht können oder nicht wollen?, a.a.O., S. 335 ff.). Auf die Kontroverse hinsichtlich der komplexen Ich-Funktionen in der psychiatrischen Doktrin (vgl. die Beiträge von FELIX SCHWARZENBACH und RENATO MARELLI, SZS 2008 S. 555 ff.; MARELLI, Nicht können oder nicht wollen?, a.a.O., S. 339 f.) braucht nicht näher eingegangen zu werden. Entscheidend ist nicht die begriffliche Herkunft, sondern die Eignung dieser Kategorien, zur Klärung der funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung beizutragen. Wo dies nach den Umständen des Einzelfalles zutrifft, ist von diesem Ansatz Gebrauch zu machen. Da die Persönlichkeitsdiagnostik mehr als andere (z.B. symptom- und verhaltensbezogene) Indikatoren untersucherabhängig ist (vgl. HENNINGSEN, Probleme und offene Fragen, a.a.O., S. 537), bestehen hier besonders hohe Begründungsanforderungen. Diesen Konturen zu verleihen, wird Aufgabe noch zu schaffender medizinischer Leitlinien sein (vgl. unten E. 5.1.2).

4.3.3 Neben den Komplexen "Gesundheitsschädigung" und "Persönlichkeit" bestimmt auch der soziale Kontext mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; dazu oben E. 2.1.2 und 3.4.2.1 zweiter Abs.). Anderseits hält der Lebenskontext der versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird (vgl. Versicherungsmedizinische Gutachten, Riemer-Kafka [Hrsg.], 2012, S. 121). Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren Regelungsabsicht des Gesetzgebers.

4.4 Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (KOPP/ MARELLI, a.a.O., S. 256). Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien.

4.4.1 Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) anderseits gleich ausgeprägt ist (vgl. Versicherungsmedizinische Gutachten, Riemer-Kafka [Hrsg.],a.a.O., S. 121; MOSIMANN, Perspektiven, a.a.O., S. 214; SUSANNE BOLLINGER HAMMERLE, Invalidisierende Krankheitsbilder nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, in: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2015, Kieser/Lendfers [Hrsg.],2015, S. 114; zur praktischen gutachtlichen Erfassung der einschlägigen Umstände: KOPP, a.a.O., S. 10). Aus den schon erwähnten Gründen ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs wiederum so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern (vgl. JEGER, Die persönlichen Ressourcen, a.a.O., S. 168 f.). Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend

gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (Urteile 9C_148/2012 vom 17. September 2012 E. 2.2.4, in: SVR 2013 IV Nr. 6 S. 13; 9C_785/ 2013 vom 4. Dezember 2013 E. 3.2).

4.4.2 Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; oben E. 4.3.1.2) auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist (HENNINGSEN, Probleme und offene Fragen, a.a.O., S. 537). Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist (vgl. JEGER, Die persönlichen Ressourcen, a.a.O., S. 171). In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-)Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung.

5. Der dargestellte Prüfungsraster ist rechtlicher Natur. Es fragt sich, wofür Recht und Medizin zuständig sind, das heisst, wie es sich im Einzelnen mit der Arbeitsteilung der beiden Disziplinen verhält (E. 5.1) und wie sie bei der Ermittlung der Arbeitsunfähigkeit im konkreten Einzelfall zusammenwirken (E. 5.2).

5.1

5.1.1 Die bundesgerichtliche Rechtsprechung hat ursprünglich psychiatrische Prognosekriterien (vgl. BGE 135 V 201 E. 7.1.2 S. 212; KLAUS FOERSTER, Begutachtung der Erwerbsfähigkeit bei Patienten mit psychogenen Störungen, SZS 1996 S. 486 ff., 498) zu einem rechtlichen Anforderungsprofil verselbständigt (Urteil 9C_776/2010 vom 20. Dezember 2011 E. 2.4; vgl. auch Urteil 8C_420/2011 vom 26. September 2011 E. 2.4) und insoweit der medizinischen Diskussion entzogen (kritisch dazu JÖRG JEGER, Die persönlichen Ressourcen, a.a.O., S. 163 ff.; ders., Entwicklung, Rz. 133 ff. und 159; MATTHIAS KRADOLFER, Rechtsgutachten [mit JÖRG PAUL MÜLLER], Pathogenetisch-ätiologisch syndromal unklare Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage: Rechtsgutachten zur Vereinbarkeit mit der EMRK, 2012, Rz. 164 ff.;

SCASASCIA KLEISER/SAMUELSSON, Wieviel Leid ist zumutbar? Über die höchstrichterliche Vermutung der Überwindbarkeit von Schmerzerkrankungen, Jusletter 17. Dezember 2012 Rz. 37). Auch die hier eingeführten Indikatoren sind nicht unmittelbar vom (herrschenden) medizinisch-empirischen Kenntnisstand abhängig. Im Unterschied zur Medizin hat das Recht eine einheitliche und rechtsgleiche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu gewährleisten (BGE 135 V 201 E. 7.1.3 S. 213; MOSIMANN, Perspektiven, a.a.O., S. 212; BOLLINGER HAMMERLE, a.a.O., S. 111; ULRICH MEYER, Somatoforme Schmerzstörung - ein Blick zurück auf eine Dekade der Entwicklung [nachfolgend: Dekade], in: Sozialversicherungsrechtstagung 2010, Schaffhauser/Kieser [Hrsg.], 2011, S. 19 und 31 f.). Dies verlangt nach einer objektivierten Zumutbarkeitsbeurteilung, welche durch Verwendung von - juristisch, jedoch unter Berücksichtigung der medizinischen Empirie, festgelegten - Standardkriterien zu harmonisieren ist. Da die Rechtsanwendung auf geänderte Rechtstatsachen (rascher) reagieren kann (vgl. oben E. 4.1.1), besteht kein Grund, um in dieser Hinsicht eine funktionelle Zuständigkeit des Gesetzgebers anzunehmen.

5.1.2 Der rechtliche Anforderungskatalog beschränkt sich auf einen Grundbestand von normativ massgeblichen Gesichtspunkten. Innerhalb dieses Rahmens muss die Begutachtungspraxis durch konkretisierende Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften angeleitet werden (vgl. JEGER, Tatfrage oder Rechtsfrage, a.a.O., S. 602 f.). In diesen soll der aktuelle medizinische Grundkonsens zum Ausdruck kommen. Bezüglich Leitlinien der (psychiatrischen) Begutachtung besteht dringender Handlungsbedarf. Bisher bestehende Leitlinien (E. COLOMB UND ANDERE, Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung, Februar 2012[Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,(SGPP), und Schweizerische Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie, (SGVP)]; Leitlinien der SGVP für die Begutachtung psychosomatischer Störungen, SAeZ 2004 S. 1048 ff.) vereinheitlichten die methodischen, formalen und inhaltlichen Grundanforderungen (MARELLI, Das psychiatrische Gutachten, a.a.O., S. 76 f. und 83 ff.). Spezifische Leitlinien zur versicherungsmedizinischen Begutachtung somatoformer Störungen - im Sinne eines "materiellen Beurteilungskorridors" (MEYER, Dekade, a.a.O., S. 29) - stehen indessen noch aus. In Deutschland gibt es seit langem entsprechende Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF; vgl. genanntes Urteil 9C_776/2010 E. 2.4 a.E.;

SCHNEIDER UND ANDERE, Manual zum Leitfaden, in: Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Schneider und andere [Hrsg.], 2012, S. 425 ff.; JEGER, Die persönlichen Ressourcen, a.a.O., S. 192; ders., Tatfrage oder Rechtsfrage, a.a.O., S. 596, 602 f.). Die Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (VOLKER DITTMANN UND ANDERE) haben zuhanden des BSV eine "Literaturstudie als Grundlage zur Entwicklung von evidenzbasierten Gütekriterien zur Beurteilung von psychischen Behinderungen" (2009) erarbeitet. Die Autoren stellen einen "immensen Forschungsbedarf bezüglich der Entwicklung und Validierung von Kriterien, Indikatoren und Merkmalen für die Beschreibung von Gesundheitsstörungen in der Versicherungsmedizin" fest und empfehlen, künftige Leitlinien unter anderem zu den somatoformen Störungen aufgrund einer stark zu erweiternden Datenbasis zu entwickeln. Zur Erhebung von deren Implementierungsgrad und zur Bestimmung der Effekte der Leitlinienanwendung sei eine begleitende Evaluation zwingend (S. 37 ff.). In künftige Leitlinien einzubeziehen sein werden auch Schlussfolgerungen aus der laufenden Nationalfonds-Studie des Universitätsspitals Basel "Reliable psychiatrische Begutachtung im Rentenverfahren" (RELY-Studie), welche die Verlässlichkeit einer funktionsorientierten psychiatrischen Begutachtung untersucht.

5.2

5.2.1 Über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung hat sich das Bundesgericht verschiedentlich, auch jüngst, geäussert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 137 V 64 E. 5.1 S. 69). Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit (MOSIMANN, Perspektiven, a.a.O., S. 206 und 210). Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196; ULRICH MEYER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], 2003, S. 49).

5.2.2 In diesem Sinne lautet die normativ bestimmte Gutachterfrage, wie die sachverständige Person das Leistungsvermögen einschätzt, wenn sie dabei den einschlägigen Indikatoren folgt. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; vgl. BGE 137 V 64 E. 1.2 in fine S. 66). Dies sichert die einheitliche und rechtsgleiche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296; BGE 135 V 201 E. 7.1.3 S. 213).

5.2.3 Jedenfalls in der Invalidenversicherung tragen Recht und Medizin, je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten, zur Feststellung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit bei. Das heisst, dass die medizinischen Gutachter nicht, wie häufig anzutreffen, eine quasi freihändige Beurteilung abgeben und daneben noch

Grundlagen liefern sollen, anhand derer die Rechtsanwender eine von der subjektiven ärztlichen Einschätzung losgelöste Parallelüberprüfung vornehmen. Es gibt keine unterschiedlichen Regeln gehorchende, getrennte Prüfung einer medizinischen und einer rechtlichen Arbeitsfähigkeit. Daher existiert entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin auch keine "sozialpolitische Zurechenbarkeit im Sinne einer Sonderadäquanz", welche gesondert von der Arbeitsunfähigkeit - diese verstanden als "medizinische Tatfrage der fehlenden Möglichkeit, eine bestimmte Tätigkeit ausüben zu können" - zu betrachten wäre.

6. Zusammenfassend ergibt sich, dass die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss (E. 2). Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit (E. 3) bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges (E. 3.4.1.1) mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe bzw. (seit dem Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 457/02 vom 18. Mai 2004 E. 7.3, nicht publ. in: BGE 130 V 396; BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung (E. 3.1, 3.2 und 3.3.1). Deren Rechtsnatur kann offenbleiben (E. 3.3.2 f.). Denn an

dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten (E. 3.4 und 3.5). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt (E. 3.6). An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG - ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) - ändert sich dadurch nichts (E. 3.7). An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren (E. 4). Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad (E. 4.3) und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen (E. 4.4). Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes (E. 4.3.1.1) und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität (E. 4.3.1.3) ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 Ingress). Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren (E. 5.1) wie auch bei deren - rechtlich gebotener - Anwendung im Einzelfall zusammen (E. 5.2). Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden (E. 4.2) die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen.

7. Nach den dargelegten Anpassungen im Prüfungsprogramm stellt sich die Kognition des Bundesgerichts (Art. 95 lit. a, 97 Abs. 1 und 105 Abs. 1 und 2 BGG) wie folgt dar (vgl. BGE 137 V 64 E. 1.2 S. 66): Im Hinblick auf die Beurteilung, ob eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung - oder ein vergleichbares psychosomatisches Leiden - invalidisierend wirkt, zählen als Tatsachenfeststellungen, welche das Bundesgericht nur eingeschränkt überprüfen kann, alle Feststellungen der Vorinstanz, die auf der Würdigung von ärztlichen Angaben und Schlussfolgerungen betreffend Diagnose und Folgenabschätzung beruhen. Als Rechtsfrage frei überprüfbar ist hingegen, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der

rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) schliessen lassen.

8. In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 137 V 210 E. 6 in initio S. 266). In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen.

9. Die Beschwerdeführerin beantragt, bei der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie sei ein Grundsatzgutachten einzuholen über die Grundsätze, nach denen unklare Beschwerdebilder zu beurteilen seien; das Verfahren sei zu diesem Zweck zu sistieren. Dies erübrigt sich schon deswegen, weil sich der versicherungsmedizinisch definierte Gegenstand der Begutachtung im Einzelfall (Bestimmung der Arbeitsunfähigkeit) seinerseits nach rechtlichen Vorgaben richtet. Ein allenfalls veränderter medizinischer Konsens über die Umsetzung dieser Grundsätze kann umgekehrt in die Rechtspraxis einfliessen (oben E. 5.1.1). Die zuständigen medizinischen Fachgesellschaften werden den aktuellen Stand der Erkenntnisse zuhanden der gutachterlichen Praxis in Leitlinien fassen (vgl. BGE 140 V 260 E. 3.2.2 S. 262; E. 5.1.2).

10. Für den konkreten Fall ergibt sich:

10.1

10.1.1 Die Beschwerdeführerin rügt unter anderem, die vorinstanzliche Prüfung der Arbeitsfähigkeit erfolge weitgehend losgelöst von den Einschätzungen des Administrativgutachters, welcher freilich seinerseits keine Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte. Der angefochtene Entscheid beruhe auf offensichtlich unrichtiger Feststellung des Sachverhalts. Dieser Vorwurf ist unbegründet. Die angesprochenen

Erwägungen betreffen eine Rechtsfrage, nicht eine Sachverhaltsfeststellung. Denn ein Gericht bedient sich zwar grundsätzlich der gleichen Indikatoren, an denen sich schon die gutachterliche Einschätzung orientiert hat; es prüft aber frei, ob die gutachtlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit einzig auf den gesetzlich vorgesehenen kausalen Faktoren (gesundheitliche Einschränkungen im engeren Sinne) beruht und ob die gutachtlichen Schlussfolgerungen den rechtlich vorausgesetzten Zumutbarkeitsvorgaben entsprechen (oben E. 5.2.2). Zudem wendet es die allgemeinen Beweiswertkriterien rechtlicher Natur an (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232).
Die Rüge wäre also begründet, wenn die Vorinstanz vom Sachverständigen bereitgestellte Entscheidungsgrundlagen unbeachtet gelassen hätte, ohne dass dieses Vorgehen aufgrund der Würdigung des Gutachtens im Kontext mit den weiteren medizinischen Berichten gerechtfertigt wäre, wenn sie gutachtliche Erkenntnisse offensichtlich unrichtig erfasst hätte, wenn sie unzulässig in den Aufgabenbereich der Medizin eingegriffen hätte (vgl. oben E. 5.2) oder wenn die Umsetzung der gutachtlichen Schlussfolgerungen in die rechtliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht mit dem spezifischen Erkenntnisziel der Indikatoren im Einzelnen oder in ihrer Gesamtheit (oben E. 4) zu vereinbaren wäre. Nichts davon trifft hier zu.

10.1.2 Die Vorinstanz hielt fest, die gutachterlich diagnostizierte leicht- bis höchstens mittelgradige depressive Episode entspreche einer reaktiven Symptomatik, somit einer unselbständigen Begleiterscheinung der Schmerzkrankheit. Das depressive Geschehen sei daher praxisgemäss nicht als psychische Komorbidität zu betrachten, zumal es auch nicht genügend schwer wiege (angefochtener Entscheid E. 9.3). Hierbei übersieht die Vorinstanz den Umstand, dass sich die Beschreibung einer erheblich reduzierten Belastbarkeit respektive einer andauernden, ausgeprägten Kraftlosigkeit und Müdigkeit - und damit einhergehenden Schmerzzunahme - wie ein roter Faden durch das Gutachten zieht. Behandelnde Ärzte haben gleichartige Beobachtungen zum Anlass genommen, eine mittelgradige depressive Störung zu diagnostizieren (vgl. etwa die Berichte der Psychiatrischen Klinik C. vom 27./28. August 2013 und des behandelnden Psychiaters Dr. D. vom 6. Dezember 2013). Angesichts der administrativgutachtlichen Feststellungen über eine stark herabgesetzte Belastbarkeit besteht keine unüberbrückbare Diskrepanz zu den Stellungnahmen der behandelnden Ärzte. Wenn der

Gutachter die anhaltende Erschöpfung (anders als die behandelnden Ärzte) nicht einer depressiven Störung zuordnen wollte, drängt sich die Frage auf, ob dieser Befund insofern nicht zu einer anderen Einschätzung des Schweregrades der Schmerzstörung hätte führen müssen, zumal persönlichkeitsdiagnostische Auffälligkeiten (unter anderem "ängstliche Persönlichkeitsanteile") zu veranschlagen sind und die Anamnese Gründe für eine erhöhte Vulnerabilität der Beschwerdeführerin aufweist (kriegsbedingte Flucht, langandauernde Überlastung im Zusammenhang mit der prekären Existenz ihrer achtköpfigen Familie, dazu EGLE/NICKEL, a.a.O., S. 129; vgl. oben E. 3.4.2.1).

10.1.3 Unter diesen Umständen verbietet sich - nach dem in E. 8 Gesagten - ein abschliessendes Abstellen auf die verfügbaren medizinischen Grundlagen. Es fehlt insbesondere an einer umfassenden Beurteilung nach Massgabe der bei der Beschwerdeführerin - anamnestisch, aktuell und prognostisch - relevanten Indikatoren. Grundsätzlich wäre es denkbar, die offenen Punkte mit einer ergänzenden Stellungnahme des psychiatrischen Administrativgutachters zu bereinigen. Angesichts der in den E. 2-5 vorgenommenen Anpassungen ist indessen dem Eventualbegehren zu entsprechen und die Sache zur Einholung eines Gerichtsgutachtens an die Vorinstanz zurückzuweisen.

10.2 Es bleibt die Frage nach dem fachlichen Umfang der neuen Expertise. Die Beschwerdeführerin beantragt eine interdisziplinäre Begutachtung. Das kantonale Gericht habe den Untersuchungsgrundsatz verletzt (Art. 61 lit. c ATSG), indem es ein psychiatrisches Gutachten genügen liess. Da neben dem psychiatrisch zu erfassenden gesundheitlichen Geschehen auch eine "immer wieder attestierte" Fibromyalgie im Raum stehe, hätte die Vorinstanz nach Auffassung der Beschwerdeführerin auf eine rheumatologische Begutachtung nicht verzichten dürfen. In diesem Zusammenhang vertritt die Beschwerdeführerin die These, Fibromyalgie und somatoforme Schmerzstörung stellten "zwei ätiologisch unterschiedliche Krankheitsbilder" dar (dazu oben E. 4.3.1.3; vgl. BGE 132 V 65). Wohl mag das Schmerzleiden der Beschwerdeführerin alternativ mit der rheumatologischen Diagnose der Fibromyalgie erfassbar sein (vgl. A. BATRA, Fibromyalgie und somatoforme Schmerzstörung aus psychiatrischer Sicht, MedSach 2007 S. 124 ff.). Die betreffenden Befunde sind aber auch mit der psychiatrischen Kategorie der somatoformen Schmerzstörung abschliessend zu klassifizieren (vgl. FAUCHÈRE, a.a.O.,

S. 49 f.; zur Fachkompetenz psychiatrischer und rheumatologischer Sachverständiger hinsichtlich von Schmerzzuständen mit massgeblicher psychogener Komponente: Urteil 9C_621/2010 vom 22. Dezember 2010 E. 2.2.2 und Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 704/03 vom 28. Dezember 2004 E. 4.1.1). Eine psychiatrische Expertise genügt, weil das Beschwerdebild keine weiteren Befunde einschliesst, die originär rheumatologischer Natur wären (vgl. den Bericht des Dr. I., Medizinische Klinik am Spital J., vom 26. April 2012).

10.3 Ein abschliessender materieller Entscheid anhand des gegebenen medizinischen Dossiers ist nicht möglich. Die Sache wird an das kantonale Gericht zurückgewiesen, damit es ein psychiatrisches Gerichtsgutachten (bei einem anderen Sachverständigen) einhole und gestützt darauf neu entscheide. Was das Begehren der Beschwerdeführerin angeht, die Vorinstanz sei zu verpflichten, ein Gerichtsgutachten "unter Wahrung der Mitwirkungsrechte und unter korrekter Fragestellung" einzuholen, so verstehen sich diese Anforderungen im Grundsatz von selbst. Im Einzelnen verfügt das kantonale Gericht aber auch über Spielräume der Verfahrensgestaltung, welche nicht vorab verengt werden dürfen.

11.

11.1 Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen im Sinne von Art. 66 Abs. 1 sowie Art. 68 Abs. 1 und 2 BGG, unabhängig davon, ob sie beantragt und ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (BGE 137 V 210 E. 7.1 S. 271 mit Hinweisen).