



Die neue Gutachtensstruktur in der Invalidenversicherung

Einleitung

Die Rechtsprechung hat sich im Jahr 2015 in Bezug auf die Beweisführung im Verfahren der IV grundsätzlich neu positioniert.¹ Im Vordergrund steht hierbei eine offene, ressourcenorientierte Beurteilung der erwerbsbezogenen Fähigkeiten der versicherten Person. Das Bundesgericht hat sich hierbei mit den sogenannten Standardindikatoren ein Instrumentarium an Themen und Kriterien geschaffen, die beachtet und beurteilt werden müssen, wenn es um die Entscheidung über einen Leistungsanspruch in der Invalidenversicherung geht. Waren diese Standardindikatoren vom Bundesgericht ursprünglich lediglich für psychosomatische Leiden entwickelt worden, so wurden diese in jüngster Zeit auf alle psychischen Leiden und in etwas anderer und verkürzter Form auch auf die somatischen Leiden ausgedehnt.² Die neue Gutachtenstruktur ist so angelegt, dass sie Informationen zu sämtlichen Indikatoren beinhaltet. Gleichzeitig wurde darauf geachtet, dass sich die Gutachtenstruktur künftig an einer medizinischen Logik der Gutachtenerarbeitung orientiert.

Erläuterungen zur Gutachtensstruktur und den einzelnen Themen

Unter dem ersten Punkt «**Ausgangslage und Formelles**» werden die formellen Aspekte der Gutachtenerstellung abgehandelt. Die Vorgabe soll verhindern, dass wichtige Angaben vergessen oder verloren gehen. Ein Gutachten sollte nicht durch einen formalen Fehler oder eine formale Nachlässigkeit anfechtbar sein. Neu sowohl im Gutachtenauftrag als auch in der Gliederung ist der strukturierte Punkt «Anlass und Umstände der Begutachtung». Bisher gab es keine einheitliche Regelung, wie konkret diese Thematik vom Auftraggeber aus zu formulieren ist. Es war für die Gutachterstellen nicht immer einfach, den genauen Grund und vor allem auch den genauen Stand des Verfahrens aus den Unterlagen herauszusuchen. Nun werden die IV-Stellen und die RAD verpflichtet, im Vorfeld des Gutachtenauftrags sich sowohl zum Verfahrensstand als auch zum medizinischen Sachverhalt und der sich daraus ergebenden Fragestellung genau zu äussern. Auch konkrete Angaben zur bisherigen Tätigkeit müssen im Auftrag nochmals explizit formuliert werden. Hierdurch wird es für die Gutachter einfacher, den Fokus der gutachterlichen Bemühungen zu erkennen und das Gutachten entsprechend vorzubereiten und zu erstellen. Nur gute und präzise Fragestellungen können auch klare gutachterliche Aussagen und Schlussfolgerungen zur Folge haben. Die Fragestellungen sind prägnant zu formulieren. Lange Listen von teilweise redundanten, scheinbar individuell formulierten Fragestellungen sind obsolet. Diese Angaben aus dem Gutachtenauftrag müssen vom Gutachter in das Gutachten übertragen werden. Im Falle unklarer oder unvollständiger Angaben zu Verfahrensstand, Sachverhalt und Fragestellung können die Gutachterstellen um Präzisierung oder Vervollständigung bitten. Substantielle Verbesserungen bei der Qualität der medizinischen Gutachten im Verfahren der IV sind nur möglich, wenn sich Auftraggeber und Auftragnehmer gleichermaßen ernsthaft darum bemühen. In der «Übersicht der verwendeten

¹ Vgl. [BGE 141 V 281](#) sowie [Kocher, Ralf; Hermelink, Monika \(2017\): „Medizinische Beurteilung und Begutachtung in der IV“](#), in *Soziale Sicherheit* CHSS Nr. 4/2017, S. 41 – 45 [Kocher, «Ressourcenorientierte Abklärungen – Bundesgerichtsurteil als Chance für die IV»](#), in *Soziale Sicherheit* CHSS Nr. 5/2015, S. 279 – 281.

² Vgl. etwa betreffend die psychischen Leiden die Urteile [8C 130/2017](#) und [8C 841/2016](#) jeweils vom 30. November 2017 und betreffend den somatischen Leiden das Urteil [8C 350/2017](#) ebenfalls vom 30. November 2017 Erw. 5.4 (Das Bundesgericht erachtet die Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens nach Massgabe der einschlägigen Indikatoren beim Vorliegen rein somatischer Beschwerden zwar für nicht notwendig. Allerdings verlangt es für die Anerkennung eines Rentenanspruchs trotz allem das Vorliegen eines relevanten Gesundheitsschadens mit entsprechender Begründung und Herleitung der Diagnose, die genaue, schlüssige und umfassende Erhebung, Herleitung und Dokumentation der Symptome und ihrer Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit und deren konsistenter Nachweis mittels einer sorgfältigen Plausibilitätsprüfung).

Quellen» ist nur kurz zur Übersicht darzustellen, welche Datengrundlagen zur Gutachtenerstellung verwendet wurden, was man erhalten hat, was man selbst besorgt oder erhoben hat. Hier sollen keine inhaltlichen Zusammenfassungen von einzelnen Aktenstücken stehen.

Der **Aktenauszug** (Punkt 2 der Gliederung) ist ein Bestandteil von Gutachten, der in der Praxis sehr unterschiedlich ausgestaltet ist. Es ist nicht im Sinne des Auftraggebers, dass der Gutachter sämtliche Aktenstücke aufzählt. Hierfür gibt es das Aktenverzeichnis der vom Auftraggeber überstellten Akten. Im Aktenauszug sollen jene Dokumente aufgeführt und inhaltlich kurz zusammengefasst werden, die für den zu begutachtenden medizinischen Sachverhalt von Information und Bedeutung sind. Wichtig ist, dass sämtliche eine Wertung beziehungsweise Würdigung enthaltende medizinische Beurteilungen der Akte (z.B. Beurteilungen zuhanden anderer Versicherer, IV- Arztberichte) hier aufgeführt und kurz dargestellt werden. Wichtig ist auch, dass diese Dokumente dann im Bereich der Beurteilung kritisch diskutiert werden. Sämtliche in der Diskussion erwähnten Dokumente müssen unbedingt im Aktenauszug dargestellt sein. Ein wesentlicher Unterschied einer gutachterlichen Stellungnahme zu einem fachärztlichen Befundbericht ist die Beurteilung des Längsschnittverlaufes und die kritische Auseinandersetzung mit den Dokumenten aus diesem Verlauf. Eine gutachterliche Stellungnahme, die sich im Wesentlichen nur auf die aktuellen Befunde stützt, die früheren Beurteilungen vernachlässigt oder gar undifferenziert als bedeutungslos qualifiziert, ist nicht beweiskräftig.

Die Gliederung der **Befragung** (Punkt 3 der Gliederung) erscheint auf den ersten Blick sehr ausführlich. Somatische Gutachter mögen einwenden, dass viele der vorgegebenen Themen nur im Fachbereich der Psychiatrie beziehungsweise Psychosomatik von Bedeutung sind. Dies mag in manchen Fällen zutreffen, kann jedoch nicht verallgemeinert werden. Auch der Umgang mit körperlichen Einschränkungen ist ganz wesentlich von den der versicherten Person zur Verfügung stehenden Copingstrategien abhängig. Bei der Beurteilung der Ressourcen der versicherten Person sind z.B. anamnestische Angaben zu früheren erfolgten oder eben nicht erfolgten Anpassungsleistungen, zu schwierigen sozialen Hintergründen oder früheren Verhaltensauffälligkeiten im Umgang mit Krisen wichtig. Es ist nicht im Sinne des Auftraggebers, dass in der somatischen Beurteilung diese Dinge ausgeblendet werden. Nicht immer wird zusätzlich zum somatischen Gutachten eine psychiatrische beziehungsweise psychosomatische Beurteilung durchgeführt. Es ist Aufgabe des somatischen Gutachters, sich zur Ressourcenlage der versicherten Person einen Überblick zu verschaffen und diese soweit möglich zu beurteilen. Dies gilt in der Versicherungsmedizin wie auch in der therapeutischen Medizin. Grundsätzlich kann die Exploration je nach Fallkonstellation schwerpunktmässig gestaltet und dokumentiert werden. Dies trifft besonders zu in Fällen, wo bei polydisziplinären Begutachtungen beispielsweise in einer medizinischen Disziplin noch untersucht und beurteilt wird, um alle Klagen des Versicherten rechtsgenügend abgeklärt zu haben, obwohl im entsprechenden Fachgebiet keine relevanten Gesundheitsstörungen dokumentiert beziehungsweise zu erwarten sind. Auch in Fällen, wo bereits Gesundheitsschäden rechtswirksam und unbestritten festgestellt wurden und es sich lediglich um eine Überprüfung einer eventuellen Verschlechterung des Gesundheitszustandes handelt, kann unter Umständen auf einige Punkte aus der Anamnese verzichtet werden.

Die **Befundbeschreibung** (Punkt 4 der Gliederung) ist eine wichtige Sammlung von Informationen. Es ist wünschenswert, dass der Gutachter dem Rechtsanwender ein anschauliches Bild der versicherten Person vermitteln kann. Beschreibungen von Verhaltensweisen und Beobachtungen sind wichtige (objektive) Informationen, die manchmal in Kontrast zu den vom Versicherten geschilderten Problemen stehen. Wenn der Versicherte nach einer mehrstündigen Exploration noch konzentriert, aufmerksam und zugewandt Auskunft geben kann, ist dies eine objektive Information, ebenso, wenn der Versicherte entspannt mehrere Stunden im Stuhl sitzt ohne (zum Beispiel schmerzbedingt) die Körperhaltung ändern zu müssen. Auch das Kooperationsverhalten wie z.B. aktives Gegenspannen bei der Untersuchung des Bewegungsapparates kann ein relevanter objektiver Befund sein.

Angaben von Dritten (Punkt 5 der Gliederung) werden erfahrungsgemäss bisher selten eingeholt. Die Befragung von Angehörigen bringt diese häufig in einen Loyalitätskonflikt, entsprechend sind diese Angaben nur bedingt verwertbar. Es macht häufig Sinn, den behandelnden Arzt als Quelle für vervollständigende Informationen, insbesondere bezüglich den Behandlungs- und Rehabilitationsbemühungen,

aber auch bezüglich der Ressourcenlage des Versicherten zu konsultieren.³ Da der Versicherte in seiner Anmeldung sein Einverständnis zur Informationsbeschaffung bei den behandelnden Ärzten gegeben hat, ist eine solche Nachfrage auch ohne weitere Entbindung von der Schweigepflicht durch den Versicherten möglich.

Bei den **Diagnosen** (Punkt 6 der Gliederung) ist für den Auftraggeber wichtig, dass diese medizinisch aus Akte, Anamnese und Befund hergeleitet werden. Insbesondere bei psychischen Störungen und dabei besonders bei den affektiven Erkrankungen ist es wünschenswert, dass die im Einzelfall erfüllten bzw. vorhandenen Kriterien des verwendeten Diagnosemanuals (ICD oder DSM) aufgeführt werden. In diesen Abschnitt gehört auch die Würdigung früher gestellter Diagnosen. Können in der Akte dokumentierte Diagnosen nicht oder nicht mehr begründet werden, so ist dies ausführlich darzulegen.

Die **medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung** (Punkt 7 der Gliederung) wird in der Gliederung aus praktischen Gründen in einige Unterthemen aufgeteilt.

Im ersten Absatz (**Zusammenfassung der bisherigen persönlichen, beruflichen, und gesundheitlichen Entwicklung der versicherten Person einschliesslich der aktuellen psychischen sozialen und gesundheitlichen Situation**) geht es darum, kurz zusammenzufassen, wie sich im Zeitverlauf die Person, die im Fokus der gutachterlichen Bemühungen steht, entwickelt hat: Wie hat die versicherte Person vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens gelebt? Was hat sich verändert? In welcher gesundheitlichen, psychischen und sozialen Situation befindet sich die Person jetzt? Hier soll nicht die Anamnese wiederholt werden, sondern ein sehr kurzes Resümee der Entwicklung der betreffenden Person erstellt werden. Wichtig sind hier die Angaben zur Unterstützung im persönlichen Umfeld, zu den persönlichen Ressourcen und damit auch zur Persönlichkeit der versicherten Person. So wird beispielsweise eine ängstlich-unsichere Persönlichkeit mit geringer Bildung, evtl. schlechten Sprachkenntnissen und ohne soziale Unterstützung häufig deutlich grössere Schwierigkeiten haben, die Folgen einer schmerzhaften körperlichen Beeinträchtigung zu meistern. So können etwa Faktoren aus dem psychosozialen Umfeld der versicherten Person indirekt über eine ungünstige Ressourcenlage (z.B. Sprachkenntnisse, Bildung, soziales Netz) eine ungünstige Prognose des Leidens mitbegründen. Auf diese Weise können grundsätzlich IV-fremden Faktoren zur Chronifizierung eines Störungsbildes und zur Verschlechterung des Fähigkeitsniveaus beitragen und somit bedeutsam für die Gesamtbeurteilung werden.⁴ Hier ist keinesfalls gemeint, dass Gutachter aus somatischen Fachgebieten zu psychiatrischen Diagnosen in Sachen Persönlichkeit genötigt werden sollen. Es geht darum, den ganzen Menschen zu erfassen und ggf. auch als Nichtpsychiater zu beschreiben, wie die Person wirkt, bzw. wie sie in ihrer Gesamtressourcenlage eingeschätzt wird.

Die Würdigung des bisherigen medizinischen Verlaufes und aller erfolgten oder auch nicht erfolgten therapeutischen sowie beruflichen Eingliederungsbemühungen findet im zweiten Absatz statt (**Beurteilung des bisherigen Verlaufs von Behandlungen, Rehabilitation, Eingliederungsmassnahmen etc., Diskussion von Heilungschancen**). Hier soll zusammengefasst werden, welche medizinischen Massnahmen erfolgt sind, aber auch, welche nicht erfolgt sind (s.o., Nachfrage bei den behandelnden Ärzten sehr sinnvoll). Anschliessend ist hier eine Beurteilung erforderlich, inwieweit noch realistische Behandlungsoptionen bestehen und inwieweit diese mit tatsächlichen Heilungschancen korrespondieren. Hier muss unterschieden werden, ob es noch mit einer gewissen Evidenz realistische Chancen gibt, den Krankheitsverlauf derart positiv zu beeinflussen, dass dadurch die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit verbessert wird. Bei dieser Prognoseeinschätzung ist insbesondere auch die bisherige Dauer des Krankheitsverlaufes kritisch zu würdigen. In Fällen mit Problemen bei der Kooperation, eventuell auch Abbrüchen von Therapien ist eine Stellungnahme erforderlich, ob diese Schwierigkeiten störungsbedingt sind oder die Kooperation zum Beispiel kulturell oder bildungsbedingt erheblich erschwert war.

Die **Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität** (dritter Absatz der Beurteilung) ist ein Thema, bei welchem sich Gutachter bisher häufig eher zurückgehalten haben. Die neue Rechtsprechung stellt höhere Anforderungen an die Prüfung von Konsistenz und Plausibilität. Für den Gutachter heisst dies,

³ [Jentzsch, Katrin; Lüthi, Andrea \(2017\): „Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten“](#), in *Soziale Sicherheit* CHSS Nr. 2/2017, S. 37–42.

⁴ Vgl. zur Bedeutung von psychosozialen und soziokulturellen Faktoren [BGE 127 V 294](#) Erw. 5a

dass er soweit möglich überprüfen muss, ob sich z.B. die geklagten Beschwerden auf alle Bereiche des Lebens gleichmässig auswirken und ob die geklagten Einschränkungen plausibel sind. Erledigt z. B. eine Person, die nach eigenen Angaben wegen schwerer Schmerzen und Depressionen nur noch liegen kann, gleichzeitig umfangreiche administrative Arbeiten, so liegt hier eine Inkonsistenz vor, die es aufzulösen gilt. Ist dies nicht möglich, müssen Unschärfen benannt werden und ggf. erklärt werden, dass eine längerdauernde schwere krankheitsbedingte Einschränkung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann. Auch wenn z.B. schwerste Einschränkungen bei Belastbarkeit und Antrieb geltend gemacht werden, während im fraglichen Zeitraum anstrengende, aufwändige Tätigkeiten (wie z.B. Ferienreisen, Kinderbetreuung) ausgeführt wurden, müssen die Fragen der Plausibilität und Konsistenz ausführlich diskutiert und dafür auch die Versicherten explizit befragt werden. Die kritische Durchsicht der Aktenlage und das Aufzeigen und Klären von Widersprüchen innerhalb der Akte oder zwischen Akten und Angaben bzw. Verhalten bei der Begutachtung gehört zu den Aufgaben des Gutachters. Plausibilität und Konsistenz müssen auch in Bezug auf die Inanspruchnahme von medizinisch-therapeutischen Leistungen durch die Versicherten geprüft werden. Hat z.B. eine versicherte Person trotz geschilderter langjähriger schwerer depressiver Zustände noch nie Antidepressiva eingenommen, müssen die Umstände der medizinischen Betreuung und der erfolgten Empfehlungen bzw. Ablehnungen genau beleuchtet werden. Es ist ein unerlässliches Qualitätskriterium einer gutachterlichen Beurteilung, wie gründlich und überzeugend die Ausführungen der Experten zu Konsistenz und Plausibilität sind. Wer als Gutachter diese nicht immer einfach zu beantwortenden Fragen durch unscharfe Formulierungen umgehen möchte, erweist den Versicherten keinen Dienst: fehlen ärztliche, ausgewogene, allenfalls in einer psychiatrischen Diagnose begründete Erklärungen für nicht immer konsistentes Verhalten, wird der Rechtsanwender aller Voraussicht nach entscheiden, dass bei bestehenden Zweifeln die Einschränkungen nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit medizinisch begründet sind.

Schliesslich wird im letzten Absatz der Beurteilung die **Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen** vorgenommen: Zusammenfassend soll hier dargelegt werden, welche Funktionen und Fähigkeiten aus medizinischen Gründen wie beeinträchtigt sind. Bei der Beurteilung des Funktionsniveaus beziehungsweise der Fähigkeitsstörungen muss berücksichtigt werden, inwieweit die versicherte Person durch Ressourcen und Unterstützung gestärkt, oder aber durch mangelnde Ressourcen und zusätzliche schwere Belastungen im Umfeld geschwächt wird. Hier muss auch die im ersten Absatz von Punkt 7 erarbeitete Persönlichkeitsbeurteilung mit einfließen. Angaben und Erkenntnisse aus dem Längsverlauf der Krankheitsgeschichte müssen hier gewürdigt werden. Unerlässlich ist hier auch eine Stellungnahme, inwieweit sich mehrere – unter Umständen nur mässig ausgeprägte – Behinderungen gegenseitig ungünstig verstärken. Funktionsstörungen, für die sich keine medizinische Ursache findet, werden weiterhin getrennt aufgeführt.

Den letzten Abschnitt des Gutachtens (Punkt 8) bildet die **Aufführung und Beantwortung der Fragen**. Hier ist darauf zu achten, dass in der vorgegebenen Gutachtengliederung die üblicherweise zu stellenden Standardfragen bereits enthalten sind. Zusätzliche, fallbezogene Fragen aus dem Auftragsformular sind vom Gutachter in die Gliederung zu übertragen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit für den Rechtsanwender und zur Vermeidung von Missverständnissen ist es unbedingt erforderlich, dass die Gutachter sämtliche Fragen mit wenigen Worten beantworten. Bei der Begründung der Antworten ist ein Verweis auf eine Textpassage erlaubt, nicht jedoch anstelle einer Antwort.

Grundsätzlich sollte dem Gutachter immer bewusst sein, dass das Gutachten zwar in einer ersten Qualitätssicherung vom RAD studiert wird, es sich aber grundsätzlich um ein Instrument zur Entscheidungshilfe für die IV-Stellen und allenfalls die Gerichte handelt. Im Verfahren werden sich auch Nichtmediziner von verschiedenen Seiten mit dem Gutachten befassen. Es ist deswegen sehr wichtig, gerade die leistungsrelevanten medizinischen Sachverhalte laienverständlich ausführlich zu schildern und dabei insbesondere die Überlegungen und Schlussfolgerungen in Bezug auf Konsistenz und Plausibilität, aber auch auf Diagnose, Funktions- und Fähigkeitsstörungen sowie Ressourcenlage ausführlich darzustellen. Wenn wichtige Angaben bzw. Stellungnahmen fehlen oder die Argumentationskette des Gutachtens nicht ausreichend nachvollziehbar ist, werden die IV-Stellen bei den Gutachtern nachfragen. Dabei werden diese sich bemühen, sehr zeitnah die Gutachten durchzusehen und gezielte Rückfragen zu stellen.

Schlusswort

Mit der vereinheitlichten Gutachtensstruktur soll eine grundsätzliche Verbesserung der Lesbarkeit und Überprüfbarkeit von Gutachten ermöglicht werden. Dementsprechend wichtig ist es, dass die formalen Vorgaben eingehalten werden, weshalb diese nun auch konsequent von den auftraggebenden IV-Stellen vorgegeben und auch überprüft werden. Die vorgängigen Ausführungen zu den einzelnen Punkten und Themen eines Gutachtens sollen eine Hilfestellung im Hinblick auf ein gemeinsames Verständnis der Inhalte darstellen.

Bei allfälligen Fragen wenden Sie sich bitte an: sekretariat.iv@bsv.admin.ch