Leitfaden zur gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit

1. Auflage 2026

Swiss Insurance Medicine
Versicherungsmedizin Schweiz
Médecine d'assurance suisse
Medicina assicurativa svizzera

Herausgegeben von Swiss Insurance Medicine (SIM)
SIM Juristengruppe mit fachlicher Unterstützung von SIM
zertifizierten Versicherungsmediziner:innen

Präambel

Dieser Leitfaden zur gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit bezieht sich auf Gutachten nach Artikel 44 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG). Solche Gutachten werden von Sozialversicherungen (Invalidenversicherung, obligatorische Unfallversicherung, Militärversicherung) meistens dann in Auftrag gegeben, wenn von keiner Verbesserung oder Verschlechterung des Gesundheitszustands mehr ausgegangen wird und die bisherige und zukünftige Arbeitsunfähigkeit medizinisch beurteilt werden muss. Dieser Leitfaden kann aber auch bei der Erstellung von Gutachten für Privatversicherungen angewendet werden.

Zur Einschätzung der anfänglichen, häufig vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit durch behandelnde Ärzt:innen mittels Arbeitsunfähigkeitszeugnis wird auf das «SIM-Arbeitsfähigkeitszeugnis» verwiesen. Das Formular kann auf der SIM-Website im Bereich «Arztzeugnisse bei Krankheit und Unfall» heruntergeladen werden. Unter «Online Lernen» findet sich ein Webinar dazu.

Leitlinien zur medizinischen Begutachtung in der Schweiz spielen eine zentrale Rolle bei der Sicherstellung von Qualität, Einheitlichkeit und Transparenz in der Begutachtung. Sie wurden von verschiedenen Fachgesellschaften entwickelt und dienen als systematische Handlungsempfehlungen für Ärzt:innen, die Gutachten erstellen (z. B. Begutachtungsleitlinien Versicherungsmedizin, Leitlinien zur Konsensbeurteilung sowie die fachspezifischen Leitlinien der Psychiatrie, Rheumatologie, Orthopädie, Neurologie und psychosomatischen Medizin). Diese Leitlinien sind nicht rechtlich bindend, bieten jedoch Orientierung und Sicherheit für Gutachter:innen und Rechtsanwender:innen gleichermassen.

Im Unterschied dazu dient der vorliegende Leitfaden der Ausbildung von Gutachter:innen, als Handlungsempfehlung bei der Erstellung eines Gutachtens, als Nachschlagewerk und als Instrumentarium für die Qualitätssicherung und -verbesserung der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit.

Mit dem Erscheinen dieses Leitfadens zur gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit werden die folgenden SIM-Broschüren aufgehoben: «Arbeitsunfähigkeit – Leitlinie zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nach Unfall und bei Krankheit» und «Zumutbare Arbeitstätigkeit – Wegleitung zur Einschätzung der zumutbaren Arbeitstätigkeit nach Unfall und bei Krankheit».

Der vorliegende Leitfaden befasst sich mit der Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit. Er legt dar, wie Gutachter:innen die medizinische Sachverhaltsermittlung durchführen und wie sie die Arbeitsunfähigkeit aus medizinischer Sicht beurteilen. Der Leitfaden betont die Wichtigkeit einer objektiven und nachvollziehbaren Vorgehensweise bei der Erstellung von Gutachten: Kenntnis der rechtlichen Rahmenbedingungen, Studium der vollständigen Akten, Durchführung der medizinischen Untersuchungen sowie umfassende Einschätzung und nachvollziehbare Begründung der Arbeitsunfähigkeit. Darüber hinaus behandelt der Leitfaden die Qualitätskriterien für Gutachten der EKQMB und gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung.

1. Eidgenössische Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung, https://www.ekqmb.admin.ch/de.

Inhaltsverzeichnis

A GRUNDLAGEN DER VERSICHERUNGSMEDIZINISCHEN BEURTEILUNG 8

1. Prüfung der juristischen Ausgangslage und der Fragestellungen des Gutachtenauftrags 8
a. Rechtliche Rahmenbedingungen 8
b. Fragestellungen bei einem Gutachtenauftrag der Invalidenversicherung 9
c. Fragestellungen bei einem Gutachtenauftrag der obligatorischen Unfallversicherung oder der Militärversicherung 10
d. Unabhängigkeit und Unparteilichkeit 11

2. Studium der vollständigen Akten 12
a. Medizinische Akten aller Fachdisziplinen 12
b. Versicherungsinterne medizinische Gutachten und Beurteilungen der Invaliden-, Unfall- und Privatversicherungen 12
c. Verfahrensakten aller involvierten Sozialversicherungen (Invalidenversicherung, Unfallversicherung, Krankenversicherung, Arbeitslosenversicherung) und der Krankentaggeldversicherung 13
d. Akten über die durchgeführten Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung und der Arbeitslosenversicherung 13
e. Resultate bildgebender und apparativer Abklärungen 14
f. Neuropsychologische Untersuchungen 14
g. Privatgutachten der versicherten Person 16
h. Berichte von Case Manager:innen 16
i. Observationsmaterial und Erkenntnisse aus den sozialen Medien 17

3. Klärung der notwendigen Fachdisziplinen 18

4. Medizinische Untersuchung 19
a. Die medizinische Untersuchung anlässlich der Begutachtung 19
b. Dauer der Begutachtung 21
c. Plausibilitäts- und Konsistenzprüfung sowie Validierung 21
d. Tonaufnahme des Interviews 24
e. Einsatz von Dolmetscher:innen 24

5. Ergänzung des medizinisch notwendigen Sachverhalts 25
a. Der Untersuchungsgrundsatz 25
b. Ergänzung der medizinischen Akten 25
c. Einholung von Fremdanamnesen 26
d. Durchführung bildgebender/apparativer Abklärungen 26

6. Anamneseerhebung 27

7. Beschreibung der objektiven und subjektiven Befunde 28
a. Wissenschaftliche Gütekriterien in der Medizin 28
b. Objektivität im Sozialversicherungsrecht 29
c. Subjektives in der Medizin 30

8. Beschreibung der Diagnosen 32

B. VERSICHERUNGSMEDIZINISCHE BEURTEILUNG (FRAGENBEANTWORTUNG) 35

9. Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit 35
a. Der «ausgeglichene» erste und der zweite Arbeitsmarkt 35
b. Die bisherige und zukünftige angestammte und leidensangepasste Tätigkeit 37
c. Qualitative funktionelle Einschränkungen 40
d. Quantitative funktionelle Einschränkungen 41
i. Aufgabe der Medizin und des Rechts 41
ii. Das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung 41
iii. Der Umgang mit invaliditätsfremden Faktoren 43
iv. Die Indikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung 45
v. Quantitative Arbeitsfähigkeit = zumutbare Präsenzzeit χ zumutbare Leistungsfähigkeit während der Präsenzzeit 48

10. Auseinandersetzung mit abweichenden medizinischen Beurteilungen 48

11. Gutachterlicher Konsens bei bi- und polydisziplinären Gutachten 49

C. QUALITÄTSPRÜFUNG 52

12. Qualitätskriterien der EKQMB 53
a. Formale Gestaltung (Kriterium A) 53
b. Verständlichkeit (Kriterium B) 53
c. Transparenz (Kriterium C) 54
d. Vollständigkeit (Kriterium D) 55
e. Fachliche Kompetenzen (Kriterium E) 55
f. Wirtschaftlichkeit (Kriterium F) 56
g. Versicherungsmedizinische Nachvollziehbarkeit des Gutachtens (Übergeordnetes Kriterium) 57
h. Zusätzliche Anforderungen an bi- und polydisziplinäre Gutachten mit interdisziplinärer Gesamtbeurteilung 57
i. Formale Gestaltung (Kriterium A) 58
ii. Verständlichkeit (Kriterium B) 58
iii. Vollständigkeit (Kriterium D) 58
iv. Fachlichen Kompetenzen (Kriterium E) 59
v. Übergeordnetes Kriterium 60

13. Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Beweiswert eines Gutachtens 60
a. Das Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend 60
b. Das Gutachten beruht auf allseitigen Untersuchungen 61
c. Im Gutachten werden auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt 61
d. Das Gutachten wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben 61
e. Das Gutachten leuchtet in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation ein 62
f. Im Gutachten sind die Schlussfolgerungen begründet 62

A Grundlagen der versicherungsmedizinischen Beurteilung

Teil A des Leitfadens befasst sich mit den Grundlagen der versicherungsmedizinischen Beurteilung. Dieser Teil ist entscheidend, da er die Basis für die gesamte gutachterliche Tätigkeit legt und somit die Qualität und Beweiskraft der Gutachten beeinflusst. Er enthält die notwendigen Schritte und Überlegungen, die Gutachter:innen berücksichtigen sollten, bevor sie zu einer Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit gelangen. Dieser Teil dient als Fundament für die versicherungsmedizinische Beurteilung und stellt sicher, dass alle relevanten Aspekte des Falls sorgfältig geprüft und dokumentiert werden, um eine objektive und fundierte Entscheidung zu ermöglichen.

1 Prüfung der juristischen Ausgangslage und der Fragestellungen des Gutachtenauftrags

a. Rechtliche Rahmenbedingungen

Medizinische Gutachter:innen handeln innerhalb der rechtlichen Rahmenbedingungen des Gutachtenauftrags. Folgendes wird von ihnen aus juristischer Sicht erwartet, wenngleich ihre Kerntätigkeit rein medizinisch bleibt:

- Kenntnis der allgemeinen gesetzlichen Grundlagen, insbesondere von Artikel 44 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) und der damit verbundenen Verfahrensregeln; Kenntnis der gesetzlichen Grundlagen des Rechtsgebiets, in dem die Begutachtung stattfindet (z. B. Invalidenversicherungsrecht, Unfallversicherungsrecht oder Militärversicherungsrecht). Es sind keine detaillierten juristischen Kenntnisse erforderlich, benötigt wird aber ein Verständnis für die grundlegenden rechtlichen Rahmenbedingungen der gutachterlichen Tätigkeit im entsprechenden Rechtsgebiet.
- Kenntnis über die Anforderungen der Medizin und der Rechtsprechung an medizinische Gutachten, insbesondere Kenntnis über die Qualitätsanforderungen an Gutachten, wie sie von der Eidgenössischen Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung (EKQMB) und der Rechtsprechung entwickelt wurden;
- Verständnis für die Rolle und die Aufgaben von Gutachter:innen im sozialversicherungsrechtlichen Kontext;
- Wissen um die Bedeutung der Unabhängigkeit und Unparteilichkeit bei der Begutachtung;
- Verständnis für die Beweiskraft von Gutachten im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren.

Die rechtliche Würdigung und Entscheidung über Leistungsansprüche fallen nicht in den Aufgabenbereich der medizinischen Gutachter:innen, sondern sind Sache der rechtsanwendenden Stelle. Gutachter:innen sind allein der medizinischen Wissenschaft verpflichtet. Dabei orientieren sie sich an den systematischen Handlungsempfehlungen und Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften, welche massgeblich zur Sicherstellung von Qualität, Einheitlichkeit und Transparenz in der Begutachtung beitragen. Ihre primäre ärztliche Aufgabe besteht darin, den Gesundheitszustand der versicherten Person objektiv zu ermitteln und fundiert dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher konkreten Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Durch die rein medizinische Feststellung der qualitativen und quantitativen funktionellen Einschränkungen liefern die Gutachter:innen das unerlässliche Expertenwissen für das Verfahren. Die abschliessende Beurteilung, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person aus juristischer Sicht noch rechtlich zugemutet werden können, bleibt jedoch der zuständigen Versicherung beziehungsweise dem Gericht vorbehalten.

b. Fragestellungen bei einem Gutachtenauftrag der Invalidenversicherung

Bei einem Gutachtenauftrag der Invalidenversicherung (IV) sind folgende Fragen vorab zu klären:

- Handelt es sich um die Erstanmeldung oder Neuanmeldung der versicherten Person bei der Invalidenversicherung oder um ein Revisionsverfahren? Wenn es sich um ein Revisionsverfahren handelt, auf welche medizinische Beurteilung hat sich die letzte Einschätzung der Invalidenversicherung gestützt und wann wurde die entsprechende Rentenverfügung erlassen? Fragt die Invalidenversicherung danach, ob und wie sich der Gesundheitszustand der versicherten Person ab einem bestimmten Zeitpunkt verändert hat?
- Handelt es sich um das erste unabhängige Gutachten nach Art. 44 ATSG zur Beurteilung des Versicherungsanspruchs, um ein Verlaufs- oder

Obergutachten? Hat ein Gericht das Gutachten angeordnet und Kritik an einem Vorgutachten oder einer Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) geübt?

- Sind der Status der versicherten Person (erwerbstätig, teilerwerbstätig, Haushalt/Aufgabenbereich), die angestammte und letzte berufliche Tätigkeit sowie deren berufliche Anforderungsprofile bekannt (Arbeitsplatzbeschreibungen, Belastungsprofile, Haushaltabklärung)? Gibt es allenfalls gesetzliche oder andere Voraussetzungen für die Ausübung dieser Tätigkeiten, wie z. B. Anforderungen an die Fahreignung, gesundheitliche Tauglichkeit oder sicherheitsrelevante Vorgaben?
- Seit wann ist die versicherte Person (teilweise) arbeitsunfähig? Seit wann besteht eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 %?
- Werden neben dem Standardfragenkatalog[2] weitere fallspezifische Fragen gestellt? Sind diese aus medizinischer Sicht verständlich und können sie beantwortet werden?

c. Fragestellungen bei einem Gutachtenauftrag der obligatorischen Unfallversicherung oder der Militärversicherung

Bei einem Gutachtenauftrag der obligatorischen Unfallversicherung oder der Militärversicherung sind folgende Fragen vorab zu klären:

- Handelt es sich um einen oder um mehrere Unfälle im Sinne von Art. 4 ATSG, um eine unfallähnliche Körperschädigung (Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG) oder um eine Berufskrankheit (Art. 9 Abs. 1 UVG)?
- Welche unfallspezifischen Fragenkomplexe sind neben der (unfallbedingten) Arbeitsunfähigkeit zu beantworten: natürliche Kausalität, medizinischer Endzustand, Integritätsschaden, notwendige Heilbehandlungen, unfallähnliche Körperverletzung, Berufskrankheit?
- Handelt es sich um das erste unabhängige Gutachten nach Art. 44 ATSG zur Beurteilung des Versicherungsanspruchs oder um ein Obergutachten? Hat ein Gericht das Gutachten angeordnet und Kritik an einem Vorgutachten oder einer versicherungsinternen Beurteilung geübt?
- Sind die berufliche Tätigkeit zum Unfallzeitpunkt sowie die zuletzt oder aktuell ausgeübte berufliche Tätigkeit und deren berufliche Anforderungsprofile bekannt (Arbeitsplatzbeschreibungen, Belastungsprofile)? Gibt es allenfalls gesetzliche oder andere Voraussetzungen für die Ausübung dieser Tätigkeiten, wie z. B. Anforderungen an die Fahreignung, gesundheitliche Tauglichkeit oder sicherheitsrelevante Vorgaben?
- Sind die Fragen aus medizinischer Sicht verständlich und können sie beantwortet werden?

d. Unabhängigkeit und Unparteilichkeit

An die Unabhängigkeit und Unparteilichkeit von Gutachter:innen werden sehr hohe Anforderungen gestellt. Sie sind entscheidend für die Glaubwürdigkeit und den Beweiswert des Gutachtens. Gegen die Unabhängigkeit und Unparteilichkeit der Gutachterin oder des Gutachters sprechen Umstände, die den Anschein der Befangenheit erwecken; tatsächliche Befangenheit muss dabei nicht nachgewiesen werden.

Befangenheit ist anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken oder wenn sich der:die Gutachter:in zu strittigen Fachfragen in der Öffentlichkeit geäussert hat, sodass der Eindruck einer vorgefassten Meinung erweckt wird. Fehlende Unabhängigkeit besteht bei wirtschaftlicher Abhängigkeit von dem:der Auftraggeber:in oder bei finanziellen Interessen im Zusammenhang mit dem Ausgang der Begutachtung.

Umstände, die auf eine Befangenheit hinweisen, können sich einerseits aus einer verwandtschaftlichen oder freundschaftlichen Beziehung zur zu begutachtenden Person oder zu deren nahen Angehörigen ergeben. Befangenheit besteht auch, wenn der:die Gutachter:in die zu begutachtende Person aus früherer Behandlung oder Begutachtung bereits kennt. Unter Umständen ist diese Kenntnis bei einem Verlaufsgutachten aber gerade gewünscht.

Auch aus dem Verhalten der begutachtenden Fachperson im Rahmen der Begutachtung selbst kann der Anschein der Befangenheit erweckt werden, z. B. unter folgenden Umständen:

2 Die Struktur und die Standardfragen für die Gutachten werden in den Anhängen III-V des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) vorgegeben.

- unsachliche oder abwertende Äusserungen über die zu begutachtende Person,
- nicht offengelegte einseitige Kontakte oder Kommunikation mit einer Partei,
- Missachtung von Weisungen bei der Gutachtenerstellung,
- Verwendung von Informationen, die ohne Wissen der zu begutachtenden Person beschafft wurden,
- Abweichung vom Gutachtenauftrag, wenn sich daraus eine parteiische Tendenz ergibt,
- Beantwortung von Fragen, die nicht vom Auftrag umfasst sind,
- Nichtinformation der Versicherung über Probleme bei der Begutachtung (z. B. fehlerhafte Tonaufnahme im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren).

2

Studium der vollständigen Akten

a. Medizinische Akten aller Fachdisziplinen

Der begutachtenden Fachperson werden die vollständigen Sozialversicherungsakten zur Verfügung gestellt. Die involvierten Gutachter:innen haben die vollständige Aktenlage zu sichten und diese zusammen mit den zusätzlich erhobenen Untersuchungsbefunden, den fachlichen Wissensbezügen und ihrer klinischen Erfahrung in die gutachterliche Beurteilung einzubeziehen.

b. Versicherungsinterne medizinische Gutachten und Beurteilungen der Invaliden-, Unfall- und Privatversicherungen

Versicherungsinterne medizinische Beurteilungen und Gutachten sind medizinische Einschätzungen, die direkt von einer Sozialversicherung (z. B. Invalidenversicherung oder obligatorische Unfallversicherung) oder einem Versicherungsunternehmen (z. B. Krankentaggeldversicherung) durchgeführt oder in Auftrag gegeben werden, ohne dass externe, unabhängige Gutachter:innen im Rahmen eines Gutachtenauftrags im Sinne von Art. 44 ATSG beigezogen werden. Die Versicherungen haben oft eigene Ärzt:innen oder beauftragen externe Vertrauensärzt:innen, die für sie arbeiten. Diese führen Aktenbeurteilungen oder Untersuchungen durch. Die Versicherten haben bei diesen Beurteilungen und Gutachten keine Mitwirkungsrechte, also keinen Einfluss auf die Wahl der begutachtenden Fachperson oder auf die medizinische Fragestellung. Bereits geringe Zweifel genügen, dass diesen Beurteilungen und Gutachten der Beweiswert abgesprochen wird und Versicherte Anspruch auf ein Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG haben. Vor diesem Hintergrund müssen Gutachter:innen die versicherungsinternen medizinischen Beurteilungen und Gutachten aus rein medizinischer Sicht kritisch diskutieren und würdigen.

c. Verfahrensakten aller involvierten Sozialversicherungen (Invalidenversicherung, Unfallversicherung, Krankenversicherung, Arbeitslosenversicherung) und der Krankentaggeldversicherung

Medizinische Gutachter:innen berücksichtigen nicht nur die medizinischen Akten, sondern auch die gesamten für die Beantwortung der Fragestellung relevanten Verfahrensakten. Die gutachterliche Einschätzung der qualitativen und quantitativen funktionellen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung sämtlicher Belastungen und Ressourcen erfolgt nicht isoliert, sondern steht im Kontext des gesamten sozialversicherungsrechtlichen Verfahrens und berücksichtigt das effektiv erreichbare Leistungsvermögen der versicherten Person. Im Rahmen der Konsistenzprüfung nehmen Gutachter:innen nicht nur Bezug auf die medizinischen Erkenntnisse, sondern auch auf die übrigen Akten.

d. Akten über die durchgeführten Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung und der Arbeitslosenversicherung

Entscheidende Erkenntnisse gewinnen medizinische Gutachter:innen insbesondere aus der beruflichen Situation der versicherten Person vor und nach Eintritt der Gesundheitsstörungen. Wichtig sind zum Beispiel Erfahrungen aus Berufsabklärungen, Arbeitsversuchen, Umschulungen und anderen Wiedereingliederungsbemühungen. Deshalb sind die Akten über die durchgeführten Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung und der Arbeitslosenversicherung relevant. In diesen finden sich häufig Einschätzungen der Eingliederungsbemühungen durch Fachleute, Selbsteinschätzungen der versicherten Person, Beurteilungen der Arbeitgeber:innen zur Leistungsfähigkeit der versicherten Person oder Informationen zu möglichen alternativen, angepassten Tätigkeiten oder zu Umschulungsmöglichkeiten.

e. Resultate bildgebender und apparativer Abklärungen

Die Resultate bildgebender und apparativer Abklärungen (z. B. Röntgenbilder, CT, MRI, Ultraschall, Labor, Liquordiagnostik, EEG, ENG, EMG) werden fachspezifisch dargelegt. Die Gutachter:innen halten fest, welche Dokumente zur Verfügung standen und in welcher Form sie sich mit den Resultaten auseinandergesetzt haben, resp. ob es sich um eine eigene Beurteilung oder einen schriftlichen Befund gehandelt hat. Weitere Untersuchungen (auch Laborabklärungen) sind nur zu veranlassen, wenn sie für die Beantwortung der Fragen entscheidend sind. Medikamentenspiegel können zur Beurteilung der Behandlung oder auch Konsistenzbeurteilung helfen. Bildgebende und apparative Abklärungen können nicht für sich allein die Grundlage der gutachterlichen Beurteilung bilden und sind selber interpretationsbedürftig und in ihrer Objektivität eingeschränkt (falsch-positive und falsch-negative Befunde sind möglich). Entscheidend ist eine medizinisch plausible Gesamtbetrachtung unter Einbezug der Aktenlage, der Exploration, der klinischen Untersuchung sowie gegebenenfalls psychologischer und neuropsychologischer Testverfahren.

f. Neuropsychologische Untersuchungen

Die Neuropsychologie ist ein Fachgebiet, das sich mit der Beziehung zwischen Gehirn und Verhalten beschäftigt. Neuropsycholog:innen untersuchen, wie neurologische Erkrankungen, Hirnverletzungen, psychische Störungen oder auch Entwicklungsstörungen die geistige Leistungsfähigkeit, das Verhalten und die Emotionen eines Menschen beeinflussen. Die neuropsychologische Testdiagnostik orientiert sich dabei am vermuteten Gesundheitsschaden und den geklagten Defiziten. Sie sollte aber auch alternative Erklärungen oder Einflussfaktoren einbeziehen. Die neuropsychologische Untersuchung beinhaltet nicht nur die Durchführung von Testverfahren, sondern auch weitere Aspekte wie Verhaltensbeobachtung, Verhaltensproben, subjektive Klagen und bei Bedarf auch fremdanamnestische Angaben. Sie erfolgt unter einem biopsychosozialen Gesichtspunkt. Sie erfasst also nicht nur isoliert Funktionsstörungen, sondern auch deren konkrete Auswirkung auf der Aktivitäts- und Partizipationsebene (entsprechend ICF[3]). Aussagen über die Ätiologie vorhandener neuropsychologischer Dysfunktionen können nicht in jedem Fall isoliert, nur gestützt auf eine neuropsychologische Untersuchung, getroffen werden. Es werden Befunde aus anderen Fachgebieten, in erster Linie der Neurologie, der Psychiatrie und Bildgebung, miteinbezogen. Die neuropsychologischen Ergebnisse können ihrerseits Antworten zu differenzialdiagnostischen psychiatrischen und neurologischen Überlegungen liefern. Anhand einer neuropsychologischen Untersuchung kann es auch zu Verdachtsdiagnosen kommen (z. B. Demenz), welche wiederum von der Neurologie und der Psychiatrie einzubeziehen sind und entsprechende Untersuchungen zur Folge haben.

Ein Thema, welches zwar interdisziplinär jeden Fachbereich betrifft, das aber in der Neuropsychologie einen grossen Stellenwert hat, ist die Performanz- und Beschwerdevalidierung. Neuropsycholog:innen setzen die Beschwerdevalidierung niemals isoliert ein; sie wird immer nur im Rahmen einer umfassenden neuropsychologischen Untersuchung verwendet. Die zu verwendenden Verfahren und deren Gütekriterien sind den neuropsychologischen Sachverständigen bekannt. Sie wissen, wann sie Beschwerdevalidierungsverfahren mit hoher Sensitivität und Spezifität einsetzen und kennen die Basisraten und weitere statistische Aspekte (z. B. positiver und negativer Vorhersagewert).

Nicht valide Resultate bedeuten nicht, dass Beweislosigkeit im juristischen Sinne vorliegt und die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person medizinisch nicht beurteilt werden kann. Dennoch wird von den neuropsychologischen Sachverständigen ein Nachweis von Gesundheitsstörungen oder Funktionseinschränkungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verlangt. Für die Auswirkung der erhobenen Befunde auf die berufliche und/oder private Situation sind immer auch Informationen aus beruflichen Massnahmen zu beachten. Relevante Aspekte der Belastbarkeit werden testdiagnostisch, klinisch und subjektiv erfasst, vor dem Hintergrund allfälliger Störfaktoren wie u. a. Benzodiazepine, Opiate interpretiert und fliessen in die Bewertung der quantitativen Leistungseinbussen mit ein.

3. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

g. Privatgutachten der versicherten Person

In den zu analysierenden Akten findet sich manchmal auch ein Privatgutachten der versicherten Person. Das ist ein medizinisches Gutachten, das der:die Versicherte freiwillig, auf eigene Initiative und eigene Kosten bei einer ärztlichen Fachperson oder einer Spezialistin resp. einem Spezialisten in Auftrag gegeben hat. Der:die beauftragte Privatgutachter:in wurde nicht von der Versicherung oder durch Zufall bestimmt. Ein Privatgutachten wird zum Beispiel gegenüber der Invalidenversicherung, der Unfall- oder Militärversicherung oder vor Gericht als Gegenbeweis zu einem versicherungsinternen oder amtlichen Gutachten vorgelegt. Privatgutachten werden vorgelegt, wenn die versicherte Person Zweifel an der Richtigkeit des versicherungsinternen oder amtlichen Gutachtens hat oder wenn es Anhaltspunkte für Fehlbeurteilungen, Befangenheit oder methodische Mängel in einem versicherungsinternen oder amtlichen Gutachten gibt. Privatgutachten werden aber auch eingeholt, wenn eine zweite medizinische Meinung erforderlich ist, um eine sachgerechte Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit zu erhalten. Die Gerichte müssen alle Gutachten in ihre freie Beweiswürdigung einbeziehen, unabhängig davon, von welcher Seite sie stammen. Auch ein Privatgutachten unterliegt somit der freien Beweiswürdigung des Gerichts. Die Gerichte sind verpflichtet, es zu berücksichtigen und zu prüfen, ob es Zweifel an einem bestehenden Gutachten begründet. Das Gericht oder die Behörde wird gegebenenfalls eine neue oder eine ergänzende Begutachtung durch eine neutrale Stelle (z. B. eine gerichtliche Expertise) veranlassen. Gutachter:innen müssen folglich auch Privatgutachten, als Teil der medizinischen Akten, in ihr Gutachten einbeziehen und diskutieren.

h. Berichte von Case Manager:innen

Case Manager:innen begleiten die versicherte Person oft über einen längeren Zeitraum und haben Einsicht in deren Arbeitssituation, soziale Situation und den Therapieverlauf. Sie dokumentieren regelmässig Gespräche mit Versicherten, Ärzt:innen und Arbeitgeber:innen. Diese Berichte können zum Beispiel Informationen über die Belastbarkeit der versicherten Person im Alltag oder über soziale und psychische Faktoren, die den Heilungsverlauf beeinflussen, enthalten. Solche Berichte sind für medizinische Gutachter:innen eine wertvolle ergänzende Erkenntnisquelle, um die medizinische Diagnose in einen funktionellen und sozialmedizinischen Kontext zu setzen. Sie können helfen, eine realistische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und der Rehabilitationsprognose zu treffen.

i. Observationsmaterial und Erkenntnisse aus den sozialen Medien

Wird Begutachtenden Observationsmaterial vorgelegt, gehen sie damit professionell und kritisch um. Das bedeutet, dass sie das Material prüfen und bewerten, aber keine voreiligen Schlüsse daraus ziehen. Gutachter:innen analysieren, ob das Material medizinisch verwertbar ist. Sind zum Beispiel relevante Sequenzen abgeschnitten oder fehlt der Kontext? Erlauben die Aufnahmen überhaupt eine eindeutige Identifikation und Bewegungsanalyse? Zeigen die Aufnahmen eine echte Belastungssituation oder nur eine Momentaufnahme? Wenn die versicherte Person einmalig eine kurze Belastung zeigt, aber ihre Beschwerden eine chronische Problematik darstellen, darf dies nicht überbewertet werden. Falls das Material methodische Schwächen aufweist, benennen Gutachter:innen diese in ihrem Bericht klar. Falls Widersprüche bestehen, beschreiben Gutachter:innen diese sachlich, ziehen aber keine voreiligen Schlussfolgerungen. Gutachter:innen übernehmen nicht einfach, was die Versicherung aus dem Observationsmaterial schliesst oder was der:die Versicherte behauptet. Wenn das Material nicht eindeutig interpretierbar ist oder keine klaren medizinischen Schlussfolgerungen zulässt, halten Begutachtende dies explizit fest. Allein die Tatsache, dass eine Versicherung eine versicherte Person observieren liess, bedeutet nicht, dass ihre Beschwerden nicht authentisch sind.

Analog zum Umgang mit Observationsmaterial stellen auch Erkenntnisse aus sozialen Medien eine Form von Fremdinformationen dar, die von Versicherern immer häufiger in die Akten eingebracht werden. Sie entfalten für die medizinische Beurteilung eine vergleichbare Wirkung wie Beobachtungen durch Detektive. Der:die Gutachter:in behandelt solche Einträge, Fotos, Videos oder Aktivitätsprotokolle folglich als Teil der umfassenden Infor-

mationssammlung, die in die Aktenwürdigung einfliesst. In der medizinischen Beurteilung dienen diese Erkenntnisse primär der Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung. Die begutachtende Person gleicht ab, ob das in den sozialen Medien dokumentierte Aktivitätsniveau und das dort gezeigte Verhalten im Einklang mit den in der Untersuchung geklagten Beschwerden und den geltend gemachten Einschränkungen in vergleichbaren Lebensbereichen stehen. Dabei bezieht der:die Gutachter:in jedoch auch die spezifische Natur dieser Medien in die Überlegungen ein: Profile im Internet stellen oft kuratierte, idealisierte Momentaufnahmen dar, die nicht in jedem Fall den kontinuierlichen gesundheitlichen Alltag oder das tatsächliche Leistungsvermögen widerspiegeln. Ein zentraler Aspekt im Umgang mit solchen Erkenntnissen stellt die offene Thematisierung während der Untersuchung dar, analog zur Besprechung von Observationsmaterial. Der:die Gutachter:in spricht diese Informationen an und gibt der versicherten Person im Rahmen der Exploration die Gelegenheit zur Stellungnahme. Dies gibt der Person die Gelegenheit, die Umstände der Veröffentlichungen zu erklären – beispielsweise indem sie aufzeigt, dass ein Foto aus einer Zeit vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens stammt oder eine gezeigte Aktivität anschliessend zu einer tagelangen Erschöpfung führte. Anschliessend wertet der:die Gutachter:in diese Stellungnahme im medizinischen Kontext objektiv aus. Die begutachtende Person beurteilt abschliessend und fundiert, ob die aus dem Internet gewonnenen Eindrücke eine tatsächliche, versicherungsmedizinisch relevante Inkonsistenz aufzeigen oder ob sich die Diskrepanzen durch krankheitsbedingte Schwankungen beziehungsweise andere nichtmedizinische Gründe plausibel erklären lassen.

3 Klärung der notwendigen Fachdisziplinen[4]

Gemäss Art. 44 Abs. 5 ATSG werden die Fachdisziplinen bei mono- und bidisziplinären Gutachten von Versicherungsträger:innen (Auftraggeber:innen) und bei polydisziplinären Gutachten (mindestens drei Fachdisziplinen) von der Gutachterstelle abschliessend festgelegt.

Das bedeutet, dass eine Gutachterstelle, die eine versicherte Person durch drei und mehr Fachärzt:innen begutachtet, die notwendigen Fachdisziplinen selber abschliessend klären und feststellen muss. Dies ist erst nach dem vollständigen Aktenstudium möglich.

Gutachter:innen, die ein mono- oder bidisziplinäres Gutachten schreiben, sollen sich in ihrem Gutachten aber auch dazu äussern, wenn sie der Meinung sind, dass sie alleine oder in Zusammenarbeit mit einem:einer zweiten Gutachter:in das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen der versicherten Person nicht zuverlässig beurteilen können, weil dafür Gutachten zusätzlicher Fachdisziplinen notwendig sind. Zusatzuntersuchungen, wie z. B. eine neuropsychologische Abklärung oder eine EFL, können nach Rücksprache der begutachtenden Fachperson oder des Sachverständigen-Zweierteams mit dem Sozialversicherer nachträglich angeordnet werden, ohne dass eine Neuvergabe des Gutachtens notwendig wird.

4 Medizinische Untersuchung

a. Die medizinische Untersuchung anlässlich der Begutachtung

Die persönliche medizinische Untersuchung durch den:die Gutachter:in hat einen zentralen Stellenwert im Rahmen der Begutachtung. Sie dient der objektiven Sachverhaltsermittlung und bildet die Grundlage für eine fundierte und nachvollziehbare Beurteilung. Sie umfasst die folgenden Punkte:

- Identitätsprüfung: Die begutachtende Fachperson vergewissert sich anhand eines amtlichen Ausweises, dass sie die Person untersucht, mit deren Exploration sie beauftragt wurde.
- Erstellung der Anamnese: Die begutachtende Fachperson erhebt eine umfassende Anamnese, die sowohl die gesundheitliche Vorgeschichte (Längsschnitt) anhand der Akten als auch die aktuellen Beschwerden erfasst. Somit dient bereits die Anamnese – ebenso wie die anschliessende medizinische Untersuchung – der Querschnittsbeurteilung, aus welcher Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand zum Untersuchungszeitpunkt gezogen werden. Aus der Längsschnitt- und Querschnittbeurteilung müssen Rückschlüsse auf die weitere Entwicklung der Gesundheit

4 Informationsschreiben an die Sachverständigen vom 26.01.2022 – Informationen zu Tonaufnahmen der Inter-views zwischen dem:der Sachverständigen und der versicherten Person.

gezogen werden (Prognose). Die Querschnittbeurteilung kann gegebenenfalls auch dazu dienen, den Längsschnitt korrekt zu beurteilen.

- Medizinische Untersuchung und Befunderhebung: Die begutachtende Fachperson führt die medizinische Untersuchung persönlich durch, um die klinischen Befunde zu erheben. Da es sich bei diesen Befunden um Wahrnehmungen und objektive Untersuchungsergebnisse handelt, die zwingend medizinische Fachkenntnisse voraussetzen, ist der persönliche Eindruck unerlässlich. Diese erhobenen Befunde bilden – in Abgrenzung zur Anamnese – die Grundlage für die gutachterliche Beurteilung.
- Überprüfung der Angaben der explorierten Person: Im Rahmen der persönlichen Begutachtung sind die Angaben der versicherten Person zu überprüfen und zu gewichten. Dies betrifft sowohl die aktenanamnestischen Informationen (Vorgeschichte aus den Akten) als auch die im aktuellen Untersuchungsgespräch erhobene Eigenanamnese (aktuelle Befragung).
- Abgrenzung zwischen Beschwerden und Befunden: Die gutachterliche Befunderhebung – welche die körperliche Untersuchung, den äusseren Eindruck sowie die Verhaltensbeobachtung umfasst – dient dazu, die subjektiv geklagten Beschwerden der Patientin oder des Patienten einzuordnen und von den ärztlichen Befunden abzugrenzen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ärztliche Befunde nicht rein «objektiv» sind, sondern auf den fachlichen und teils subjektiven Wahrnehmungen der begutachtenden Person basieren. Diese umfassende Befunderhebung ist essenziell, um eine Diagnose fundiert stellen, bestätigen oder widerlegen zu können.
- Erfassung des Krankheitsverhaltens (Illness Behaviour): Da sich das spezifische Krankheitsverhalten selten allein aus der rein körperlichen Untersuchung ableiten lässt, werden während der gesamten Begutachtung gezielt der äussere Eindruck und das Verhalten der versicherten Person beobachtet. Diese Verhaltensbeobachtungen liefern essenzielle und für die Beurteilung relevante Hinweise auf das Krankheitsverhalten (Illness Behaviour).

Die medizinische Untersuchung durch den:die Gutachter:in muss persönlich, sorgfältig und transparent durchgeführt werden, unter Einsatz geeigneter Methoden und unter Berücksichtigung der von der explorierten Person beklagten Beschwerden. Hinsichtlich der Tiefe und Breite der körperlichen Untersuchung orientiert sich die begutachtende Person am Grundsatz der Verhältnismässigkeit und der spezifischen Fragestellung der Auftraggeber:innen. Ein umfassender Ganzkörperstatus ist nicht in jedem Fall zwingend erforderlich, sondern muss der Komplexität des jeweiligen Falles angemessen sein. Bei eng umschriebenen unfallmedizinischen Fragestellungen (beispielsweise einem isolierten Gelenktrauma) genügt in der Regel eine problemorientierte Untersuchung des betroffenen Bereichs. Dient das Gutachten jedoch der Invaliditätsbemessung, erhebt die begutachtende Person zumindest einen Basisstatus. Verzichtet die begutachtende Person bewusst auf Teile einer Standarduntersuchung, hält sie dies im Gutachten kurz fest und begründet, weshalb die problemorientierte Befunderhebung für eine abschliessende und belastbare Beurteilung ausreicht. Die Ergebnisse müssen klar und nachvollziehbar dokumentiert werden, um eine objektive und fundierte Beurteilung zu ermöglichen.

b. Dauer der Begutachtung

Die Dauer des Untersuchungsgesprächs liegt im pflichtgemässen Ermessen der begutachtenden Fachperson. Sie bemisst den zeitlichen Rahmen stets fallbezogen so, dass er der Komplexität des Sachverhalts und den zu klärenden Fragen gerecht wird. Der:die Gutachter:in stellt in eigener fachlicher Verantwortung sicher, dass ausreichend Zeit zur Verfügung steht – gegebenenfalls auch aufgeteilt auf mehrere Termine –, um alle für eine fundierte Beurteilung relevanten Informationen zu erheben. Die Dauer des Untersuchungsgesprächs sollte sich somit nach dem konkreten Abklärungsbedarf richten. Ein längeres Gespräch kann insbesondere erforderlich sein bei langjähriger Krankengeschichte, komplexer oder widersprüchlicher Aktenlage, unklaren oder divergierenden Diagnosen, unvollständigen Vorabklärungen sowie bei mehreren in Betracht zu ziehenden Differenzialdiagnosen.

c. Plausibilitäts- und Konsistenzprüfung sowie Validierung

Die Plausibilitäts- und Konsistenzprüfung bilden den übergeordneten Rahmen zur Beurteilung der Beschwerden im gutachterlichen Kontext. Ein Teilaspekt dieser umfassenden Prüfung ist die Beschwerdevalidierung, welche das Ziel

hat, zwischen authentischen und weniger authentischen Beschwerdeschilderungen zu differenzieren. Während der Begriff der «Validität» primär aus der Testpsychologie stammt, steht in der somatischen und psychiatrischen Begutachtung die sachliche Abklärung der Zuverlässigkeit subjektiver Klagen im Zentrum. Gutachter:innen legen im Gutachten dar, wie die Symptomdarstellung durch die versicherte Person plausibilisiert werden kann und wie sie im Gesamtkontext einzuordnen ist.

Um die Konsistenz und Plausibilität zu prüfen, werden je nach Fachdisziplin unterschiedliche Ansätze genutzt:

- Klinische Beobachtung und Exploration.
- Konsistenzprüfung der Angaben mit der Aktenlage und den Untersuchungsbefunden.
- Plausibilitätsprüfung anhand typischer Merkmale von in Betracht zu ziehenden Störungen.
- Einbezug ergänzender objektiver Daten wie Laboruntersuchungen (z. B. Medikamentenspiegel, Drogenscreening).
- Einsatz standardisierter Instrumente zur Performanz- und Symptomvalidierung im Rahmen von neuropsychologischen Begutachtungen.

Alle Gutachter:innen tragen innerhalb ihres Fachgebiets eine eigene Verantwortung dafür, die Zuverlässigkeit der Beschwerdeschilderungen zu prüfen. In der somatischen und psychiatrischen Begutachtung erfolgt dies primär durch den kritischen Abgleich von Anamnese, Klinik und objektiven Befunden. Der Einsatz spezifischer testpsychologischer Validierungsverfahren bleibt denjenigen Fachdisziplinen vorbehalten, die über die entsprechende diagnostische Qualifikation verfügen.

Die Neuropsychologie nimmt hierbei eine spezifische Rolle ein, da die Aussagekraft kognitiver Leistungstests massgeblich von der Kooperation und Leistungsbereitschaft der zu begutachtenden Person abhängt. Aus diesem Grund verfügt diese Disziplin über wissenschaftlich etablierte Instrumente zur Performanz- und Symptomvalidierung. Bei der Auswahl der Testverfahren ist darauf zu achten, dass die methodischen Gütekriterien (wie Reliabilität, Spezifität und Sensitivität) der jeweiligen Fragestellung angemessen sind, da sich eine sehr hohe Sensitivität oft zulasten der Spezifität auswirkt. Auf veraltete Instrumente oder unsachgemässe Anwendung ist zu verzichten, um die Gefahr falsch-positiver Ergebnisse oder unentdeckter Antwortverzerrungen zu minimieren.

Auffällige Ergebnisse in der Beschwerdevalidierung zeigen an, dass ein ermitteltes Testprofil ungültig ist oder die subjektive Beschwerdeschilderung Inkonsistenzen aufweist. Das Ergebnis allein lässt jedoch keine sicheren Rückschlüsse darauf zu, aufgrund welcher Faktoren ein suboptimales Leistungsverhalten oder eine inkonsistente Beschwerdedarstellung vorliegt. Zahlreiche Faktoren können solche Ergebnisse bewirken: Verdeutlichung, Aggravation (wenn von einem realen Kern von Beschwerden auszugehen ist) und Simulation sind mögliche Erklärungen, aber auch Schmerzen, Ermüdung, fehlendes Interesse, Ärger über die Versicherung oder eine begleitende psychische Krankheit zählen dazu.

Die sorgfältige Plausibilitäts- und Konsistenzprüfung stellt insgesamt sicher, dass sich das Gutachten auf zuverlässige Informationsquellen stützt. In der interdisziplinären Konsensbeurteilung sind die Authentizität und Validität der erhobenen Informationen über alle Fachbereiche hinweg zu diskutieren; sich im polydisziplinären Gutachten nur auf die neuropsychologischen Resultate zu stützen, genügt nicht.

Es ist zudem juristisch und medizinisch von zentraler Bedeutung, die Tragweite auffälliger Ergebnisse korrekt einzuordnen: Nicht valide Resultate bedeuten nicht automatisch, dass Beweislosigkeit im juristischen Sinne vorliegt und die Arbeitsfähigkeit medizinisch nicht beurteilt werden kann. Auffällige Testergebnisse oder eine nachgewiesene Aggravation schliessen nicht aus, dass ein explizit zu führender Nachweis eines realen Kerns an Funktions- oder Gesundheitsstörungen möglich ist. Dieser reale Kern muss im Einzelfall sorgfältig geprüft und mit der rechtlich gebotenen Beweisstärke dargelegt werden.

d. Tonaufnahme des Interviews[5]

Die seit dem 1. Januar 2022 im Rahmen eines Gutachtens anzufertigenden Tonaufnahmen sind gemäss Art. 7k Absatz 5 der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) nach einfachen und einheitlichen technischen Vorgaben zu erstellen, die von dem:der Versicherungsträger:in festgelegt werden. Zu diesem Zweck lancierte der Verein e-AHV/IV eine Webplattform (https://www.eahv-iv.ch/de/iva), über welche die Tonaufnahmen hochgeladen, an die IV-Stellen übermittelt und zu einem späteren Zeitpunkt archiviert werden können. Die Tonaufnahmen müssen entweder über die dafür entwickelte Tonaufnahme-App oder ein beliebiges Aufnahmegerät erstellt und im Audioformat MP3, ACC oder DSS hochgeladen werden.

Im Rahmen von neuropsychologischen Abklärungen wie auch bei der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) ist davon auszugehen, dass eine Anamneseerhebung oder eine Beschwerdeschilderung erfolgt. Somit fallen auch diese Abklärungen unter die Pflicht zur Tonaufnahme. Es gilt zu beachten, dass testpsychologische Begutachtungsteile bei psychiatrischen, neurologischen und neuropsychologischen oder ähnlichen Untersuchungen nicht aufgezeichnet werden dürfen.

e. Einsatz von Dolmetscher:innen[6]

Dem:der Gutachter:in obliegt die Sicherstellung einer unmissverständlichen, diagnostisch belastbaren Kommunikation. Reichen die Sprachkenntnisse der zu begutachtenden Person nicht aus, ist im Rahmen der medizinischen Sachverhaltsabklärung zwingend eine professionelle dolmetschende Person beizuziehen. Der Einsatz von Angehörigen oder Laien ist ausgeschlossen, da dies die Neutralität und somit den Beweiswert des Gutachtens gefährdet.

Falls der Beizug einer dolmetschenden Person erforderlich ist, wird diese zu Beginn der Exploration vorgestellt. Dabei ist eine allfällige Befangenheit zu klären, und die Regeln der Zusammenarbeit (Schweigepflicht, vollständige Übersetzung etc.) sind zu erläutern. Die dolmetschende Person ist nochmals ausdrücklich zu instruieren, dass sie möglichst wörtlich und lückenlos zu übersetzen hat und auf allfälligen Klärungsbedarf hinweisen muss. Abschliessend sollte sie sich zu sprachlichen Besonderheiten wie Wortschatz und Dialekt, zu offensichtlichen Denkstörungen sowie zu kulturellen Eigenheiten äussern, die bei einer rein wörtlichen Übersetzung zu Missverständnissen führen könnten. Zudem sind allfällige Unsicherheiten klar zu benennen und zu bereinigen.

Sollte sich erst während der Begutachtung zeigen, dass die Verständigung unzureichend ist, liegt es in der Verantwortung der Gutachterin oder des Gutachters, die Begutachtung abzubrechen und einen neuen Termin mit Dolmetscher:in zu veranlassen. Allfällige verbleibende Kommunikationsbarrieren trotz professioneller Übersetzung werden im Gutachten transparent dokumentiert und bei der Plausibilitätsprüfung kritisch gewürdigt.

Aus rechtlicher Sicht bestehen formelle Dokumentationspflichten. Zur Gewährleistung der Gerichtstauglichkeit werden im Gutachten folgende Angaben festgehalten: Vor- und Nachname der dolmetschenden Person, vermittelnde Organisation (sofern zutreffend) und genaue Sprache und gegebenenfalls Dialekt.

5 Ergänzung des medizinisch notwendigen Sachverhalts

a. Der Untersuchungsgrundsatz

Der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) verpflichtet den:die Versicherungsträger:in und damit auch die beauftragten Gutachter:innen, den medizinischen Sachverhalt von Amtes wegen vollständig abzuklären.

b. Ergänzung der medizinischen Akten

Gutachter:innen müssen den gesamten medizinischen Sachverhalt bis zum Zeitpunkt der Begutachtung des:der Versicherten kennen. Im Rahmen der Begutachtung klären sie ab, ob der medizinische Sachverhalt medizinisch vollständig dokumentiert sind. Falls die medizinischen Akten nicht vollständig

5 Informationsschreiben an die Sachverständigen vom 16.12.2021 – Tonaufnahmen des Interviews / Funktionelle Leistungsfähigkeit; Informationsschreiben an die Sachverständigen vom 26.01.2022 – Informationen zu Tonauf-nahmen der Interviews zwischen dem:der Sachverständigen und der versicherten Person; Informationsschreiben an die Sachverständigen vom 10.06.2022 – Präzisierungen verfahrenstechnische Abläufe / Audioformat Tonauf-nahme.

6 IV-Rundschreiben des Bundesamts für Sozialversicherung Nr. 194 vom 13. April 2004.

sind, informieren sie die Auftraggeber:in und holen die fehlenden medizinischen Akten ergänzend ein. Es ist die Aufgabe der Auftraggeber:innen zu klären, ob dafür die Einwilligung des:der Versicherten notwendig ist.

c. Einholung von Fremdanamnesen

Die vollständige Abklärung des medizinischen Sachverhalts kann in bestimmten Fällen die Einholung von Fremdanamnesen (Gespräche mit behandelnden Ärzt:innen, dem:der Ehepartner:in, usw.) einschliessen, wenn diese für eine zuverlässige gutachterliche Beurteilung notwendig sind. Bei komplexen medizinischen Sachverhalten, wenn Zweifel an der Zuverlässigkeit oder Vollständigkeit der Angaben der versicherten Person bestehen, bei widersprüchlichen Informationen in den vorhandenen medizinischen Unterlagen und bei versicherten Personen mit psychischen oder kognitiven Beeinträchtigungen können Fremdanamnesen erforderlich sein, um ein umfassendes Bild der Gesundheitsstörung mit ihrer konkreten Ausprägung zu erhalten.

Der:die Sachverständige darf Drittauskünfte (Fremdanamnesen) zur Sicherung der Diagnose, Konsistenz und Plausibilität einholen. Er:sie muss die:den Versicherte:n vorgängig informieren und deren:dessen Einverständnis einholen, wenn die Auskünfte nicht bei behandelnden Ärzt:innen eingeholt werden, sondern z. B. bei Arbeitgeber:innen oder bei dem:der Lebenspartner:in. Die befragten Drittpersonen sind vorgängig darauf hinzuweisen, dass ihre Angaben in das Gutachten einfliessen werden.

d. Durchführung bildgebender/apparativer Abklärungen

Falls bildgebende und apparative Abklärungen fehlen oder nicht die notwendige Aktualität oder Qualität aufweisen, informieren Gutachter:innen den Auftraggeber und führen die notwendigen ergänzenden bildgebenden und apparativen Abklärungen im Rahmen der Begutachtung durch.

6 Anamneseerhebung

Im Rahmen der medizinischen Begutachtung ist zwischen der Aktenanamnese und der Anamnese anlässlich der klinischen Untersuchung der versicherten Person zu unterscheiden. Der:die Gutachter:in kennt die Aktenanamnese im Zeitpunkt der Begutachtung der versicherten Person und legt sie im Rahmen des Gutachtens umfassend dar. Dabei muss im Gutachtenstext stets klar ersichtlich sein, ob es sich um Informationen aus der Aktenanamnese oder aus der persönlichen Befragung handelt. Die Anamnese anlässlich der klinischen Untersuchung der versicherten Person ist ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Begutachtung und dient der Erfassung der gesundheitlichen Vorgeschichte und der aktuellen Beschwerden der versicherten Person.

Diese Anamnese:

- ermöglicht es der begutachtenden Fachperson, ein umfassendes Bild vom Gesundheitszustand und der Krankengeschichte zu erhalten;
- umfasst die persönliche, gesundheitliche, berufliche und soziale Vorgeschichte sowie die Schilderung der gegenwärtigen Beschwerden;
- dient dazu, nicht nur Beschwerden zu erfassen, sondern auch deren Auswirkungen auf die Aktivität und Partizipation der versicherten Person und
- dient der Überprüfung, Ergänzung und Korrektur der Aktenanamnese.

Die Anamnese bildet die Grundlage für die weitere Untersuchung und Beurteilung. Sie erfolgt im Rahmen des Untersuchungsgesprächs und nicht nur durch schriftliche Selbstauskünfte der versicherten Person und sollte möglichst mit den Worten der untersuchten Person wiedergegeben werden. Die Anamneseerhebung ist Teil des gutachterlichen Interviews, das gesetzlich vorgeschrieben mit Ton aufgezeichnet werden muss, was der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Anamneseerhebung dient. Ein blosser Verweis auf die Tonaufnahme ist jedoch unzureichend: Die Anamnese muss zwingend im schriftlichen Gutachten nachvollziehbar dokumentiert werden, damit nachfolgende Leser:innen (wie z. B. RAD-Ärzt:innen oder behandelnde Fachpersonen) den Sachverhalt vollumfänglich beurteilen können, ohne die Aufnahme abhören zu müssen.

7 Beschreibung der objektiven und subjektiven Befunde

a. Wissenschaftliche Gütekriterien in der Medizin

Um die Qualität von medizinischen und psychometrischen Untersuchungen zu sichern, stützt sich die Medizin auf drei zentrale, voneinander zu unterscheidende wissenschaftliche Gütekriterien:

- Objektivität: Unabhängigkeit der Untersuchungsergebnisse von der untersuchenden Person (Fragestellung: Wer misst?). Ein Befund oder ein Untersuchungsergebnis gilt dann als objektiv, wenn verschiedene Ärzt:innen bei ein und derselben Patient:in unter den gleichen Bedingungen zum gleichen Ergebnis kommen. Das Resultat darf also nicht durch die persönlichen Ansichten, Vorlieben, unbewussten Verzerrungen (Biases) oder die blosse Interpretation der Gutachterin oder des Gutachters beeinflusst werden.
- Reliabilität (Zuverlässigkeit): Ein Verfahren gilt als reliabel, wenn es bei wiederholter Anwendung unter gleichen Bedingungen konsistente und reproduzierbare Ergebnisse liefert (Fragestellung: Wie exakt wird gemessen?).
- Validität (Gültigkeit): Genauigkeit, mit der ein Verfahren tatsächlich das Merkmal misst, das es messen soll (Fragestellung: Was wird gemessen?).

Ergänzt werden diese drei Gütekriterien durch die Normierung, bei der Normwerte als Bezugsrahmen zur Einordung und Interpretation von Einzelmesswerten dienen.

Auch bildgebende und apparative Befunde werden immer subjektiv betrachtet und bewertet. Gutachter:innen sind sich bewusst, dass sich ihre Beurteilung von derjenigen einer genauso gut qualifizierten Person unterscheiden kann (Interobserver-Varianz) und dass die Befunde falsch-positiv oder falsch-negativ sein können. Deshalb verlassen sie sich nie allein auf bildgebende und apparative Befunde, sondern berücksichtigen diese im gesamten Kontext als Indizien für ihre Beurteilung.

Zur Objektivierung in der Medizin gehören wesentliche Schritte wie:

- Konzentration auf die Krankengeschichte und die Beschwerden.
- Untersuchung des Körpers / der Psyche der explorierten Person.
- Beurteilung apparativer Befunde (z. B. von Labordaten), Beurteilung bild-gebender Befunde (z. B. Röntgen, MRI, CT), Beurteilung der Ergebnisse von Funktionsuntersuchungen (z. B. EFL).
- Diagnostische Einordnung.
- Korrelation zwischen dem Behandlungsregime und der Gesundheitsstörung.
- Qualifizierung und Quantifizierung der funktionellen Leistungseinbussen der Gesundheitsstörung.

b. Objektivität im Sozialversicherungsrecht

Der Begriff der Objektivität gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG ist weitgehend deckungsgleich mit dem Begriff der Objektivität in der Medizin: Objektivierbar sind gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des:der Untersuchenden und den Angaben der Patientin oder des Patienten unabhängig sind. Der rechtliche Begriff enthält die medizinischen Gütekriterien der Objektivität und Reliabilität und verlangt von dem:der Gutachter:in, dass diese nicht unbesehen die subjektive Selbsteinschätzung der untersuchten Person übernehmen.

Während in der Behandlung das subjektive Leiden der Patient:innen häufig im Zentrum steht, verlangt das Sozialversicherungsrecht für den Nachweis einer Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit objektivierbare Befunde. Gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG ist eine Erwerbsunfähigkeit nur dann gegeben, wenn die Einschränkung aus objektiver Sicht nicht zumutbar überwindbar ist. Massgeblich ist nicht die subjektive Selbsteinschätzung der versicherten Person, sondern die objektivierbare Leistungseinbusse.

Das bedeutet jedoch keinesfalls, dass die Aussagen der versicherten Person ignoriert werden sollen. Im Gegenteil: Die subjektiven Beschwerden gehören zur Anamnese und zur klinischen Untersuchung. Sie müssen in die medizinische Beurteilung einfliessen, sind jedoch von dem:der Gutachter:in stets auf ihre Konsistenz und Plausibilität im Vergleich zu den klinischen Befunden und dem beobachteten Verhalten zu prüfen.

Im Rahmen der medizinischen Begutachtung im Sinne von Art. 44 ATSG für die Invalidenversicherung, die Unfall- und Militärversicherung sind medizinische Gutachter:innen alleine dem wissenschaftlichen Standard und deren Gütekriterien verpflichtet. Diese gehen mit Blick auf Validität und Normierung im Grunde genommen weiter als die vom Recht verlangte Objektivität gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG.

c. Subjektives in der Medizin

In der medizinischen Begutachtung stellt das ausgewogene Zusammenspiel von subjektiven Angaben (Beschwerden) und ärztlich erhobenen Befunden die entscheidende Grundlage für eine umfassende Beurteilung dar. Während objektivierbare Befunde auf standardisierten ärztlichen Beobachtungen und Messungen beruhen, erfassen die subjektiven Angaben die individuelle Wahrnehmung sowie die gelebte Erfahrung der untersuchten Person. Beides zusammen ermöglicht es der begutachtenden Fachperson, ein ganzheitliches Bild zu gewinnen und die medizinische Einschätzung in einen fundierten Gesamtzusammenhang zu stellen. Ergänzend können subjektive Angaben – etwa durch validierte psychometrische Fragebögen – auch systematisch erfasst und quantifiziert werden.

Subjektive Angaben bilden den Rahmen, in dem die individuelle Krankheitsgeschichte, der bisherige Therapieverlauf sowie das psychosoziale Umfeld der versicherten Person sichtbar werden. Diese Informationen erlauben es der begutachtenden Fachperson, wesentliche Kontextfaktoren wie die Lebenssituation, den beruflichen Hintergrund und die persönlichen Tagesaktivitäten in die Beurteilung einzubeziehen. Die Erfassung der subjektiven Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit sowie der individuellen Krankheitsvorstellung dient dabei als wertvolle Quelle, um die Auswirkungen einer Beeinträchtigung auf die konkrete Lebensgestaltung nachzuvollziehen.

Ärztliche Befunde stellen demgegenüber die methodisch erhobenen und nachvollziehbaren Untersuchungsergebnisse dar. Hierbei umfasst die Befunderhebung weit mehr als nur apparative oder bildgebende Verfahren. Auch die leitliniengerechte klinische Untersuchung liefert verlässliche Daten, wenn die Fachperson beispielsweise den Bewegungsumfang nach standardisierten Methoden misst, Reflexe prüft oder neurologische Provokationstests durchführt. In der Psychiatrie dient die Erhebung des psychopathologischen Befundes dazu, das subjektive Erleben und das beobachtbare Verhalten (wie Antrieb oder Affektivität) fachlich strukturiert zu erfassen. Dabei sind sich begutachtende Fachpersonen bewusst, dass gerade klinische Beobachtungen einer gewissen Beurteilungsvarianz (Interobserver-Varianz) unterliegen können und die Abgrenzung zwischen subjektiv geschildertem Symptom und objektivierbarem Befund fliessend ist.

Die Schilderungen der versicherten Person zu Beschwerden und Schmerzen werden im Gutachten sorgfältig gewürdigt, wobei deren oft subjektive und kulturell geprägte Natur Berücksichtigung findet. In der versicherungsmedizinischen Beurteilung ist die Überprüfung der Authentizität, Konsistenz und Plausibilität dieser Schilderungen zentral. Es geht dabei nicht um ein moralisches Urteil über die persönliche Glaubwürdigkeit, sondern um die fachliche Einordnung, ob das geschilderte Beschwerdebild in sich stimmig ist und ob sich daraus schlüssig die geltend gemachten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit herleiten lassen. Der:die Gutachter:in ist bestrebt, die Angaben durch gezielte Fragen und Verhaltensbeobachtungen zu prüfen. Weicht die abschliessende Beurteilung von den subjektiven Angaben ab, legt die Fachperson die Gründe hierfür im Gutachten nachvollziehbar dar.

Der:die Gutachter:in übernimmt subjektive Angaben nicht ungeprüft, sondern bewertet sie im Abgleich mit den objektiven Befunden und der Aktenlage. Dabei bleibt die Erkenntnis zentral, dass jede Begutachtung in einer Beziehungssituation stattfindet, in der auch die Wahrnehmung der Fachperson eine Rolle spielt. Ein professionelles Vorgehen zeichnet sich daher dadurch aus, dass sich der:die Gutachter:in eigener Einflüsse und potenzieller Verzerrungen bewusst ist und seine:ihre Interpretationsschritte sowie die daraus gezogenen Schlüsse offenlegt und sachlich begründet.

Die Zusammenführung dieser Ebenen mündet schliesslich in die versicherungsmedizinische Leistungsbeurteilung. Die Argumentationskette bildet den Prozess von der Informationssammlung über die Bewertung der Befunde bis hin zur Beantwortung der Fragestellung zur Arbeitsfähigkeit ab. Durch die transparente Darstellung der Konsistenz und Plausibilität zwischen den geschilderten Einschränkungen und den medizinisch nachweisbaren Funktionsdefiziten entsteht ein Gutachten, das den qualitativen Anforderungen an eine verwertbare rechtliche Grundlage entspricht.

8

Beschreibung der Diagnosen

Die Diagnosen müssen lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems (z. B. ICD-10, ICD-11, DSM V, ICHD-3) abgestützt sein und möglichst nachvollziehbar dargestellt werden.[7] Die diagnostischen Leitlinien dieser Systeme müssen berücksichtigt und deren Kriterien im Gutachten dargelegt werden. In Sonderfällen – wenn eine manifeste Beeinträchtigung vorliegt, für die nach dem aktuellen pathogenetischen Wissensstand keine Diagnosestellung möglich ist – sind allerdings Ausnahmen denkbar.[8]

Hinsichtlich der Vollständigkeit und der diagnostischen Transparenz stützt die begutachtende Person sämtliche Diagnosen auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems. Diese fachgerechte Verschlüsselung erstreckt sich sinnvollerweise nicht nur auf die für die Arbeitsfähigkeit massgeblichen Hauptdiagnosen, sondern auch auf die fachrelevanten Nebendiagnosen. Da die Abgrenzung zwischen einer leistungsrelevanten Gesundheitsstörung und einer blossen Nebendiagnose im Einzelfall anspruchsvoll sein kann und mitunter unterschiedlich beurteilt wird, dient die konsequente Codierung aller Diagnosen der notwendigen Klarheit. Indem der:die Gutachter:in auch jene Diagnosen mit einem entsprechenden Code versieht, die schliesslich als irrelevant für das funktionelle Leistungsvermögen eingestuft werden, wird nachvollziehbar aufgezeigt, nach welchen Kriterien diese Beurteilung erfolgte. Dies stellt sicher, dass die Einordnung als Nebendiagnose auf einer bewussten fachlichen Prüfung basiert und nicht das Resultat einer blossen Auslassung ist. Eine lückenlose Verschlüsselung bietet somit Gewähr dafür, dass das Krankheitsverständnis dem aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht und auch potenziell bedeutsame Befunde im Hinblick auf moderne Beurteilungsmodelle transparent ausgewiesen und gewürdigt werden. Damit wird das Gutachten auch für die spätere juristische Beweiswürdigung und für medizinische Zweitmeinungen zu einer verlässlichen und prüfbaren Grundlage.

Massgebend ist das Wissen, das in Forschung und Praxis der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis anerkannt ist.[9] Nur deshalb, weil es eine Diagnose gemäss ICD-10 nicht gibt oder weil die Kriterien gemäss ICD-10 nicht erfüllt sind, darf eine Krankheit bei der versicherungsmedizinischen und juristischen Beurteilung nicht vernachlässigt werden, wenn sie z. B. gemäss ICD-11 (per 1. Januar 2022 folgte diese der ICD-10) lege artis diagnostiziert werden kann. Auch die Prinzipien zur Ätiologie von Gesundheitsstörungen, welche der ICD-11 zugrunde liegen, müssen von der Versicherungsmedizin bei der Prüfung versicherungsrechtlicher Ansprüche berücksichtig werden. Das bedeutet nun nicht, dass die ICD-10 im versicherungsmedizinischen Kontext nicht mehr brauchbar wäre. In Fällen aber, wo der aktuelle Stand der medizinischen Wissenschaft nur in der ICD-11 abgebildet ist, muss diese mit ihren Kriterien und medizinischen Konzepten im versicherungsmedizinischen Kontext zur Anwendung gelangen, auch wenn sie in der Schweiz für den klinischen Alltag noch nicht offiziell eingeführt wurde.

Im Rahmen der medizinischen Sachverhaltsermittlung sind die Diagnosen formal korrekt, vollständig und nachvollziehbar aufzulisten. Dabei gilt:

- Systematische Kodierung: Die Diagnosen müssen lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems (z. B. ICD-11, DSM-5) abgestützt sein.
- Krankheitswert: Massgebend ist, dass nur eine lege artis diagnostizierte Gesundheitsstörung mit Krankheitswert sozialversicherungsrechtlich relevant ist.

7 BGE 130 V 396 Regeste und E. 5.3 und 6.
8 BGE 130 V 396 E. 6.3 mit Hinweis.
9 BGE 134 V 231.

Die eigentliche Diskussion und Begründung der gestellten Diagnosen erfolgt systematisch im anschliessenden Gutachtenteil (Versicherungsmedizinische Beurteilung). Um für die rechtsanwendende Stelle transparent und nachvollziehbar zu sein, wird dort detailliert dargelegt:

- Wie die beobachteten und berichteten Symptome den diagnostischen Kriterien des jeweiligen Klassifikationssystems entsprechen.
- Wie sich die Dauer und der Verlauf der Symptomatik in das Diagnosebild einfügen, um die Erfüllung zeitlicher Kriterien nachzuweisen.
- Welche Differenzialdiagnosen in Betracht gezogen und weshalb diese gutachterlich ausgeschlossen wurden.

B Versicherungsmedizinische Beurteilung (Fragenbeantwortung)

Teil B des Leitfadens widmet sich der versicherungsmedizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit. Dieser Teil ist zentral, da er die Beantwortung der Frage nach der Arbeitsunfähigkeit behandelt, welche die wesentliche Grundlage für die Entscheidung der Sozialversicherungen bildet. Hier wird der Übergang von der medizinischen Sachverhaltsermittlung zur versicherungsrechtlich relevanten Beurteilung vollzogen.

Dieser Teil des Leitfadens legt dar, wie medizinische Gutachter:innen die im Teil A beschriebenen Erkenntnisse in eine fundierte und nachvollziehbare Einschätzung der Arbeitsfähigkeit umsetzen. Dabei werden die folgenden Schwerpunkte hervorgehoben:

- die enge Verknüpfung zwischen medizinischer Beurteilung und sozialversicherungsrechtlicher Fragenbeantwortung;
- die Bedeutung der Berücksichtigung von psychosozialen und soziokulturellen Faktoren, die den Kontext der Beurteilung erweitern;
- die Indikatoren als wichtiges Instrument zur Beurteilung des funktionellen Schweregrads und der Konsistenz;
- die Auseinandersetzung mit abweichenden medizinischen Beurteilungen und die gutachterliche Konsensfindung bei bi- und polydisziplinären Gutachten im Hinblick auf den Beweiswert eines Gutachtens.

9 Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit

a. Der «ausgeglichene» erste und der zweite Arbeitsmarkt

Das Bundesgericht unterscheidet in seiner sozialversicherungsrechtlichen Rechtsprechung zwischen dem «ausgeglichenen» ersten und dem zweiten Arbeitsmarkt.

Der erste Arbeitsmarkt, als normatives Konstrukt, bezeichnet den regulären Arbeitsmarkt der freien Wirtschaft. Für diesen gelten folgende Merkmale:

- Es handelt sich um einen «ausgeglichenen» Arbeitsmarkt im Sinne von Art. 16 ATSG.

- Der «ausgeglichene» Arbeitsmarkt umfasst ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage von Arbeitsstellen.
- Er beinhaltet eine Vielzahl verschiedenartiger Stellen.
- Arbeitsverhältnisse folgen den üblichen arbeitsrechtlichen Regelungen.
- Die Entlöhnung erfolgt nach marktüblichen Konditionen ohne staatliche Zuschüsse.

Das Bundesgericht betont, dass der «ausgeglichene» erste Arbeitsmarkt als theoretisches Konstrukt zu verstehen ist und nicht die konkrete Arbeitsmarktlage widerspiegelt. Vielmehr geht dieses rechtliche Modell von einem fiktiven Dauerzustand aus, in dem stets ein stabiles Gleichgewicht zwischen Stellenangebot und Stellennachfrage herrscht. Konjunkturelle Schwankungen – also Zeiten besonders guter wirtschaftlicher Verhältnisse oder Phasen einer Rezession mit hoher Arbeitslosigkeit – werden im «ausgeglichenen» Arbeitsmarkt gewissermassen geglättet und vollständig ausgeblendet. Massgebend für die Sozialversicherungen ist einzig dieser theoretische Zustand, in dem durchgehend angenommen wird, dass ein breiter Fächer an verschiedensten Arbeitsplätzen existiert. Die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit wird anhand des «ausgeglichenen» ersten Arbeitsmarkts beurteilt.

Der zweite Arbeitsmarkt umfasst geschützte und subventionierte Arbeitsverhältnisse. Er weist die folgenden Merkmale auf:
- Er bietet geschützte Arbeitsplätze für Menschen mit Einschränkungen.
- Die Arbeitsverhältnisse werden staatlich oder privat subventioniert.
- Die Entlöhnung liegt in der Regel unter dem Niveau des ersten Arbeitsmarkts.
- Oft sind die Beschäftigungen zeitlich befristet.
- Ziel ist die (Wieder-)Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt oder die Beschäftigung der versicherten Person im Rahmen eines geregelten Tagesablaufs.

Gutachter:innen beurteilen, welche Arbeitsfähigkeit (in Prozenten bezogen auf ein 100%-Pensum) auf dem «ausgeglichenen» ersten Arbeitsmarkt besteht, oder ob aus medizinischer Sicht keine Tätigkeit mehr auf dem ersten Arbeitsmarkt möglich ist.

b. Die bisherige und zukünftige angestammte und leidensangepasste Tätigkeit

Medizinische Gutachten haben sich einerseits zur bisherigen und andererseits zur zukünftigen Arbeitsfähigkeit der versicherten Person zu äussern. Dabei bezieht sich die begutachtende Fachperson sowohl auf die Längsschnittbeurteilung im Rahmen der aktenanamnestischen Angaben als auch auf ihre eigene Querschnittbeurteilung aufgrund der klinischen Untersuchung der versicherten Person im Rahmen der Begutachtung.

Damit eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten resp. zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit möglich ist, muss die begutachtende Fachperson über eine möglichst exakte Arbeitsbeschreibung mit detailliertem Anforderungsprofil verfügen und die korrekte Berufsbezeichnung und Stellung der versicherten Person im Betrieb kennen. Zudem führt der:die Gutachter:in eine systematisierte Befragung der versicherten Person zu den spezifischen Arbeitsanforderungen durch. Bei komplexen Tätigkeiten stützt sich die begutachtende Fachperson auf eine Arbeitsplatzabklärung vor Ort. Wurde vor Eintritt einer Gesundheitsstörung weit über das durchschnittliche Arbeitspensum Arbeit geleistet, ist dies offen zu legen und klar anzugeben, auf welches Arbeitspensum sich die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bezieht.

Die Arbeitsfähigkeit wird auch in einer leidensangepassten Tätigkeit beurteilt. Dabei handelt es sich um eine Tätigkeit, die den gesundheitlichen Einschränkungen der versicherten Person Rechnung trägt. Die Tätigkeit muss im Rahmen des «ausgeglichenen» ersten Arbeitsmarkts realistisch und zumutbar sein. Sie muss dem individuellen Zumutbarkeitsprofil entsprechen, das von dem:der medizinischen Gutachter:in definiert wird. Diese parallele Beurteilung ist wichtig, um ein umfassendes Bild der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person zu erhalten und mögliche Alternativen zur angestammten

Tätigkeit zu identifizieren. Um dieses Zumutbarkeitsprofil medizinisch fassbar zu machen, prüft die begutachtende Fachperson nicht nur, was die versicherte Person kräftemässig oder kognitiv noch leisten kann, sondern auch, wo zwingende medizinische Grenzen der Zumutbarkeit (wie etwa nach den Kriterien von Oliveri) liegen. Eine Arbeitstätigkeit gilt demnach als medizinisch unzumutbar, wenn ihre Ausübung

- zu einer unvertretbaren Selbst- oder Fremdgefährdung führt (Sicherheit, z. B. bei schwerer Epilepsie an Maschinen);
- mit einer absehbaren, relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes einhergeht (Gesundheitsschutz);
- zu einer derartigen krankheitsbedingten Erschöpfung führt, dass jegliche elementare Lebensqualität und Partizipation ausserhalb der Arbeitszeit verunmöglicht wird;
- ein krankheitsbedingtes Verhalten erfordert, das gegenüber Dritten (Arbeitgeber:innen, Kund:innen) nicht tragbar ist.

Typische Anpassungen können beispielsweise sein:

Körperliche Anforderungen

- Körperlich leichte, bis maximal mittelschwere Tätigkeiten,
- wechselbelastende Tätigkeiten,
- Möglichkeiten zum häufigen Sitzen,
- freie Wählbarkeit der Körperposition,
- Verzicht auf häufiges Treppensteigen, Besteigen von Leitern,
- Vermeidung von längerem Gehen auf unebenem Boden,
- Vermeidung von Kälteexposition,
- Notwendigkeit zur regelmässigen Entlastung/Hochlagerung eines Körperteils (z. B. eines Beins).

Arbeitsumgebung

- Ablenkungsarme Umgebung,
- Vermeiden von Lärmbelastung,
- keine Nachtschichtarbeit,
- Vermeidung von Arbeiten an verletzungsträchtigen Maschinen.

Arbeitsorganisation

- Möglichkeit für regelmässige Pausen,
- klare Vorgaben und Strukturen,
- keine monotonen Tätigkeiten,
- Vermeidung von Zeit- und Leistungsdruck.

Soziale Anforderungen

- Geringe Anforderungen an die Teamfähigkeit,
- Anforderungen an die Selbständigkeit,
- keine primär soziale Tätigkeit,
- Vermeidung von Tätigkeiten mit intensivem Kundenkontakt,
- keine Gespräche mit mehreren Gesprächsteilnehmenden gleichzeitig.

Kognitive Anforderungen

- Reduzierte Anforderungen an Konzentration und Daueraufmerksamkeit,
- keine Tätigkeiten, die ständiges Multitasking erfordern,
- Vermeidung von komplexen Planungs- und Organisationsaufgaben,
- geringe Anforderungen an das Kurzzeitgedächtnis oder eine rasche Informationsverarbeitung.

Belastbarkeit

- Reduzierte Anforderungen an die Ausdauer,
- verminderte Stressbelastung,
- reduzierte Anforderungen an die Frustrationstoleranz,
- Notwendigkeit von regelmässigen Pausen.

Diese und weitere notwendige Anpassungen sind im Gutachten je nach individueller gesundheitlicher Situation in jedem Einzelfall bei der Beschreibung einer leidensangepassten Tätigkeit darzulegen und zu begründen.

c. Qualitative funktionelle Einschränkungen

Im medizinischen Gutachten werden die qualitativen funktionellen Einschränkungen beschrieben: Welche spezifischen funktionellen Einschränkungen bestehen aufgrund der körperlichen, kognitiven und psychischen Gesundheitsstörungen? Diese Einschränkungen haben Auswirkungen auf die Art und Weise, wie Arbeitstätigkeiten ausgeführt werden können.

- Bewegungseinschränkungen: z. B. Schwierigkeiten bei Überkopfarbeiten, Heben und Tragen von Lasten nur bis zu einem bestimmten Gewichtslimit.
- Einschränkungen in der Mobilität: z. B. Probleme beim Gehen, Stehen oder Sitzen über längere Zeiträume.
- Feinmotorische Defizite: z. B. Schwierigkeiten bei präzisen Handarbeiten oder der Bedienung von Geräten und Maschinen.
- Sensomotorische Einschränkungen: Beeinträchtigungen des Sehens, Hörens oder der taktilen Wahrnehmung.
- Kognitive Einschränkungen: Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Gedächtnisprobleme, verlangsamte Informationsverarbeitung, exekutive Funktionsstörungen (Planung, Organisation, Durchführung komplexer Aufgaben).
- Psychische Einschränkungen: emotionale Instabilität, Stressanfälligkeit, soziale Interaktionsprobleme, Motivationsdefizite.

Diese und weitere qualitative Einschränkungen können einzeln oder in Kombination auftreten und haben direkte Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und die Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben. Sie erfordern oft spezifische Anpassungen am Arbeitsplatz oder in der Arbeitsorganisation, welche die betroffene Person bestmöglich unterstützen und ihre Leistungsfähigkeit erhalten oder verbessern sollen. Um eine qualitativ hochwertige und für die Praxis – insbesondere für die berufliche Eingliederung – optimal verwertbare Beurteilung zu gewährleisten, formulieren Gutachter:innen ein ausgewogenes Leistungsprofil. Dabei legen sie nicht nur detailliert dar, welche Tätigkeiten und Belastungen nicht mehr zumutbar sind (negatives Leistungsprofil), sondern benennen ebenso klar, welche Fähigkeiten, Ressourcen und Tätigkeiten weiterhin vorhanden und uneingeschränkt oder mit Anpassungen möglich sind (positives Leistungsprofil).

d. Quantitative funktionelle Einschränkungen

In der medizinischen Begutachtung werden die quantitativen funktionellen Einschränkungen beschrieben: Wie viele Stunden pro Tag ist es einer versicherten Person zumutbar, an einem Arbeitsplatz präsent zu sein (Präsenzzeit)? Welche Arbeitsleistung ist die versicherte Person in dieser Zeit in der Lage zu erbringen (Arbeitsleistung, Rendement)? Besteht ein erhöhter Pausenbedarf? Die gutachterliche Einschätzung der quantitativen Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist in Prozenten, bezogen auf ein 100-%-Pensum, anzugeben.

i. Aufgabe der Medizin und des Rechts

Aufgabe des:der Ärzt:in ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind die Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person in welchem Ausmass noch zugemutet werden können.[10] Damit also die Zumutbarkeit einer Arbeitsleistung aus juristischer Sicht beurteilt werden kann, ist die Versicherung resp. die rechtsanwendende Stelle auf das medizinische Expertenwissen angewiesen, das ihr in Form der medizinischen Akten und der medizinischen Gutachten, die sich zur qualitativen und quantitativen Arbeitsfähigkeit äussern, zur Verfügung gestellt wird.

ii. Das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung[11]

Gutachterliche Aufgabe ist es, das bisherige und zukünftige tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen in qualitativer und quantitativer Hinsicht gestützt auf die lege artis erhobenen Gesundheitsstörungen (Diagnosen)

10 BGE 132 V 93 E. 4.
11 BGE 141 V 281 E. 3.6.

unter Berücksichtigung sämtlicher Ressourcen und Belastungsfaktoren nach einem modernen Krankheitsverständnis aus rein medizinischer Sicht festzustellen.

Das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ist das Leistungsvermögen, das die zu begutachtende Person effektiv in der Lage ist zu erbringen. Es geht nicht um eine hypothetische Annahme. Allfällige zumutbare medizinische Massnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustands (z. B. Operationen, medikamentöse Behandlung, Entzugstherapie, Bewegungsprogramme usw.) sind zu benennen. Das Leistungsvermögen ist aber nicht so einzuschätzen, wie wenn die zu begutachtende Person zumutbare medizinische Massnahmen bereits erfolgreich durchgeführt hätte. Das Bundesgericht betont regelmässig, dass die Therapierbarkeit eines Leidens nicht zum Ausschluss von Sozialversicherungsleistungen führt.[12]

Der zu begutachtenden Person darf der Zustand, der bei Ausschöpfung aller zumutbaren schadenmindernden Vorkehrungen erreicht werden könnte, bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nur dann angerechnet werden, wenn der:die Sozialversicherungsträger:in das Mahn- und Bedenkzeitverfahren nach Art. 21 Abs. 4 ATSG durchgeführt und die versicherte Person (erfolglos) dazu aufgefordert hat, bestimmte schadenmindernde Massnahmen zu ergreifen.[13] Soll dennoch das hypothetische – und nicht das tatsächliche – Leistungsvermögen beurteilt werden, müsste die entsprechende Anweisung von dem:der Auftraggeber:in im Gutachtenauftrag explizit gegeben worden sein. Mit anderen Worten ist es grundsätzlich nicht Aufgabe des:der Begutachtenden, im Rahmen der Einschätzung des tatsächlichen erreichbaren Leistungsvermögens eine allfällige Schadenminderungspflicht der zu begutachtenden Person zu berücksichtigen.

Weder ob es sich um eine somatische oder psychische Gesundheitsstörung handelt (Diagnose) noch ob ein Selbstverschulden (z. B. Essverhalten, Konsum von schädlichen Substanzen) die Gesundheitsstörung verursacht hat noch ob die Gesundheitsstörung behandelbar ist oder nicht ändert

12 BGE 151 V 66; BGE 151 V 194.
13 Urteil des Bundesgerichts 8C_219/2009 vom 25. August 2009 E. 5.5; BGE 151 V 66.

an der Begutachtungsaufgabe etwas: Zu beurteilen ist das tatsächliche Leistungsvermögen in qualitativer und quantitativer Hinsicht aus rein medizinischer Sicht.[14] Selbstverschulden und Behandelbarkeit eines Leidens schliessen sozialversicherungsrechtliche Leistungen nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht aus.

iii. Der Umgang mit invaliditätsfremden Faktoren

Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren, wie Wirtschaftslage, Sprachkenntnisse, Bildungsstand, Ethnie, Religion, familiäre Verhältnisse, Motivation, Unzufriedenheit oder Alter werden als gewöhnlich invaliditätsfremde Faktoren bezeichnet. Ausschliesslich aufgrund derartiger Faktoren erbringen die Invaliden-, die Unfall- oder Militärversicherung keine Leistungen.

Führen diese oder andere psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren direkt kausal dazu, dass eine versicherte Person keiner oder nur einer teilweisen Arbeitstätigkeit nachgeht, ohne dass eine lege artis diagnostizierte Gesundheitsstörung vorliegt, so besteht keine Invalidität. In diesem Zusammenhang ist es jedoch falsch, überhaupt von «Arbeitsunfähigkeit» zu sprechen, weil dieser Begriff sowohl aus medizinischer als auch aus juristischer Sicht das Vorliegen einer Krankheit impliziert.

Führen solche Faktoren jedoch zu einer Gesundheitsstörung, halten sie eine Gesundheitsstörung aufrecht oder verschlimmern deren Wirkungsgrad, sind sie bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gemäss konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu berücksichtigen.[15] Dies ist gewöhnlich dann der Fall, wenn eine lege artis diagnostizierte Gesundheitsstörung vorliegt, denn diese wird meistens direkt oder indirekt durch psychosoziale und soziokulturelle Faktoren beeinflusst.

14 BGE 151 V 66.
15 Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 649/06 vom 13. März 2007 E. 3.3.1; SVR 2008 IV Nr. 15, Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 514/06 vom 25. Mai 2007 E. 2.2.2.2, mit Hinweis auf BGE 127 V 294; Urteil des Bundesgerichts 9C_578/2007 vom 13. Februar 2008 E. 2.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_776/2010 vom 20. Dezember 2011 E. 2.3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2.; Urteil des Bundesgerichts 9C_680/2017 vom 22. Juni 2018 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_371/2019 vom 7. Oktober 2019 E. 5.1.3 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C_559/2019 vom 20. Januar 2020 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_10/2021 vom 15. Juni 2021 E. 3.3.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_311/2021 vom 23. September 2021 E. 4.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_213/2022 vom 4. August 2022

Diese Rechtsprechung ist Ausdruck des vom Bundesgericht immer wieder betonten notwendigen kausalen Elements zwischen dem Gesundheitsschaden und der Arbeitsunfähigkeit: Liegt eine lege artis diagnostizierte Gesundheitsstörung vor, sind psychosoziale und soziokulturelle Faktoren basierend auf den Standardindikatoren zu berücksichtigen, wenn sie Einfluss auf die funktionellen Auswirkungen der Gesundheitsstörung haben. Liegt keine Gesundheitsstörung vor und führen die Faktoren direkt dazu, dass nicht gearbeitet wird, sind sie irrelevant, weil ohne Krankheit auch keine Invalidität bestehen kann. Übersetzt in die medizinische Sprache bedeutet das Folgendes:

Im Rahmen der medizinischen Begutachtung besteht eine zentrale Aufgabe der Gutachter:innen darin, die tatsächlichen Auswirkungen einer lege artis diagnostizierten Gesundheitsstörung auf die Funktionsfähigkeit der zu begutachtenden Person präzise und realitätsnah, wenn möglich in Anlehnung an das ICF-Modell, zu erfassen. Dabei ist konzeptionell zwischen zwei grundlegenden Perspektiven zu unterscheiden: der «Capacity» und der «Performance». Die Capacity beschreibt das objektive, theoretisch mögliche Leistungsvermögen einer Person unter standardisierten, neutralen Bedingungen – typischerweise in der klinischen Untersuchungssituation und unbeeinflusst von äusseren Störfaktoren. Demgegenüber steht die Performance. Sie bildet ab, was die Person in ihrer konkreten, realen Lebens- und Arbeitsumwelt im Alltag tatsächlich leistet und umsetzt.

Der gutachterliche Prozess erfordert zunächst die Objektivierung der Capacity durch fundierte klinische Befunderhebung. Es greift jedoch zu kurz und ist gutachterlich unzureichend, sich für die abschliessende Beurteilung der Leistungsfähigkeit alleinig auf diese theoretische Capacity zu stützen. Eine Gesundheitsstörung existiert nicht im luftleeren Raum; vielmehr gibt es massgebliche Kontextfaktoren (psychosoziale, soziokulturelle und motivationale), welche massgeblich beeinflussen, wie gross die qualitativen und quantitativen funktionellen Auswirkungen der diagnostizierten Einschränkungen in der Realität tatsächlich ausfallen.

Es ist daher die zwingende Aufgabe der Gutachter:innen, die konkrete Performance im Alltag zu erheben. Die Begutachtung beschreibt die Performance stets vor dem Hintergrund der konkreten Auswirkungen der Gesundheitsstörungen und unter ausdrücklicher Berücksichtigung der sie beeinflussenden Kontextfaktoren. Die Gutachter:innen legen schlüssig und begründet dar, wie die Interaktion aus der objektivierten Gesundheitsstörung und den identifizierten fördernden Kontextfaktoren (Ressourcen) oder hinderlichen Kontextfaktoren (Belastungsfaktoren) das tatsächliche Leistungsvermögen (Performance) im realen Umfeld beeinflusst.

Dabei gilt in bi- und polydisziplinären Gutachten eine klare fachliche Aufgabenteilung: Kontextfaktoren (z. B. mangelnde Sprachkenntnisse, familiäre Konflikte), die keine unmittelbaren körperlichen Auswirkungen haben, dürfen in der somatischen Beurteilung nicht als Arbeitsunfähigkeit angerechnet werden. Die Beurteilung, ob und inwiefern solche psychosozialen Faktoren zu einer eigenständigen Störung mit Krankheitswert geführt haben oder den Schweregrad einer Erkrankung massgeblich beeinflussen, fällt gewöhnlich in den Zuständigkeitsbereich der Psychiatrie.

Nur durch diese umfassende, disziplinenspezifisch abgegrenzte Würdigung lässt sich das tatsächliche qualitative und quantitative Leistungsvermögen der begutachteten Person beurteilen.

iv. Die Indikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung[16]

Die Indikatorenrechtsprechung des Bundesgerichts basiert auf dem psychiatrischen Grundsatzgutachten von Prof. Dr. med. Peter Henningsen vom Mai 2014[17] und wurde vom Bundesgericht zuerst auf die somatoforme Schmerzstörung angewendet. Später hat das Bundesgericht entschieden, dass psychische Leiden generell wegen ihres Mangels an objektivierbarem Substrat dem direkten Beweis einer anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit nicht zugänglich seien, weshalb dieser Beweis behelfsweise indirekt, mittels Indikatoren zu führen sei.[18] Bei somatischen Gesundheits-

16 BGE 141 V 281 E. 4.1.3.
17 Peter Henningsen, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, SZS 2014, S. 499–546.
18 BGE 143 V 418 E. 7.1.

störungen zeige sich die Beweisproblematik in der Regel nicht in gleicher Weise. Es sei deshalb von der Sache her weder gerechtfertigt noch effizient, sämtliche Indikatoren auf alle Erkrankungen zu übertragen. Einer adaptierten Anwendung der Indikatoren stehe gemäss Dr. med. Jörg Jeger aber auch bei somatischen Gesundheitsstörungen nichts entgegen.[19] Zudem impliziert der Standardfragenkatalog des Bundesamts für Sozialversicherungen, dass sich medizinische Gutachter:innen auch im Zusammenhang mit somatischen Gesundheitsstörungen zu den Indikatoren äussern müssen.

Die Indikatoren lassen sich in zwei Hauptkategorien einteilen:

- Im Rahmen der Kategorie «funktioneller Schweregrad» als Grundlage der medizinischen Einschätzung der qualitativen und quantitativen funktionellen Leistungseinschränkungen (Folgenabschätzung) äussern sich Gutachter:innen zum Komplex «Gesundheitsschädigung» («Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde», «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» und «Komorbiditäten»), zum Komplex «Persönlichkeit» («Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen») und zum Komplex «Sozialer Kontext».
- Im Rahmen der Kategorie «Konsistenz», als Gesichtspunkt des Verhaltens der versicherten Person in Ergänzung zur medizinischen Einschätzung der qualitativen und quantitativen funktionellen Leistungseinschränkungen, äussern sich Gutachter:innen einerseits zu den «gleichmässigen Einschränkungen des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» und andererseits zum «behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck».

Zusammengefasst haben Gutachter:innen folgende Aufgaben:

- Die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde beurteilen,
- den Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder die Behandlungs- und Eingliederungsresistenz evaluieren,
- Komorbiditäten berücksichtigen,
- eine Persönlichkeitsdiagnostik durchführen (weitgehend der Psychiatrie vorbehalten) und persönliche Ressourcen erfassen,
- den sozialen Kontext einbeziehen,
- die Gleichmässigkeit der Einschränkungen in allen vergleichbaren Lebensbereichen prüfen und
- den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck beurteilen.

Vor dem Hintergrund sämtlicher Indikatoren, also unter Berücksichtigung sämtlicher Belastungsfaktoren und sämtlicher Ressourcen, sind die qualitativen und quantitativen funktionellen Einschränkungen der versicherten Person gutachterlich zu beschreiben und zu begründen. Es ist wichtig, dass Gutachter:innen eine Gesamtbetrachtung vornehmen, welche die Wechselwirkungen und Bezüge zwischen der Hauptdiagnose und allen begleitenden krankheitswertigen Störungen berücksichtigt. Gutachter:innen legen ihre Einschätzung anhand der Indikatoren substanziiert dar und begründen aus medizinischer Sicht, warum die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer und quantitativer Hinsicht schmälern.

Die Anwendung der Indikatoren sollte unter Berücksichtigung des ICF-Modells (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) erfolgen, um die funktionellen Einschränkungen umfassend zu erfassen: Körperstruktur und Körperfunktion, daraus resultierende mögliche Aktivitäten (Capacity; in einer standardisierten Umgebung), Teilhabe in allen Lebensbereichen (Performance; tatsächlich erbrachte Leistung in der gegenwärtigen Umwelt) und Einfluss von Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren (psychosoziale und soziokulturelle Faktoren). Durch die konsequente Anwendung des ICF-Modells in der Begutachtung wird sichergestellt, dass alle relevanten Aspekte der Funktionsfähigkeit und der Behinderung berücksichtigt werden. Dies trägt zu einer objektiven und umfassenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bei, wie sie vom Bundesgericht im Rahmen der Indikatorenrechtsprechung gefordert wird.

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

v. Quantitative Arbeitsfähigkeit = zumutbare Präsenzzeit × zumutbare Leistungsfähigkeit während der Präsenzzeit

Für die medizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind die folgenden Faktoren massgebend:

- Präsenzzeit: Dies bedeutet die Einschätzung, wie viele Stunden pro Tag die Anwesenheit an einem Arbeitsplatz medizinisch möglich ist.
- Leistungsfähigkeit (Rendement): Dies bedeutet die Einschätzung, in welchem Umfang innerhalb der Präsenzzeit die am bisherigen oder am angepassten Arbeitsplatz zu leistenden Aufgaben erfüllt werden können.

Die gesamte Arbeitsfähigkeit wird in Prozenten bezogen auf ein 100-%-Pensum ausgedrückt. Sie errechnet sich aus der Multiplikation der medizinisch möglichen Präsenzzeit mit der in dieser Zeit zumutbaren Leistungsfähigkeit.

10 Auseinandersetzung mit abweichenden medizinischen Beurteilungen

Enthält das Gutachten keine angemessene, nachvollziehbare Auseinandersetzung mit den abweichenden Meinungen anderer medizinischer Fachpersonen, so stellt dies ein konkretes Indiz gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens dar.[20]

Eine kritische Auseinandersetzung mit abweichenden Meinungen demonstriert, dass der:die Gutachter:in alle relevanten Informationen und Perspektiven berücksichtigt hat. Dies trägt zur Objektivität und Gründlichkeit des Gutachtens bei. Indem die begutachtende Fachperson sich mit anderen Standpunkten auseinandersetzt, kommt sie der Anforderung an ein unvoreingenommenes Gutachten nach und hat alle Aspekte des Falls berücksichtigt und sorgfältig gegeneinander abgewogen. Eine solche Auseinandersetzung deckt potenzielle Schwachstellen oder Widersprüche in der medizinischen Beurteilung auf und vermindert die Gefahr möglicher Fehleinschätzungen oder des Übersehens wichtiger Faktoren. Das Gutachten gewinnt damit an Überzeugungs- und Beweiskraft und ermöglicht der rechtsanwendenden Stelle und dem Gericht, die Schlüssigkeit und Nachvollziehbarkeit der gutachterlichen Schlussfolgerungen besser zu beurteilen.

Gutachter:innen befassen sich eingehend mit den abweichenden Meinungen und berücksichtigen diese in ihrem Gutachten. Dies bedeutet, dass sie:

- alle relevanten abweichenden Standpunkte im Gutachten erwähnen,
- die Argumente der abweichenden Meinungen sachlich und neutral darstellen und
- eine nachvollziehbare Begründung liefern, warum sie zu einer anderen Einschätzung kommen.

Dabei unterscheiden Gutachter:innen klar zwischen Fakten, Beobachtungen und eigenen Schlussfolgerungen, legen die Methodik und Vorgehensweise bei der Bewertung offen und benennen eventuelle Unsicherheiten oder Grenzen der eigenen Einschätzung.

Gutachter:innen setzen sich insbesondere mit folgenden abweichenden medizinischen Beurteilungen auseinander:

- Widersprüchliche, abweichende oder zusätzliche Diagnosen, die von anderen Ärzt:innen oder in früheren Gutachten gestellt wurden;
- unterschiedliche Interpretationen derselben Untersuchungsergebnisse durch andere Fachpersonen, wobei die Gutachter:innen diese Unterschiede diskutieren und begründen, warum sie zu einer abweichenden Interpretation gelangen;
- divergierende Einschätzungen zur qualitativen und quantitativen Arbeitsfähigkeit.

11 Gutachterlicher Konsens bei bi- und polydisziplinären Gutachten

Ziel eines polydisziplinären Gutachtens ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen in sämtlichen medizinischen Disziplinen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in einem Gesamtergebnis zusammenzufassen. Um dieses Ziel zu erreichen, haben

20 Urteil des Bundesgerichts 9C_288/2020 vom 10. März 2021 E. 3.4.

sechs medizinische Gesellschaften gemeinsam die «Leitlinie zur Konsensbeurteilung bei bi- und polydisziplinären Begutachtungen in der Versicherungsmedizin» herausgegeben. An dieser orientieren sich die Gutachter:innen.

Essenziell ist, dass alle am Gutachtensprozess Beteiligten die präzise Fragestellung und die Rahmenbedingungen des Auftrags kennen und dabei ein untereinander kompatibles Problemverständnis entwickeln. Die Konsenserstellung wird in der Regel von dem:der federführenden Gutachter:in in Absprache mit allen beteiligten Gutachter:innen gesteuert. Ziel ist die Darstellung eines gemeinsamen Fallverständnisses. Das angestrebte Ergebnis ist eine integrierte, konsensuelle Gesamteinschätzung der Ressourcen und Funktionseinschränkungen bezogen auf die Arbeitsfähigkeit und auf weitere spezifische Fragestellungen.

Liegen Diskrepanzen vor, werden diese in einer Konsenskonferenz besprochen. Bei einem fortbestehenden Dissens ist dieser im Detail begründet zu dokumentieren und gegebenenfalls von dem:der Fallführer:in zu kommentieren. Ungereimtheiten in der Arbeitsfähigkeitseinschätzung zwischen den Teilgutachten und der Konsensbeurteilung, die sich nicht ohne Weiteres ausräumen lassen, führen grundsätzlich zur Beweisuntauglichkeit des Gutachtens.

Gemäss konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die medizinische Begutachtung der aktuelle Stand der medizinischen Wissenschaft massgebend. Auch wenn im gutachterlichen Alltag Diagnosen formal häufig noch nach ICD-10 verschlüsselt werden,[21] müssen neuere medizinische Konzepte, wie sie etwa in der ICD-11 oder aktuellen fachspezifischen Leitlinien (z. B. AWMF-Leitlinien zu chronischen Schmerzen) abgebildet sind, inhaltlich berücksichtigt werden. Dies gilt einerseits für die komplexe posttraumatische Belastungsstörung im Einklang mit der Empfehlung der AWMF-Leitlinien zur psychiatrischen und psychosomatischen Begutachtung[22] und andererseits für komplexe, multifaktorielle Gesundheitsstörungen (wie chronische primäre Schmerzsyndrome), die sich nach modernem Verständnis nicht mehr strikt einer einzelnen medizinischen Disziplin zuordnen lassen. Dieser aktuelle biopsychosoziale Ansatz führt dazu, dass der Konsensbeurteilung ein noch grösserer Stellenwert zukommt. Er setzt voraus, dass sich jede beteiligte Fachdisziplin mit der Gesundheitsstörung auseinandersetzt. Im Rahmen der Konsensbeurteilung darf sich folglich keine Disziplin darauf verlassen, dass ein interdisziplinäres Krankheitsbild allein von einer anderen Fachrichtung (z. B. der Psychiatrie) beurteilt wird. Vielmehr äussert sich jede involvierte Fachdisziplin zur interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und begründet sowohl ihren eigenen als auch den gemeinsam eingenommenen Standpunkt.

21 Vgl. hierzu BGE 151 V 66 E. 5.9, in welchem das Bundesgericht darauf hinweist, dass es sich bei der Adipositas um eine chronische, komplexe – in den meisten Fällen multifaktorielle – Krankheit handelt und auf die deutsche Entwurfsfassung der ICD-11 (Code 5B81) Bezug nimmt.

22 GERHARD EBNER, HERBERT BOSSHART, MARTIN HATZINGER, RALPH MAGER, FULVIA ROTA, ERICH SEIFRITZ, ROLF-DIETER STIEG-LITZ; IRIS HERZOG-ZWITTER, ICD-11 – Empfehlung zur Verwendung in der Psychiatrie, SÄZ 2023;104(10):34-35.

C Qualitätsprüfung

Teil C des Leitfadens befasst sich mit der Qualitätsprüfung medizinischer Gutachten, wobei die Kriterien der Eidgenössischen Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung (EKQMB) sowie die einschlägige Rechtsprechung des Bundesgerichts den massgeblichen Rahmen bilden. Dieser Abschnitt definiert jene Massstäbe, anhand derer die fachliche Güte und der rechtliche Beweiswert einer Expertise beurteilt werden. Die begutachtende Fachperson nutzt diese Kriterien zur Reflexion der eigenen Arbeit, um die Nachvollziehbarkeit, die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse und damit die Verwertbarkeit des Gutachtens sicherzustellen.

Die bewusste Parallelführung von EKQMB-Kriterien und Rechtsprechung trägt der Tatsache Rechnung, dass beide Systeme sich ergänzen, auch wenn thematische Überschneidungen auftreten. Da die bundesgerichtlichen Leitlinien zum Beweiswert historisch älter sind und die EKQMB-Vorgaben eine detailliertere fachliche Strukturierung bieten, ist eine gemeinsame Betrachtung für eine umfassende Qualitätssicherung sinnvoll. In der Fachwelt besteht zudem die Perspektive, dass das Bundesgericht seine Rechtsprechung zum Beweiswert künftig unter Einbezug dieser neueren, differenzierten Qualitätsstandards weiterentwickelt und ergänzt. Durch die konsequente Ausrichtung an diesen Massstäben leisten der:die Gutachter:in und die Verwaltung oder Versicherung einen wesentlichen Beitrag zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung und stellen sicher, dass das Gutachten den hohen Anforderungen im sozial-, privat- und haftpflichtversicherungsrechtlichen Kontext gerecht wird.

Ein Gutachten ist dann medizinisch fundiert und als Beweismittel im rechtlichen Verfahren tauglich, wenn es neben der medizinischen Fachkenntnis auch die juristischen Erwartungen an die Argumentationsdichte erfüllt. Die Auseinandersetzung mit den bestehenden Dopplungen dient dabei der Schärfung des eigenen Blicks für jene Nuancen, die über die blosse formale Korrektheit hinaus die materielle Beweiskraft eines Gutachtens ausmachen.

12 Qualitätskriterien der EKQMB[23]

Die Eidgenössische Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung (EKQMB) hat hierfür den «Prüffragenkatalog Peer-Review Fachgutachten» entwickelt. Es wird aufgezeigt, wie der:die Gutachter:in die sechs Einzelkriterien (A bis F) sowie das übergeordnete Kriterium bei der Abfassung des Gutachtens in der Praxis erfolgreich umsetzen kann.

a. Formale Gestaltung (Kriterium A)

Die formale Struktur des Gutachtens ist entscheidend, damit die rechtsanwendenden Personen die relevanten Informationen schnell und zielsicher finden können. Hier geht es rein um die Einhaltung von Vorgaben, noch nicht um den inhaltlichen Gehalt.

- A1 Einhaltung der Gliederungsvorgaben: Der:die Gutachter:in strukturiert das Gutachten nach den Vorgaben des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI). Alle dort genannten Überschriften (von «Ausgangslage und Formelles» bis «Beilagen») sind vorhanden und im Layout klar voneinander abgegrenzt. Es werden die vorgegebenen Begriffe verwendet; Synonyme sind nicht erlaubt.
- A2 Einhaltung der Fristen: Bei monodisziplinären Gutachten ist darauf zu achten, dass zwischen dem Untersuchungsdatum und dem Eingang des Gutachtens bei der IV-Stelle nicht mehr als 100 Tage vergehen. Sollte es zu Verzögerungen kommen, legt der:die Gutachter:in die Gründe dafür im Gutachten transparent dar.

b. Verständlichkeit (Kriterium B)

Das Gutachten wird nicht nur von medizinischem Fachpersonal, sondern massgeblich von juristischen Fachpersonen und der Verwaltung gelesen. Eine klare Sprache ist daher unerlässlich.

- B1 Sprachliche Klarheit: Der:die Gutachter:in verfasst die Texte knapp und prägnant. Unnötige Längen oder reine Wiederholungen von bereits beschriebenen Sachverhalten werden vermieden.

23 Prüffragenkatalog Peer-Review Fachgutachten, Erarbeitet durch eine Expertengruppe im Auftrag der Eidgenös-sischen Invalidenversicherung des BSV, 2020; Überarbeitet durch die Fachstelle der Eidgenössischen Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung (EKQMB), 2024; https://www.ekqmb.admin.ch/de/qualitaetskriterien. 5.

- B2 Erklärung von Fachausdrücken: Juristische Leser:innen werden abgeholt, indem nicht gängige medizinische Fachausdrücke und Abkürzungen mindestens einmal allgemeinverständlich erklärt oder ausgeschrieben werden.
- B3 Versicherungsmedizinische Terminologie: Versicherungsmedizinische Begriffe werden korrekt angewendet, wobei sich der:die Gutachter:in strikt auf die medizinischen Voraussetzungen beschränkt. Er:sie zieht keine versicherungsrechtlichen Folgerungen, äussert sich also nicht zur «Invalidität», attestiert keine «Erwerbsunfähigkeit» und empfiehlt keine Rente oder Umschulung.

c. Transparenz (Kriterium C)

Für die juristische Beweiswürdigung ist stets überprüfbar, wie die begutachtende Person zu ihren Erkenntnissen gelangt ist.

- C1 Dokumentation der Untersuchungszeit: Das exakte Datum sowie die Uhrzeit (von – bis) der Untersuchung werden dokumentiert.
- C2 Herkunft medizinischer Informationen: Bei allen verarbeiteten medizinischen Informationen (Vorakten, Berichte Dritter) werden die Quelle, die zeitliche Einordnung und die Kernaussage deutlich gemacht. Verweise wie «Siehe Befundbericht Dr. XXX» genügen nicht.
- C3 Benennung der Untersuchungsverfahren: Der:die Gutachter:in legt dar, mit welchen spezifischen Verfahren die eigenen Befunde erhoben wurden. Es ist beispielsweise anzugeben, um welche Art von psychologischen Tests es sich handelt oder welche neurologischen Prüfungen genau durchgeführt wurden.
- C4 Unterscheidung der Informationsquellen: Es ist zwischen objektivierbaren eigenen Beobachtungen und Angaben der versicherten Person oder Dritter zu unterscheiden. Schilderungen der zu begutachtenden Person (z. B. zu Schmerzen oder Schlafstörungen) werden konsequent in der indirekten Rede wiedergegeben.
- C5 Grundlage der Beurteilung: Die Messwerte werden nachvollziehbar gemacht. Der:die Gutachter:in nennt bei apparativtechnischen Untersuchungen und psychometrischen Tests die erhobenen Messwerte und setzt beurteilungsrelevante Werte in Bezug zu Referenzbereichen oder Normwerten, damit das Ausmass der Abweichung greifbar wird.

d. Vollständigkeit (Kriterium D)

Ein lückenhaftes Gutachten führt unweigerlich zu juristischen Rückfragen. Der:die Gutachter:in stellt sicher, dass alle massgeblichen Aspekte abgedeckt werden.

- D1 Umfassende Befragung und Befunderhebung: Die Anamnese und die Befunde werden vollständig und in angemessener Tiefe zur Komplexität des Falles erhoben. Dies umfasst unter anderem den Verlauf der Beeinträchtigung, den bisherigen Umgang mit den Beschwerden, die Arbeitsbiografie, den Tagesablauf und psychosoziale Rahmenbedingungen.
- D2 Verschlüsselung der Diagnosen: Alle gestellten Diagnosen werden nach einem anerkannten Diagnosesystem, in der Regel nach dem ICD (bei psychischen Störungen in begründeten Fällen auch nach DSM), verschlüsselt.
- D3 Auseinandersetzung mit Vorberichten: Wesentliche Abweichungen der Beurteilung des Leistungsvermögens im Vergleich zu relevanten Vorberichten oder Vorgutachten werden beschrieben und bewertet.
- D4 Vollständige Beantwortung der Fragen: Alle von dem:der Auftraggeber:in gestellten Standardfragen (zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie in angepasster Tätigkeit und zu medizinischen Massnahmen) sowie allfällige fallspezifische Zusatzfragen werden lückenlos beantwortet.

e. Fachliche Kompetenzen (Kriterium E)

Dieses Kriterium sichert die medizinisch-wissenschaftliche Substanz des Gutachtens.

- E1 Beachtung der wissenschaftlichen Erkenntnisse: Erhebungen, Diagnosestellungen und Beurteilungen sind am allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und an den Leitlinien der Fachgesellschaften ausgerichtet.
- E2 Beschränkung auf das eigene Fachgebiet: Der:die Gutachter:in nimmt fachliche Wertungen und Diagnosestellungen ausschliesslich im eigenen

medizinischen Fachgebiet vor. Das fachfremde Bewerten von Diagnosen wird als Mangel beurteilt und mindert den Beweiswert.

- E3 Integrative Würdigung der Zusatzdiagnostik: Wenn eine Zusatzdiagnostik (wie Neuropsychologie oder EFL) vorliegt, dürfen diese Ergebnisse nicht unkommentiert übernommen werden. Der:die Gutachter:in setzt sich kritisch damit auseinander und erklärt, wie diese Befunde in das diagnostische Gesamtbild passen.
- E4 Bezug zwischen Funktionen, Befunden und Diagnosen: Die dokumentierten Befunde und die festgestellten Funktionsdefizite werden nachvollziehbar in Bezug zu den gestellten Diagnosen gesetzt. Es wird dargelegt, wie sich die Symptome konkret auf die Funktionsfähigkeit in Alltag und Beruf auswirken.
- E5 Berücksichtigung psychosozialer Faktoren: Die Ressourcen und Defizite der Person sind ganzheitlich zu betrachten. Der:die Gutachter:in beurteilt insbesondere das Krankheits- und Therapieverständnis, das Verhalten während der Untersuchung sowie psychosoziale Belastungen und zeigt auf, wie diese Aspekte das arbeitsrelevante Funktionsniveau beeinflussen.
- E6 Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität: Die Konsistenz und Plausibilität der geschilderten Beschwerden und der gezeigten Einschränkungen müssen im Längs- und Querschnitt geprüft und begründet werden. Es wird Stellung dazu genommen, ob das Aktivitätsniveau in verschiedenen Lebensbereichen gleichmässig eingeschränkt ist und ob der Leidensdruck zu den angegebenen Beschwerden passt.
- E7 Darstellung von Therapieoptionen: Die bisherigen Behandlungen werden dargestellt. Zudem äussert sich der:die Gutachter:in fundiert zu weiteren therapeutischen Optionen, die geeignet sind, die Arbeitsfähigkeit zu verbessern. Dabei werden auch die vermutliche Behandlungsdauer bis zum Eintritt des Erfolges sowie mögliche Risiken begründet.

f. Wirtschaftlichkeit (Kriterium F)

Der:die Gutachter:in ist an das Wirtschaftlichkeitsgebot des IVG gebunden und muss Ressourcen zielgerichtet einsetzen.

- F1 Notwendigkeit der Diagnostik: Es wird nur Diagnostik eingesetzt, die zur Beantwortung der Fragestellung wirklich geeignet und notwendig ist. Das Mass des Notwendigen wird nicht überschritten.
- F2 Ausreichende Diagnostik: Umgekehrt werden keine Untersuchungen unterlassen, die für eine belastbare Beurteilung zwingend erforderlich sind. Fehlen wesentliche diagnostische Bausteine, führt dies zu aufwändigen Nachbesserungen und Verfahrensverzögerungen.

g. Versicherungsmedizinische Nachvollziehbarkeit des Gutachtens (Übergeordnetes Kriterium)

Zum Schluss wird das Gutachten als Ganzes an seiner inneren Schlüssigkeit gemessen.

- Die Argumentationskette: Die Argumentation führt lückenlos von der Fragestellung über die Informationssammlung und -bewertung bis hin zur abschliessenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Brüche in dieser Kette gefährden den rechtlichen Beweiswert.
- Wahrung der Neutralität: Der:die Gutachter:in begegnet der zu begutachtenden Person stets unvoreingenommen und neutral. Offensichtlich herabsetzende oder parteiische Äusserungen verletzen das Neutralitätsgebot gravierend und machen das Gutachten rechtlich unverwertbar.

h. Zusätzliche Anforderungen an bi- und polydisziplinäre Gutachten mit interdisziplinärer Gesamtbeurteilung[24]

Handelt es sich um ein bi- oder polydisziplinäres Gutachten, treten zu den Vorgaben für die medizinischen Fachgutachten weitere, spezifische Anforderungen an die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung beziehungsweise Konsensbeurteilung hinzu. Der:die fallführende Gutachter:in respektive die verfassende Person der Konsensbeurteilung stellt dabei sicher, dass die Einzelergebnisse nicht nur aneinandergereiht, sondern integrativ zusammengeführt werden.

24 Prüffragenkatalog Peer-Review Verfahren: Interdisziplinäre Gesamtbeurteilung, Erarbeitet durch eine Experten-gruppe im Auftrag der Eidgenössischen Invalidenversicherung des BSV, 2020, Überarbeitet durch die Fachstelle der Eidgenössischen Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung (EKQMB), 2024; https://www.ekqmb.admin.ch/de/qualitaetskriterien..

i. Formale Gestaltung (Kriterium A)

Die Struktur der Konsensbeurteilung weicht von jener der Einzelgutachten ab und orientiert sich an einem eigenen normativen Rahmen. Gemäss dem Unterkriterium A1 gliedert der:die Gutachter:in die Gesamtbeurteilung nach den Vorgaben des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI), Anhang V. Dabei finden die klar voneinander abgegrenzten Überschriften «Abwicklung des Gutachtensauftrages», «Angaben zu den Sachverständigen bzw. Untersuchungen», «Anlass und Umstände der Begutachtung», «Interdisziplinäre Gesamtbeurteilung», «Angaben zur Entstehung des Konsenses mit Unterschriften» sowie ein «Anhang», der den fachübergreifenden Aktenauszug und alle Einzelgutachten umfasst, Anwendung. Bei der Einhaltung der Fristen gemäss Unterkriterium A2 berechnet sich die vorgesehene Dauer von 100 Tagen bis zur Fertigstellung des Gutachtens bei polydisziplinären Gutachten ab dem Datum der letzten Untersuchung einer Teildisziplin. Falls diese Dauer überschritten wird, nennt der:die Gutachter:in die Gründe dafür transparent im Text.

ii. Verständlichkeit (Kriterium B)

Hinsichtlich der sprachlichen Klarheit gilt für die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung eine modifizierte Betrachtungsweise des Unterkriteriums B1. Zwar vermeidet der:die Gutachter:in weiterhin unnötige inhaltliche Wiederholungen, jedoch zählen gewollte Wiederholungen von Aussagen aus den jeweiligen Einzelgutachten innerhalb der Konsensbeurteilung nicht als mangelhafte Längen. Der Fokus liegt hierbei darauf, dass die Zusammenführung der Disziplinen sprachlich prägnant und unmissverständlich bleibt, ohne dass wichtige fachspezifische Erkenntnisse bei der Synthese verloren gehen.

iii. Vollständigkeit (Kriterium D)

Die Konsensbeurteilung bildet das Herzstück des polydisziplinären Gutachtens. Bei der Anwendung des Unterkriteriums D4 beantwortet der:die Gutachter:in die Fragen der Gliederungspunkte 4.5 bis 4.8 der Konsensbeurteilung lückenlos. Eine zentrale Zusatzanforderung stellt dabei der Punkt 4.5 zur Begründung der Gesamtarbeitsfähigkeit dar, bei dem explizit dargelegt wird, ob sich die festgestellten Teilarbeitsunfähigkeiten ganz, teilweise oder gar nicht addieren. Das Unterkriterium D5 beleuchtet zudem die Umsetzung einer echten integrativen Beurteilung. Hierfür formuliert der:die Gutachter:in in der Konsensbeurteilung einen eigenen, neuen und griffigen Text, der die gesamte Krankheitsgeschichte bezogen auf alle relevanten Gesundheitsstörungen zusammenfasst und Belastungen, Ressourcen sowie die Persönlichkeit mit ihren wechselseitigen Auswirkungen auf das Krankheitsgeschehen darstellt. Da eine blosse Übernahme oder Aneinanderreihung von Passagen aus den Fachgutachten hierfür nicht ausreicht, macht der:die Gutachter:in nachvollziehbar ersichtlich, wie in der interdisziplinären Diskussion die Gesamtarbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung aller Ergebnisse erarbeitet wurde.

iv. Fachlichen Kompetenzen (Kriterium E)

Die Anforderungen an die fachlichen Kompetenzen erfordern bei der Konsensbeurteilung einen integrativen Blick über die Grenzen der Einzeldisziplinen hinaus. Bei der Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität nach dem Unterkriterium E6 prüft und dokumentiert der:die Gutachter:in zusätzlich, ob zwischen den Fachgutachten der einzelnen Disziplinen mögliche Inkonsistenzen festgestellt wurden, und diskutiert diese fachlich. Hinsichtlich der Darstellung von Therapieoptionen gemäss dem Unterkriterium E7 nimmt der:die Gutachter:in eine fächerübergreifende, zusammenfassende Darstellung der bisherigen Behandlungen und der verbleibenden therapeutischen Optionen vor. Diese Stellungnahme bezieht sich auf alle Diagnosen, die über die verschiedenen Fachdisziplinen hinweg für die Beurteilung des Leistungsvermögens relevant sind, und zeigt auf, ob innert nützlicher Frist mit einer deutlichen Steigerung des arbeitsrelevanten Funktionsniveaus zu rechnen ist.

v. Übergeordnetes Kriterium

Das polydisziplinäre Gutachten steht und fällt mit der Qualität der Synthese und der versicherungsmedizinischen Nachvollziehbarkeit. Die Argumentationskette, die zur Prüfung der Schlüssigkeit herangezogen wird, bildet bei der Konsensbeurteilung die interdisziplinäre Gesamtschau von der Informationssammlung bis zur Beantwortung der Fragestellung ab. Die Herleitung der Gesamtarbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt geht dabei als logisches Ergebnis aus der Zusammenführung der Einzelgutachten unter Berücksichtigung aller interdisziplinären Überschneidungen und Wechselwirkungen hervor. Wenn diese integrative Argumentationsführung ohne nennenswerte Brüche schlüssig dargelegt ist und das Neutralitätsgebot gewahrt wird, erfüllt das interdisziplinäre Gesamtgutachten die qualitativen Anforderungen für eine verwertbare rechtliche Beurteilung.

13

Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Beweiswert eines Gutachtens

Bei der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Gutachtens ist gemäss konstanter Rechtsprechung des Bundesgerichts Folgendes entscheidend:[25]

a. Das Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend

Das Gutachten deckt alle relevanten streitigen Punkte ab und lässt keine wesentlichen Fragen offen. Die begutachtende Fachperson hat alle relevanten Aspekte des Falls untersucht, ohne sich auf einzelne Bereiche zu beschränken. Bei komplexen Fällen wurden alle betroffenen medizinischen Fachgebiete einbezogen (Vollständigkeit). Das Gutachten enthält eine gründliche und detaillierte Analyse der strittigen Belange, ohne wichtige Aspekte auszuklammern (Detailliertheit). Alle verfügbaren und relevanten Informationen, Dokumente und Beweise werden in die Beurteilung einbezogen (Berücksichtigung aller Fakten). Alle von der Sozialversicherung, der versicherten Person und/oder vom Gericht gestellten Fragen werden beantwortet (Beantwortung aller Fragen). Das Gutachten betrachtet die streitigen Belange im Gesamtkontext des Falls und behandelt sie nicht isoliert (kontextuelle Einordnung).

b. Das Gutachten beruht auf allseitigen Untersuchungen

Das Gutachten stützt sich auf eigene Untersuchungen und eine umfassende Befragung durch die begutachtende Fachperson. Der:die Gutachter:in wendet verschiedene, der medizinischen Problematik angemessene Untersuchungsmethoden an. Die verwendeten Methoden entsprechen den aktuellen wissenschaftlichen und fachlichen Standards (umfassende Untersuchung und Untersuchungsmethoden).

c. Im Gutachten werden auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt

Der:die Gutachter:in führt die von der betroffenen Person geschilderten Beschwerden explizit im Gutachten auf und analysiert und bewertet sie im Kontext der medizinischen Befunde und Diagnosen. Die begutachtende Fachperson erklärt, inwieweit die geklagten Beschwerden mit den objektiven medizinischen Befunden übereinstimmen oder von ihnen abweichen. Auch wenn die geklagten Beschwerden nicht durch objektive Befunde bestätigt werden können, werden sie im Gutachten diskutiert und ihre möglichen Ursachen und Auswirkungen werden erörtert. Die begutachtende Fachperson geht auch auf mögliche psychosomatische Aspekte oder andere Erklärungen für geklagte Beschwerden ein und diskutiert diese.

d. Das Gutachten wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben

Der:die Gutachter:in hat sich mit der vollständigen Krankengeschichte und allen relevanten medizinischen Unterlagen des zu begutachtenden Falls vertraut gemacht. Die Vorakten wurden sorgfältig studiert und in die Beurteilung einbezogen, um ein umfassendes Verständnis des Falls zu gewähr-

25 BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 145; BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis..

leisten. Im Gutachten wird deutlich, welche Vorakten die begutachtende Fachperson berücksichtigt hat und wie diese die Schlussfolgerungen beeinflusst haben. Wichtige Informationen aus den Vorakten, die für die Beurteilung relevant sind, werden im Gutachten erwähnt und diskutiert. Sollten wesentliche Vorakten fehlen oder unvollständig sein, vermerkt der:die Gutachter:in dies im Gutachten und sorgt gegebenenfalls in Rücksprache mit dem:der Auftraggeber:in für die Vervollständigung der Unterlagen.

e. Das Gutachten leuchtet in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation ein

Die medizinische Argumentation ist logisch nachvollziehbar und schlüssig. Das Gutachten zeigt einen klaren Gedankengang auf, der zu den daraus gezogenen Schlussfolgerungen führt. Die Beurteilung basiert auf aktuellem medizinischem Fachwissen und entspricht dem Stand der Wissenschaft. Die begutachtende Fachperson erklärt die medizinischen Zusammenhänge verständlich, sodass auch medizinische Lai:innen wie Richter:innen oder Versicherungssachbearbeiter:innen die Argumentation nachvollziehen können. Die Einschätzung der medizinischen Situation ist in sich stimmig und weist keine Widersprüche auf. Der:die Gutachter:in zeigt auf, wie die verschiedenen medizinischen Befunde und Faktoren zusammenwirken und zum Gesamtbild der gesundheitlichen Situation führen. Die Beurteilung ist differenziert und berücksichtigt verschiedene mögliche Erklärungsansätze, bevor eine Schlussfolgerung gezogen wird.

f. Im Gutachten sind die Schlussfolgerungen begründet

Die Schlussfolgerungen der begutachtenden Fachperson sind klar und nachvollziehbar dargelegt. Sie stehen nicht als blosse Behauptungen im Raum. Die begutachtende Fachperson zeigt auf, wie sie von den erhobenen Befunden und Untersuchungsergebnissen zu ihren Schlussfolgerungen gelangt ist. Die Argumentation ist logisch aufgebaut und stellt eine klare Verbindung zwischen den medizinischen Fakten und den daraus gezogenen Schlüssen her. Bei der Begründung werden auch alternative Erklärungsansätze berücksichtigt und es wird erläutert, warum diese gegebenenfalls verworfen wurden. Weicht die begutachtende Fachperson von früheren Einschätzungen oder Vorgutachten ab, begründet sie dies besonders sorgfältig. Bei Unsicherheiten oder Einschränkungen in der Beurteilung macht die begutachtende Fachperson diese transparent und gibt den Grad der Wahrscheinlichkeit ihrer Schlussfolgerungen an.

Swiss Insurance Medicine
c/o Medworld AG
Administrative Office
Sennweidstrasse 46
6312 Steinhausen
Tel +41 (0)41 748 07 30
info@swiss-insurance-medicine.ch
www.swiss-insurance-medicine.ch

Herausgegeben von Swiss Insurance Medicine (SIM)
SIM Juristengruppe mit fachlicher Unterstützung von SIM zertifizierten Versicherungsmediziner:innen, 1. Auflage 2026.

ISBN 978-3-907219-08-9 (PDF)