
Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung

Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP

Bern, Februar 2012

Die Autoren in alphabetischer Reihenfolge:

**E. Colomb, V. Dittmann, G. Ebner, M. Hermelink, U. Hoffmann-Richter,
H.G. Kopp, R. Mager, R. Marelli, H. Pizala, K. Rabovsky, I. Rajower, P. Vallon**

**Juristische Beratung:
H. Mosimann, E. Murer**

**Diese Leitlinien werden unter der Verantwortung der SGPP laufend
weiterentwickelt. Literaturverzeichnis und einschlägige Rechtsprechung
werden aktualisiert.**

Inhaltsverzeichnis

Präambel	3
Aufbau des psychiatrischen Gutachtens im Abklärungsverfahren des IVG (formale Leitlinien)	5
Inhaltliche Erläuterungen zum Gutachtenprozess	11
1. Ausgangslage und Formelles	11
1.1 Abwicklung des Gutachtenauftrages.....	11
1.1.4 Auftragsdatum, Eingangsdatum, Explorationsdaten und Datum der Gutachtenfertigstellung	11
1.3 Grundlagen für das Gutachten.....	11
3. Untersuchung / Exploration	12
4. Befund	14
4.3 Untersuchungsbefunde.....	14
4.3.2 Nutzung von Zusatzdiagnostik	14
6. Medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung	16
6.2 Beurteilung bzw. Einordnung der Beschwerden und Befunde in Bezug auf aktuelle Diagnosesysteme und in Bezug auf frühere, auch anders lautende Beurteilungen	16
6.3 Diskussion und versicherungsmedizinische Würdigung.....	16
Literaturverzeichnis	18
1. Zitierte Literatur	18
2. Empfohlene / weiterführende Literatur	19
Annex (Begriffe)	23

Präambel

Die Leitlinien für psychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie wurden im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherungen von einer Arbeitsgruppe unter Einbezug der Verbindung der Schweizer Ärzte FMH, der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP, der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie SGVP, der Schweizerischen Unfallversicherung SUVA und der Eidgenössischen Invalidenversicherung IV erarbeitet.

Ziel der Leitlinien

Die Leitlinien sollen die Methodik im Begutachtungsprozess, sowie Form und Inhalt von psychiatrischen Gutachten im Rahmen des Invalidenversicherungsgesetzes auf der Basis wissenschaftlich evidenzbasierter beziehungsweise von Experten konsentierter Kriterien vereinheitlichen.

Psychiatrisch-gutachterliche Beurteilungen erfolgen aufgrund einer Vielzahl von zu berücksichtigenden Einzelinformationen. Übereinstimmende Beurteilungen mit eindeutigen Schlussfolgerungen sind angesichts der Vielfalt der Quellen nicht immer möglich¹. Die Leitlinien sollen dazu dienen, die psychiatrische Untersuchung zu verbessern und die Präzision, Zuverlässigkeit und Reproduzierbarkeit der Beurteilung zu erhöhen.^{2,3}

Grundlagen und Inhalt der Leitlinie

Grundlagen der Leitlinien sind psychiatrisches und versicherungsmedizinisches Expertenwissen, sowie die bundesgerichtliche Rechtsprechung inkl. einschlägiger Literatur. Relevante Publikationen sind hierbei ohne Anspruch auf Vollständigkeit berücksichtigt. Bezug genommen wurde insbesondere auf die im Jahre 2004 veröffentlichten Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie⁴. In den hier vorgelegten Leitlinien wurden die bei der Gutachtenerstellung für die Invalidenversicherung (IV) bedeutsamen Elemente extrahiert und nach inhaltlichen Aspekten und dem chronologischen Ablauf der Begutachtung geordnet dargestellt.

Qualifikation, Haltung, Rolle und Aufgabe des Gutachters

Ein psychiatrisches Gutachten für die IV kann nur durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie erstellt werden (vgl. Urteil vom 29.5.2009, 9C/2009, E.4.). In institutionellem Rahmen können Teilaufgaben an einen in psychiatrisch-psychotherapeutischer Weiterbildung befindlichen Assistenzarzt delegiert werden. Das bedingt, dass der Facharzt Teile der Exploration selbst durchführt, sowie die weitere Erstellung des Gutachtens begleitet und das Gutachten mit seiner Unterschrift finalisiert und verantwortet (vgl. Urteil vom 4.1.2008, I 77/2007, E.6.3.). Sollte der Gutachter in einem Fall befangen sein, hat er den Begutachtungsauftrag zurückzuweisen. Der behandelnde Arzt kann nicht als Gutachter eigener Patienten tätig werden.

Rahmen eines psychiatrischen Gutachtens

Die rechtlichen Rahmenbedingungen von medizinischen, insbesondere psychiatrischen IV-Gutachten sind durch das Eidgenössische Invalidenversicherungsgesetz (IVG)⁵ resp. dessen Verordnungen und das Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsgesetzes (ATSG)⁶ geregelt.

Das Bundesgericht erachtet medizinische Beurteilungen dann als aussagekräftig, wenn der Bericht für die strittigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). Es hat darüber hinaus zahlreiche Entscheide zum versicherungsmedizinischen Umgang mit bestimmten Symptomkonstellationen oder Störungsbildern (z.B. somatoforme Schmerzstörung oder HWS-Distorsionstrauma) erlassen.

Vor diesem Hintergrund beantwortet das (psychiatrische) Gutachten in erster Linie die Frage, ob und in welchem Umfang bzw. mit welchen Einschränkungen der versicherten Person das Ausüben der bisherigen (Berufs-) Tätigkeit aus medizinischer Sicht möglich ist oder sein sollte, und die Frage, welche (dem Leiden besser angepassten) anderen Tätigkeiten mit welchen Einschränkungen und gegebenenfalls in welchem Umfang aus medizinischer Sicht von der versicherten Person ausgeübt werden könnten. Der (wertende) weitere Umgang mit diesen Angaben ist anschliessend Sache der Rechtsanwendung und soll von den Medizinern dieser überlassen werden. So ist es z.B. nicht Sache des Gutachters, zu Begriffen wie Erwerbsfähigkeit, Invalidität o.ä. Stellung zu nehmen.

Methodik im Begutachtungsprozess

Dem Ziel einer fachlich fundierten Aussage zu Diagnose und versicherungsmedizinischer Beurteilung (z.B. bzgl. Arbeits- und Leistungsfähigkeit) dient im Begutachtungsprozess ein multimethodaler Ansatz. Die Basisdiagnostik besteht aus Aktenanalyse, Exploration, klinischer Untersuchung und fachspezifischen Instrumenten. Bei entsprechender Indikation und Kompetenz des Gutachters ist der Einsatz weiterer Untersuchungsmittel zu prüfen (s. 4.3.2.).

Bedeutung und Verbindlichkeit dieser Leitlinien

Diese Leitlinien verstehen sich als Empfehlung, von welcher man im begründeten Einzelfall abweichen kann.

Dem Rechtsanwender dienen sie als Orientierung zur Beurteilung der Qualität von psychiatrischen Gutachten.

Im Zentrum dieser Leitlinien steht der strukturierte Aufbau des Gutachtens und des Begutachtungsprozesses. Die so genannten „Formalen Leitlinien“ sollen gleichzeitig den Gutachtenaufbau darstellen.

Im zweiten Teil der Gesamtleitlinien werden zu einzelnen Punkten der formalen Leitlinien inhaltliche Entscheidungshilfen und Instrumente vorgestellt.

Aufbau des psychiatrischen Gutachtens im Abklärungsverfahren des IVG

1. Ausgangslage und Formelles

Der Auftraggeber für medizinische Expertengutachten ist Adressat des Gutachtens und auch zuständig für Rückfragen. Kopien werden nur durch den Auftraggeber verteilt.

Der Gutachter dokumentiert die Information des Probanden bezüglich Rahmenbedingungen und Zweck der Begutachtung (Standardaufklärung s. Anhang).

Der Gutachter ist für die Korrespondenz nach Versand des Gutachtens verantwortlich. Dies betrifft insbesondere die „Rückfragen“ des Auftraggebers. Die Antwort auf eine Rückfrage des Auftraggebers sollte innert 4 Arbeitswochen nach Eingang versendet sein.

1.1 Abwicklung des Gutachtensauftrages/ Formelles

1.1.1 Angaben zum Auftraggeber

1.1.2 Angaben zum Exploranden (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Versicherungsnummer, Angaben zur Überprüfung der Identität)

1.1.3 Angaben zum Gutachter (Adresse, Facharzttitle etc.)

1.1.4 Auftragsdatum, Eingangsdatum, Explorationsdaten und Datum der Gutachtenfertigstellung

1.2 Anlass der Begutachtung

Dieser Absatz enthält die wesentlichsten Elemente des Gutachtensauftrages. Es wird festgehalten, wer, wann und zu welchem Zweck ein GA in Auftrag gegeben hat. Bestehen Unklarheiten in Bezug auf die Fragestellungen, ist beim Auftraggeber rückzufragen, Suggestivfragen dürfen zurückgewiesen werden.

1.3 Grundlagen für das Gutachten

1.3.1 Auflistung d. v. Auftraggeber zur Verfügung gestellten Akten-dossiers (z.B. SUVA-/IV-Akte)

1.3.2 Summarische Auflistung der vom Gutachter zusätzlich beigebrachten (oder anderweitig bei ihm eingegangenen) Aktenstücke respektive telefonischer Nachfragen z. B. beim Hausarzt

Aktenstücke, die der Gutachter zusätzlich beigebracht hat, sind im IV-Verfahren mit dem erstellten Gutachten dem Auftraggeber zur Vervollständigung seiner Aktenlage in Kopie zuzustellen.

1.3.3 Eigene Untersuchungen und Befunde

Dazu gehören auch Angaben zur Untersuchungsdauer (Datum und Uhrzeit von – bis; ggf. je Sitzung bei mehreren Terminen); und bei der Zuhilfenahme eines Dolmetschers dessen Name, die vermittelnde Organisation und in welche Sprache übersetzt wurde.

1.3.4 Zusätzlich durchgeführte Untersuchungen / Zusatzgutachten / Berichterstattung

Hier sind Angaben zu Untersucher/Gutachter, Titel, Datum der Untersuchung und gegebenenfalls Beurteilung erforderlich, auch bei apparativen Untersuchungen, Laboruntersuchungen etc.

Bei gezielten Nachfragen bei behandelnden Ärzten/Therapeuten/Arbeitgeber etc. ist darauf zu achten, dass im Antwortschreiben (bei mündlichen Anfragen Aktennotiz) auch die gestellten Fragen ersichtlich sind.

1.3.5 Angaben von Drittpersonen

2. Aktenauszug

In chronologischer Reihenfolge werden die relevanten Aktenstücke zitiert: Angabe des Autors, des Datums des Berichts, ggf. des allfälligen Auftraggebers respektive Adressaten sowie relevante Diagnosen, Befunde, evtl. Inkonsistenzen/ Beurteilungen. Bewertungen des Akteninhalts sind an dieser Stelle zu unterlassen.

3. Untersuchung

Der Gutachter hat den Exploranden über Ziel, Zweck und Ablauf der Begutachtung zu informieren (vgl. Anhang 1).

Der Gutachter hat den Exploranden persönlich zu untersuchen.

3.1 Spontane Angaben des Exploranden im Rahmen eines offenen Interviews

3.2 Vertiefendes Interview zu folgenden Themen- je nach Fragestellung schwerpunktmässig zu bearbeiten

Auf offensichtliche Widersprüche zwischen den aktuellen Angaben und der Aktenlage ist der Explorand anzusprechen. Dabei soll dem Exploranden das Gefühl vermittelt werden, dass es um die Klärung dieser Widersprüche geht und nicht um eine Anklage oder gar eine Verurteilung. Diese klärende Anamnese ist nur möglich bei genauer Kenntnis der Vorakten.

- 3.2.1 Jetziges Leiden (freier Vortrag und strukturierte Nachfrage)**
Aktuelle Beschwerden; Entstehung/Verlauf der psychischen Beeinträchtigung;
Behandlungsmassnahmen (Erfolge/Misserfolge/Unverträglichkeiten etc.);
Eigene Krankheitskonzepte (Kausalattribution, Ausmass und Gefährlichkeit des Schadens, therapeutische und prognostische Vorstellungen etc.);
Umgang mit den Beschwerden im Alltag? Bewältigungsstrategien?
Zukunftsvorstellungen bzgl. Krankheitsverlauf).
- 3.2.2 Systematische, psychiatrische und somatische Anamnese inkl. Konsum psychotroper Substanzen, evtl. Sexualität etc.**
- 3.2.3 Familienanamnese / Heredität**
- 3.2.4 Besonderheiten bei der Geburt, frühkindliche Entwicklung, Beziehungen innerhalb der Primärfamilie, Verhaltensauffälligkeiten in Vorschulzeit und Schulzeit**
- 3.2.5 Schulischer und beruflicher Werdegang, Ehrenämter, Militär**
- 3.2.6 Berufliche Tätigkeiten und Stellungen im Beruf, Datum und Umstände der Arbeitsaufgabe, ggf. Erfahrungen mit Eingliederungsmassnahmen oder Arbeitsversuchen**
- 3.2.7 Soziale Anamnese (z. B. Wohnung, finanzielle Verhältnisse/Schulden, Partnerschaft, Kinder, Sorgerecht, Vormundschaftliche Massnahmen, Unterhaltspflichten evtl. auch im Heimatland etc., Beziehungsnetz und Beziehungsgestaltung, Umgang des Umfelds mit der Behinderung)**
- 3.2.8 Tagesablauf (detailliert, repräsentativ), Freizeitgestaltung, Hobbies, benötigte Hilfen in Haushalt und Alltag, Benutzung von Verkehrsmitteln, Art der Anreise, Ferienreisen etc.**
- 3.2.9 Bisherige Behandlung(en) inklusive Medikamente (auch Angaben zu Methoden ausserhalb der Schulmedizin, auch Angaben, wenn keine Therapie erfolgt, Angaben von welchem Arzt verordnet)**
- 3.2.10 Einschneidende Erlebnisse; evtl. frühere Konflikte mit dem Gesetz (z. B. auch im Strassenverkehr)**
- 3.2.11 Zukunftsvorstellungen allgemein und in Bezug auf berufliche Tätigkeiten bzw. Eingliederung**

4. Befund

4.1. Verhaltensbeobachtungen und äussere Erscheinung

Hier sollen auch Interaktionen, z. B. mit Bezugspersonen, Kooperation und Motivation, aber auch Stressniveau bei Anreise bzw. Gesprächsbeginn beschrieben werden.

4.2 Sprachliche Verständigung

Angaben zur Muttersprache des Exploranden, zum aktiven und passiven Beherrschen der Landessprache, Angaben, in welcher Sprache die Exploration durchgeführt wurde, Notwendigkeit eines Dolmetschers, ggf. Interaktionen mit Dolmetscher.

4.3 Untersuchungsbefunde

Die Untersuchung im Rahmen des Gutachtens hat ausführlich und für die geklagten Beschwerden bzw. die Fragestellung umfassend zu sein. Allenfalls unsichere oder unklare Untersuchungsergebnisse können durch mehrmalige, eventuell zeitversetzte Untersuchung nach Möglichkeit überprüft werden, ansonsten sind sie als nicht genau erhebbare Befunde zu deklarieren.

4.3.1 Psychiatrischer Befund

Ein ausführlicher klinisch-psychiatrischer Befund ist obligatorisch, einschliesslich eines Status nach AMDP, zusätzlich ist eine Beschreibung der Persönlichkeit erforderlich

4.3.2. Zusatzbefunde (fallspezifisch zu erheben – jeweils Angaben zur Person/Funktion/ Institution/ Datum)

4.3.2.1 Somatischer Befund

In vielen Fällen wurde vor dem psychiatrischen Gutachten die somatische Situation bereits zeitnah abgeklärt. In solchen Fällen steht bei der psychiatrischen Begutachtung eine körperliche Untersuchung nicht im Vordergrund und es kann auf sie verzichtet werden.

Eine somatische Abklärung sollte über den Auftraggeber veranlasst werden, wenn sich bei der psychiatrischen Untersuchung (neue) Hinweise auf noch nicht bekannte somatische Probleme ergeben oder wenn der Explorand nicht ausreichend somatisch untersucht wurde.

4.3.2.2 Testpsychologische Zusatzuntersuchungen (v. a. Leistungs- und Persönlichkeitsdiagnostik)

Bei begründeter Indikation, z. B. Verdacht auf neurokognitive Beeinträchtigungen oder auch bei schwer objektivierbaren Beschwerden bzw. geklagten Funktionseinbussen ist der Einsatz von geeigneten Tests zur Prüfung der Leistungsfähigkeit und auch der Leistungsbereitschaft des Exploranden bzw. der Validität der geklagten Symptome zu prüfen. Diese Verfahren ersetzen nicht die gutachterlichen Bemühungen, sondern stellen einen Zusatzbefund dar, der in die Gesamtbeurteilung einbezogen wird.

4.3.2.3 Apparative und Labor-Untersuchungen

Hinweise zur Indikation der jeweiligen Untersuchung, z.B. bei Medikamentenspiegel

5. Angaben von Drittpersonen

Die Auskunft gebende Person wird über den Zweck der Befragung (Gutachtenerstellung für die IV) und die Gepflogenheiten der Schweigepflicht informiert. Liegt noch keine Vollmacht der versicherten Person hierfür vor (wie zum Beispiel mit der Erklärung im unterschriebenen IV-Anmeldeformular, Vollmacht bei anderen Auftraggebern) , so ist diese vorgängig einzuholen Die Befragung von Angehörigen erfordert vorgängig in jedem Falle die (mündliche) Erlaubnis des Versicherten.

Fremdauskünfte können ein wichtiger Bestandteil des Gutachtens sein, sind aber nicht in jedem Fall zwingend erforderlich. Der Gutachter muss im Gutachten auf Dritt-Auskünfte verweisen. Angaben von Bezugspersonen müssen wegen möglicher Abhängigkeiten mit der nötigen Vorsicht eingeholt und bewertet werden.

Angaben von behandelnden Ärzten, Arbeitgebern, Behörden werden in der Regel durch den Auftraggeber oder in dessen Delegation schriftlich eingeholt.

6. Medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung

6.1 Zusammenfassung der bisherigen persönlichen, beruflichen und gesundheitlichen Entwicklung des Exploranden einschliesslich der aktuellen psychischen, sozialen und gesundheitlichen Situation

6.2 Beurteilung bzw. Einordnung der Beschwerden und Befunde in Bezug auf aktuelle Diagnosesysteme und in Bezug auf frühere, ggf. anderslautende Beurteilungen

Herleitung von Diagnosen, allfällige differenzialdiagnostische Überlegungen; Transparenz, welche Kriterien des jeweiligen Diagnosesystems im konkreten Fall erfüllt sind (inkl. Beispiele); fundierte Aussage zum Schweregrad der Störung. Die wertende Beurteilung, ob aufgrund der genannten Kriterien Überwindbarkeit anzunehmen sei oder nicht, ist Sache der Rechtsanwender (vgl. Anhang 2).

6.3 Diskussion und versicherungsmedizinische Würdigung

Herleitung und Darstellung der Funktions- und Fähigkeitsstörungen sowie der vorhandenen Ressourcen mit kritischer Würdigung der Selbsteinschätzung des Exploranden, der Kooperationsbereitschaft (evtl. vorhandene Inkonsistenzen) des Exploranden, sowie aller vorhandener früherer fachlicher Einschätzungen sowie anderer aktenkundiger Informationen. Für die Bewertung des Eingliederungspotenzials Aussage, ob bisherige Behandlungen wirksam und ausgeschöpft und allenfalls weitere Behandlungsoptionen angeben.

Bei polydisziplinären Gutachten: Angaben zur Synthesekonferenz mit Zeitangaben und Teilnehmern. Das polydisziplinäre Gutachten soll eine Synthese aller Expertenberichte enthalten und die resultierende Leistungsfähigkeitseinschätzung bzw. deren Zustandekommen begründen. Insbesondere die Frage, ob sich die einzelnen Einbussen eher verstärken (also addieren) oder ob eine Schonung aufgrund der einen Störung gleichzeitig den nötigen Schonraum für eine andere Störung bietet, (sich die Funktionseinschränkungen nicht addieren), ist genau zu erörtern. Die psych. Beurteilung soll die psychiatrische Situation separat ausführlich darstellen. Allfällige Differenzen in den einzelnen Berichten sollen von den Experten diskutiert und geklärt werden; noch verbleibende Differenzen sollen im polydisziplinären Gutachten bewertet werden.

6.4 Beantwortung der Fragen

7. Beilagen

Inhaltliche Erläuterungen zum Gutachtenprozess

1. Ausgangslage und Formelles

1.1. **Abwicklung des Gutachtauftrages**

Für die Erstattung eines aussagekräftigen Gutachtens ist ein Auftrag mit klarer Fragestellung und Beschreibung des rechtlichen Rahmens notwendige Voraussetzung (z.B. Leistungsprüfung bei Erstantrag, Rentenrevision o.ä.). Dem Auftrag werden sämtliche zur Verfügung stehenden Akten (ärztliche Berichte, IV-Protokoll etc.) beigefügt. Dazu gehören auch aktuell verfasste IV-Arztberichte der behandelnden Psychiater und Psychotherapeuten, sowie des Hausarztes. Die Akten sind in einer dem Gutachter verständlichen Form bereitgestellt (Sprache, Leserlichkeit etc.). Die Fragen sind medizinisch beantwortbar. Bezüglich des Präzisionsgrades der Antworten ist dem Gutachter ein der Sache angemessener Spielraum eingeräumt. Suggestivfragen werden vermieden. Der Gutachter prüft die Fragestellung. Nötigenfalls erfolgt durch den Auftraggeber auf Verlangen des Gutachters eine Anpassung, Präzisierung oder Ergänzung.

Erforderlichenfalls ist der Gutachter selbst ermächtigt, fehlende Unterlagen direkt einzuholen, da er im Auftrag der ihrerseits bevollmächtigten IV tätig ist. Direkt eingeholte Dokumente sind der IV zu ihren Akten zu überlassen.

...

1.1.4. **Auftragsdatum, Eingangsdatum, Explorationsdaten und Datum der Gutachtenfertigstellung**

Das Gutachten sollte in einem angemessenen Zeitrahmen, der die Komplexität des Gutachtens berücksichtigt, fertig gestellt werden. Sind begründbare Verzögerungen (Zusatzuntersuchungen, Schwierigkeiten bei der Exploration, Fehleinschätzung der Komplexität des Auftrags etc.) absehbar, so sollte der Auftraggeber umgehend informiert und das weitere Vorgehen mit ihm besprochen werden.

...

1.3. **Grundlagen für das Gutachten**

Vollständigkeit und Verständlichkeit der Akten werden geprüft. Fremdsprachige oder unleserliche relevante Dokumente werden vom Auftraggeber übersetzt oder können auf Anregung des Gutachters bei der Versicherung aufbereitet werden. Ein Auftrag kann wegen letztendlich fehlender oder nicht verständlicher Dokumente oder aufgrund anderer, sich aus dem Aktenstudium ergebender Gründe durch den Gutachter zurückgegeben werden. Eine sich in dieser Phase offenbarende persönliche Befangenheit oder ein z.B. aggressiv-tätlicher Explorand, für dessen Untersuchung das verfügbare Setting ungeeignet scheint, seien hier beispielhaft als Gründe für eine Auftragsabweisung genannt.

Wenn der Auftrag angenommen wird, führt der Gutachter eine Aktenanalyse durch. Sie fokussiert auf die aus psychiatrischer Sicht relevanten Hinweise (Psychopathologie, Verhaltensbeobachtungen etc.) und schliesst medizinische wie nicht medizinische Dokumente ein, z.B. den Bericht einer Eingliederungsstätte. Relevante Passagen können wörtlich zitiert oder sinngemäss und aus der Perspektive des Gutachters gewichtend aufbereitet wiedergegeben werden.

Monodisziplinäres Gutachten

Ein monodisziplinäres psychiatrisches Gutachten wird in Auftrag gegeben, wenn bei Auftragserteilung zur Abklärung der Leistungspflicht der IV ausschliesslich psychiatrische Aspekte unklar sind.

Bei einem monodisziplinären Gutachten kann der Gutachter nebst der Laboruntersuchung eine psychologische Testung (z.B. Persönlichkeitsdiagnostik und/oder Leistungstestung wie z. B. Neuropsychologie) in Auftrag geben und deren Befund in seine Beurteilung integrieren. Falls ihm eine organmedizinische Abklärung für seine Beurteilung erforderlich erscheint, so ist die zusätzliche Einholung eines entsprechenden Teilgutachtens vorab mit dem Auftraggeber abzustimmen. Lehnt dieser die Kostengutsprache für das Teilgutachten bzw. die zusätzliche Auftragserteilung ab, weist der psychiatrische Gutachter im Gutachten auf diese Einschränkung der Beurteilung hin. In jedem Falle müssen vorliegende somatische Befunde in der psychiatrischen Beurteilung berücksichtigt werden.

Psychiatrisches Fachgutachten im Rahmen eines polydisziplinären Gutachtens

Ein psychiatrisches Fachgutachten kann auch Element eines polydisziplinären Gutachtens sein. Während die gutachterliche Methodik im Prinzip weitgehend gleich ist, müssen relevante Befunde und Diagnosen von anderen beteiligten Disziplinen in der psychiatrischen Beurteilung ausreichend berücksichtigt werden.

...

3. Untersuchung / Exploration

Äusserer Rahmen

Für die Exploration wird eine angemessene Dauer empfohlen. Insbesondere bei erstmaliger Begutachtung, Störungsbildern mit fluktuierendem Charakter, Explorationsschwierigkeiten etc. kann es sinnvoll sein, den Exploranden mehrfach zu explorieren. Bei notwendiger Übersetzung ist entsprechend mehr Zeit einzuplanen. Die Übersetzung wird von einem professionellen Dolmetscher gewährleistet. Der Gutachter trägt Sorge dafür, dass er für diesen Zeitraum ungestört bleibt und die Sicherheit für die Beteiligten (z.B. in medizinischen Notfällen) gewährleistet ist.

Die Exploration selbst findet in der Regel, von begründeten Ausnahmen abgesehen, mit dem Versicherten allein (allenfalls zusätzlich mit einem professionellen Dolmetscher) statt, da die Anwesenheit Dritter bzw. Angehöriger kontraproduktiv sein und zu Verfälschungen führen kann^{7,8}. Es kann in bestimmten Situationen ausnahmsweise sinnvoll sein, zumindest einen Teil der Exploration in Anwesenheit bzw. unter Einbezug eines Angehörigen durchzuführen. Es muss in diesen Fällen aus dem Gutachten klar hervorgehen, welche Angaben von dem Exploranden direkt und welche von dem Angehörigen stammen. Die Interaktion in diesem erweiterten Setting bzw. mögliche Auffälligkeiten hierbei sind im Gutachten zu beschreiben und in die Beurteilung mit einzubeziehen.

Ob Dritte an der Untersuchung teilnehmen oder nicht, entscheidet der Gutachter (vgl. Urteil vom 26.6.2007, I 42/06, E.4.5). Auch die Untersuchung im gutachterlichen Kontext soll darauf ausgerichtet sein, mögliche Schäden bei der versicherten Person zu vermeiden. Dennoch kann eine Begutachtung eine belastende und anstrengende Situation sein, was auch durch ein vorsichtiges und empathisches Vorgehen des Gutachters nicht verhindert werden kann.

Allgemeine Prinzipien der Exploration

Der Untersuchungsstil soll fachgerecht und individuell an die Fragestellung und den Exploranden angepasst werden. Insbesondere sind dessen kognitive Möglichkeiten, sowie allfällige weitere Psychopathologie und Persönlichkeitsaspekte zu berücksichtigen. Ein breites Spektrum explorativer Techniken und Strategien, vom unstrukturierten Interview bis zu stärker strukturierender Gesprächsführung ist Teil der Untersuchung.

Diskrepanzen zwischen den Angaben in den Akten, Selbstauskünften und / oder dem beobachtbaren Verhalten des Exploranden sollten in der Untersuchung angesprochen werden. Es kann sich um einfache Missverständnisse (wie fehlerhafte Terminangaben in Unterlagen), widersprüchliche biographische Angaben oder Diskrepanzen zwischen berichteter und beobachteter Psychopathologie handeln. Hinweise auf mangelnde Mitarbeit sollen so gut wie möglich im Gespräch geklärt werden. Hierbei ist es besonders wichtig, dem Exploranden zu vermitteln, dass es um Klärung geht.

Empfehlungen zum Ablauf einer Exploration

Ziel der offenen Einleitung ist es, dem subjektiven Empfinden und der Perspektive des Exploranden Raum zu geben und die Darstellung grundlegender Merkmale seiner Persönlichkeit, seines Erlebens, Verhaltens und seiner Beziehungsgestaltung möglich zu machen. Diese Explorationstechnik kann in jeder Phase der Untersuchung, z.B. wenn ein besonders bedeutsames Thema dies fruchtbar erscheinen lässt, wieder aufgegriffen werden.

Nach dieser ersten Phase dient das folgende stärker strukturierte, spezifizierende „Nachfragen“ in direkterem Stil (im Sinne einer zweiten Phase), auch mittels geschlossener Fragen, der vertieften Erhebung von Details und des bisherigen Verlaufs der angegebenen Beschwerden, sowie der Erfassung nicht spontan genannter Symptome. Unabhängig von den Spontanangaben des Exploranden sollen in einer psychiatrischen Untersuchung aktuelle anamnestische Angaben (teilweise dem „Befund“ zuzurechnen, s.o.) zu allen wesentlichen Symptombereichen nach AMDP erhoben werden.⁹

Der bisherige Verlauf der geklagten Beschwerden umfasst auch allfällige Therapieversuche, sowie deren Erfolg oder Gründe des Abbruchs etc. In dieser Phase werden zudem (implizit) Krankheitskonzepte des Exploranden, sowie (explizit) seine Vorstellungen bezüglich seiner weiteren Entwicklung (mit der Krankheit) und vor allem die eigene Einschätzung seiner Arbeitsfähigkeit (was, welches Pensum, unter welchen Bedingungen, etc.) erfragt. Manchmal bietet es sich auch schon in dieser zweiten Phase an, aus der Anamnese oder dem Verhalten erschliessbare Persönlichkeitszüge (emotionale Instabilität, Hinweise auf zwanghafte oder paranoide Züge, aber auch im Sinne allgemeiner Charakterisierung, wie intro- vs. extrovertiert, etc.) weiter zu explorieren.

In einer dritten Phase können in noch stärker direkter Form weitere Angaben wie z.B. die Familienanamnese, aktuelle Medikation, Gebrauch von Noxen, soziale Situation und die Biographie erfragt werden, sofern dies nicht schon zuvor thematisiert wurde.

Besondere Bedeutung kommt der detaillierten Beschreibung eines üblichen Tagesablaufs durch den Versicherten zu, da sich hieraus häufig Hinweise auf Interessen, Aktivitäten, Alltagsgewohnheiten und damit Potential und Ressourcen, jedoch auch Diskrepanzen zu anderen Angaben oder dem Verhalten in der Untersuchung ergeben. Die Analyse der Interaktion der Bezugspersonen rund um die Symptomatik gibt Aufschluss über mögliche verstärkende Faktoren.

Zum Abschluss der Untersuchung können bei gegebener Indikation oder auch routinemässig orientierende Tests kognitiver Funktionen (3-Wörter-Test, Rückwärtszählen, Sprichwortverständnis etc.) durchgeführt bzw. diagnostische Fragebögen zur Fundierung des psychopathologischen Befundes ausgegeben werden. Der Explorand erhält an dieser Stelle auch Gelegenheit für Ergänzungen.

Das Risiko von Missverständnissen bei den Angaben des Exploranden kann reduziert werden, indem der Gutachter diese Angaben gegenüber dem Exploranden wiederholt.

Vorbereitungen bei Probanden aus anderen Kultur- und Sprachräumen

Verständigungsbarrieren sollen möglichst weitgehend eliminiert werden (vgl. Urteil vom 4.1.2008, I 77/07, E. 5.1.1). Sind Sprachschwierigkeiten bekannt, so weist der Auftraggeber bereits darauf hin. Dies zieht den niederschweligen Einsatz von professionellen Dolmetschern bei fremdsprachigen Exploranden nach sich; Angehörige des Exploranden können damit nicht beauftragt werden. Hinweise auf die sprachlichen Fähigkeiten des Exploranden können auch die behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten geben, im Zweifelsfall kann man mit dem Exploranden selbst in Kontakt treten.

Zu Beginn der Exploration muss die allfällige Befangenheit eines Dolmetschers geklärt werden.

...

4. Befund

...

4.3. Untersuchungsbefunde

...

4.3.2. Nutzung von Zusatzdiagnostik

Für die Erstellung eines Gutachtens ist neben der o.g. Basisdiagnostik der Einsatz von Zusatzdiagnostik bei entsprechender Indikation zu empfehlen.

Allgemeine Zusatzuntersuchungen

Der Einsatz von Serum- und Urinuntersuchungen zum Ausschluss somatischer Ursachen psychiatrischer Symptome ist zu erwägen. Zur Überprüfung des regelmässigen Konsums psychotroper Substanzen haben Haaranalysen zunehmend Bedeutung erlangt.

Bei Hinweisen auf fehlenden Therapieresponse, unerklärlich starke Nebenwirkungen, Zweifel an der korrekten Einnahme von verordneten Medikamenten etc. ist die Bestimmung der Serumspiegel der wichtigsten verordneten bzw. angegebenen Psychopharmaka zu empfehlen. Folgender Ablauf ist sinnvoll: Nach Information des Exploranden und genauer Exploration bezüglich Dosis, Frequenz und Zeitpunkt der letzten Einnahme des Medikaments erfolgt die Blutentnahme. Die Befundkopien sollten dem Gutachten beigelegt werden. Die Interpretation erfordert Kenntnisse der Pharmakokinetik; Inkonsistente Befunde können verschiedene Ursachen haben (poor metabolizer, rapid metabolizer, Resorptionsstörungen, Nichteinnahme etc.). Eine Bestimmung der Metaboliten kann hier zusätzliche Informationen liefern.

In Einzelfällen kann eine körperliche Untersuchung angezeigt sein.

Psychiatrische Zusatzuntersuchungen

Je nach präsentierter Symptomatik kann der Einsatz von Fragebogendiagnostik (Selbst- und Fremdrating) sinnvoll sein. Die klinische Untersuchung bleibt dabei Grundlage dafür, ob die testpsychologisch gewonnenen Resultate plausibel sind.

Erweiterte (neuro-)psychologische Testung

Bei der Notwendigkeit aufwendigerer Testverfahren, etwa zur Persönlichkeitsdiagnostik oder Feststellung des kognitiven Funktionsniveaus hat sich die Beauftragung eines hierin spezialisierten Psychologen oder Arztes als sinnvoll erwiesen. Deren Befunde sind als Zusatzbefunde in die ärztlich zu erfolgende gutachterliche Gesamtbeurteilung und versicherungspsychiatrische Würdigung einzubeziehen. Die Testberichte sind dem Gutachten im Original beizufügen.

Weitere (z.B. apparative) Zusatzuntersuchungen

In Einzelfällen - bei entsprechenden Hinweisen in den Akten oder aus seiner Untersuchung heraus - wird der psychiatrische Gutachter weitere, z.B. apparative Zusatzdiagnostik anregen. Insbesondere bei kostenintensiven Verfahren sollte die Indikation im Hinblick auf die versicherungsmedizinische Fragestellung gut geprüft und der Einsatz vorgängig mit dem Auftraggeber abgestimmt werden.

Beschwerdvalidierung

Obligater Bestandteil eines versicherungspsychiatrischen Gutachtens für die IV ist eine Stellungnahme zur Beschwerdvalidität. Das beinhaltet eine Stellungnahme zu der Frage, ob die berichteten, nicht direkt beobachteten Beschwerden und präsentierten Symptome in sich konsistent sind oder ob Diskrepanzen, allenfalls sogar Widersprüche bestehen. Dies gelingt am ehesten durch eine Gegenüberstellung der erhobenen Informationen mit Hilfe der verschiedensten methodischen Zugänge. Diesbezüglich relevant sind Hinweise aus der Verhaltensbeobachtung und dem Anamneseverlauf, wie sie in entsprechenden Kriterienkatalogen aufgeführt sind¹⁰⁻¹². Hierzu können z. B. eine auffallend diffuse Beschwerdeschilderung, die fehlende Angabe von Details oder Beispielen zu den Beschwerden auch auf Nachfrage, sowie Widersprüchlichkeiten innerhalb der Anamnese, zwischen Anamnese und Verhalten bzw. zwischen Anamneseverlauf / Verhalten und Testsituation gehören. Der Einsatz von Testverfahren zur Symptomvalidierung kann sinnvoll sein. Die Anwendung setzt jedoch eine diesbezügliche Kompetenz und Erfahrung voraus. Insbesondere muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden, dass die Instrumente in der Regel für andere Indikationsbereiche entwickelt wurden und für die psychiatrische Begutachtung nicht validiert sind.

Indikationsstellung und Integration von Teilgutachten somatischer Disziplinen

Falls der somatische Status im Hinblick auf die zu beantwortenden gutachterlichen Fragen nicht ausreichend geklärt ist, ist nach Rücksprache mit dem Auftraggeber ein somatisches Teilgutachten in Auftrag zu geben bzw. dieser um eine entsprechende Auftragserteilung zu ersuchen. Ein solcher Schritt sollte aufgrund des entstehenden Aufwandes fachlich fundiert erfolgen, in vorhergehender Abstimmung mit somatischen Fachdisziplinen.

Falls ein somatisches Teilgutachten angefordert wird, so ist dies in Auszügen im psychiatrischen Gutachten zu zitieren und diesem im Original beizulegen. Insbesondere müssen die versicherungsmedizinisch relevanten Aspekte aus dem somatischen Gutachten (Stellungnahmen bzgl. Arbeitsfähigkeit, empfohlenen / zumutbaren Massnahmen, Prognose etc.) in den entsprechenden Absatz des integrierenden psychiatrischen Gutachtens aufgenommen und letztlich zu einer Stellungnahme zusammengeführt werden.

6. Medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung

Wesentliche Prinzipien und Elemente der gutachterlichen Beurteilung

Die psychiatrische und versicherungsmedizinische Beurteilung bzw. die Würdigung und Synthese der erhobenen Angaben und Befunde bilden das Kernstück des versicherungspsychiatrischen Gutachtens. In diesem Kapitel wird die Methodik im Begutachtungsprozess beschrieben.

6.2. Beurteilung bzw. Einordnung der Beschwerden und Befunde in Bezug auf aktuelle Diagnosesysteme und in Bezug auf frühere, auch anders lautende Beurteilungen

Kriteriengeleitete Diagnosestellung

Sämtliche erhobenen und ausgewerteten Daten stellen die Grundlage der Diagnosestellung dar. Der Prozess der Diagnosestellung beinhaltet eine Integration dieser Informationen, wobei Diskrepanzen zu berücksichtigen und hinsichtlich ihrer Bedeutung zu interpretieren sind. Hierdurch beschränkt sich der Gutachter auf eine aus seiner Sicht belegte Befundlage. Die hieraus hergeleitete Diagnose muss begründet werden: Sie wird den Kriterien der aktuellen ICD oder des aktuellen DSM gegenübergestellt, und es wird geprüft, welche der Kriterien aufgrund der Befunde erfüllt sind. Neben der Diagnosebegründung sind auch Differenzialdiagnosen zu diskutieren. Widersprüche (z.B. zwischen Aktenlage und klinischem Querschnittsbefund, zwischen Beschwerden und klinischem Befund, zwischen Befund zu Ergebnissen von Zusatzuntersuchungen), müssen offengelegt und soweit wie möglich geklärt werden. Dazu gehören auch die Berücksichtigung dynamischer Prozesse im Krankheitsverlauf psychischer Störungen und die Kontextabhängigkeit von Befunden.

6.3. Diskussion und versicherungsmedizinische Würdigung

Kriteriengeleitete Beurteilung von Funktionseinschränkungen

In einem weiteren Schritt werden die Aktivitäts- und Partizipationsstörungen des Exploranden geprüft. Dabei wird auf die zuvor gemachten Beurteilungsschritte und allenfalls die Kategorien für Aktivitäten und Fähigkeiten (z.B. in Anlehnung an den Mini-ICF-APP^{13,14}) Bezug genommen. Die gestellte(n) Diagnose(n) ist/sind Referenz für allfällige Funktionseinschränkungen: Welche Einschränkungen können aus der Diagnose resultieren? Welche liegen vor? Bei gleicher ICD-Diagnose können bei verschiedenen Individuen unterschiedliche Einschränkungen bestehen, da sowohl das Vorhandensein bzw. die Kombination einzelner Symptome, als auch deren Ausprägung und z.B. persönlichkeitsabhängige Bewältigungsstrategien in die graduelle Bestimmung der Funktionseinschränkung einfließen.

Herleitung des positiven Leistungsbildes

Das Leistungsprofil soll sowohl negativ als auch positiv beschrieben werden. Dadurch wird die Aussage darüber, zu welchen Leistungen die betreffende Person noch in der Lage ist, verlässlicher. Wichtig ist die konkrete Stellungnahme dazu, welche Tätigkeiten in welchem Ausmass und unter welchen Bedingungen dem Versicherten möglich sind.

Auch Aussagen zur Fahrtauglichkeit beim Besitz eines Führerausweises sind hier erwünscht.

Herleitung der quantitativen und qualitativen Arbeits- und der Leistungsfähigkeit

Angelehnt an das positive Leistungsbild sind darauf folgend detailliert die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit des Versicherten aufzuführen. Dabei geht es zunächst um die quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, die in Prozent des Gesamtpensums oder – genauer - in Stunden (pro Tag, wie lange ohne Unterbrechung, an wie vielen Tagen pro Woche ?) anzugeben ist.

Die qualitativen Einschränkungen wurden bereits im Rahmen des negativen und positiven Leistungsbildes konkretisiert (z. B. Einschränkungen der Konzentrations- oder Teamfähigkeit, der Stresstoleranz o. ä.). Für die leidensangepasste Verweistätigkeit als eine Arbeit, die diese qualitativen Einschränkungen berücksichtigt, ist in der Folge das hierin mögliche zeitliche Pensum anzugeben.

Darüber hinaus mögliche Einschränkungen der effektiven Leistungsfähigkeit oder Belastbarkeit (Rendement) im Rahmen des angegebenen Pensums sind als solche mit den entsprechenden Implikationen (z.B. vermehrtem Pausenbedarf) zusätzlich anzugeben. Dabei sollte die Herleitung der Einschränkungen für den Auftraggeber oder allfällige Rechtsanwender verständlich zur Darstellung gebracht werden.¹⁵

Stellungnahme zur willentlichen Steuerbarkeit bzw. „Überwindbarkeit“ der Beschwerden

Die Frage der Überwindbarkeit ist ein unbestimmter Rechtsbegriff. Gutachtende sollten deshalb nicht erklären, ob vorliegende Beschwerden überwindbar oder nicht überwindbar sind. Ihre Aufgabe besteht darin, die medizinischen Grundlagen für die rechtliche Entscheidung zu liefern, also die Frage zu beantworten, ob es medizinische Gründe gibt, die es dem Exploranden verwehren, trotz seiner Beschwerden eine bestimmte Tätigkeit auszuüben. Diese medizinischen Gründe müssen geprüft und gegebenenfalls dargelegt werden (s. Annex 1)^{16,17}.

Zumutbarkeit von Massnahmen

Wie die Überwindbarkeit ist die Zumutbarkeit ein unbestimmter Rechtsbegriff. Er umfasst nicht nur medizinische, sondern auch rechtliche Aspekte. Der Gutachter sollte sich auf die medizinischen Aspekte beschränken und klären, ob allenfalls medizinische Gründe gegen den Einsatz bei einer bestimmten Tätigkeit bzw. die Durchführung von beruflichen oder therapeutischen Massnahmen vorliegen, die an sich geeignet wären, die Arbeitsfähigkeit zu verbessern. Dies kann z.B. aufgrund von Kontraindikationen oder einem ungünstigen Nutzen-Risiko-Verhältnis der Fall sein.^{18,19}

Prognose aus psychiatrischer und versicherungsmedizinischer Sicht

Abschliessend ist eine Stellungnahme dazu notwendig, ob und in welchem Zeitrahmen nach Beginn der empfohlenen therapeutischen Massnahmen (gemäss gültigen Therapieleitlinien^{z.B.20}) mit einer Verbesserung des Zustandes bzw. tatsächlich einer „bedeutsamen“ Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, zu rechnen ist. Gegebenenfalls sollte ein Zeitpunkt für die Neubeurteilung empfohlen werden.

Literatur

1. Zitierte Literatur

1. Meins W (2010). Grenzen und Irrwege psychiatrischer Begutachtung. *MedSach*, 106, 153-157.
2. Dittmann V, Ebner G, Herdt J, Junge C, Träbert S (2009). *Literaturstudie als Grundlage zur Entwicklung von evidenzbasierten Gütekriterien zur Beurteilung von psychischen Behinderungen. Forschungsprogramm zu Invalidität und Behinderung des Bundesamtes für Sozialversicherungen*. www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen/00098/index.html
3. Dittmann V (2005). Qualitätskriterien psychiatrischer Gutachten. Was darf der Jurist vom psychiatrischen Gutachter erwarten? In Ebner G, Dittmann V, Gravier B, Hoffmann K, Raggenbass R (Eds.), *Psychiatrie und Recht*. Zürich: Schulthess, S.126-140.
4. Schweiz. Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie (2004). Leitlinien der Schweiz. Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen. *SAeZ*. 85, Nr. 20, 148-151
5. Schweizerisches Invalidenversicherungsgesetz (IVG). <http://www.prontegral.ch/templates/rpintegral/docs/Invalidenversicherungsgesetz.pdf>
6. Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG). <http://www.admin.ch/ch/d/as/2002/3371.pdf>
7. Foerster K, Winckler P (2009). Anwesenheit dritter Personen. In Foerster K, Dressing H (Hrsg.), *Venzlaff Foerster Psychiatrische Begutachtung*. 5. Aufl. München: Urban & Fischer, S. 19.
8. Hausotter W (2007). „Beistände“ bei Begutachtungen – aus der Sicht des medizinischen Sachverständigen. *MedSach* 103, 27-29
9. AMDP (2006). *Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde*. 8. überarbeitete Aufl. Göttingen: Hogrefe.
10. Slick DJ, Sherman EMS, Iverson GL (1999). Diagnostic Criteria for Malingered Neurocognitive Dysfunction: Proposed Standards for Clinical Practice and Research. *The Clinical Neuropsychologist*, 13, No.4, 545-561.
11. Svitak M, Müller-Svitak S, Rauh E (2007). Zur Anwendung von Glaubhaftigkeitskriterien in der Begutachtung somatoformer Störungen. *Versicherungsmedizin*, 59 (4), 170-75.
12. Blaskewitz N, Merten T (2007). Diagnostik der Beschwerdenuvalidität - Diagnostik bei Simulationsverdacht: ein Update von 2002 bis 2005. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie*, 75, 140-54.

13. Linden M, Baron S (2005). Das Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P). Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. *Rehabilitation*, 44 (3), 144-151.
14. Linden M, Baron S, Muschalla B (2009). *Mini-ICF-APP. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen (Manual und Materialien)*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe.
15. Swiss Insurance Medicine (SIM, Schweizerische Interessengemeinschaft für Versicherungsmedizin) (Hrsg.) (2009). *Arbeitsfähigkeit. Leitlinie zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nach Unfällen und bei Krankheit*. 2. Aufl. Winterthur: SIM.
16. Foerster K. (2009). Das Problem der „zumutbaren Willensanspannung“. In Foerster K, Dressing H (Hrsg.), *Venzlaff Foerster Psychiatrische Begutachtung*. 5. Aufl. München: Urban & Fischer, S. 661.
17. Mosimann HJ, Ebner G (2008). „Objektiv nicht überwindbare“ Erwerbsunfähigkeit: Überlegungen zu Art.7 Abs.2 ATSG aus juristischer und psychiatrischer Sicht. *Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge (SZS)*; 52, S. 513 ff.
18. Dittmann V (2009). Zumutbarkeit. In Foerster K, Dressing H (Hrsg), *Psychiatrische Begutachtung*. 5. Aufl. München: Urban & Fischer, S. 931-932.
19. Swiss Insurance Medicine (SIM, Schweizerische Interessengemeinschaft für Versicherungsmedizin) (Hrsg.) (2007). *Zumutbare Arbeitstätigkeit nach Unfall und bei Krankheit*. 1. Aufl. Winterthur: SIM.
20. Therapieleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN). www.dgppn.de/publikationen/leitlinien.html

2. Empfohlene / weiterführende Literatur

Apfel T, Riecher-Rössler A (2005). Do Psychiatric Patients Receive Disability Pension before Adequate Diagnostics and Treatment? Evaluation of 101 Psychiatric Expertises Done on Behalf of the Swiss Invalidity Insurance at the Psychiatric Outpatient Department Basel in 2002. *Psychiatrische Praxis*, 32 (4), 172-176

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2008). Begutachtung - Überarbeitete Leitlinie der AWMF zur Begutachtung von Schmerzen. *Z Orthop Ihre Grenzgeb*, 146, 151-161.

BfS (2010a). Botschaft zur IV-Revision 6a.

BfS (2010b). Vernehmlassung zur 6. IV-Revision, zweites Massnahmenpaket (IV-Revision 6b).

- Bianchini KJ, Greve, KW, Glynn G (2005). On the diagnosis of malingered pain-related disability: Lessons from cognitive malingering research. *The Spine Journal*, 5 (4), 404-417.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (2000). Kranken- und Unfallversicherung. Rechtsprechung und Verwaltungspraxis. RKUV/RAMA/RAMI, 5.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (2008). Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH).
- Conne R (2009). Zur Qualität versicherungspsychiatrischer Gutachten. *SZS*, 4, 1-5.
- Dickmann JR, Brooks A (2007). Das psychiatrische Gutachten im Rentenverfahren - wie reliabel? [Psychiatric expert opinion in case of early retirement - how reliable?]. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie*, 75 (7), 397-401.
- Dohrenbusch R (2007). *Begutachtung somatoformer Störungen und chronifizierter Schmerzen. Konzepte - Methoden - Beispiele*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dohrenbusch R (2009a). Symptom- und Beschwerdevalidierung chronifizierter Schmerzen in sozialmedizinischer Begutachtung. Teil I: Terminologische und methodologische Zugänge. *Schmerz*, 23, 231-240.
- Dohrenbusch R (2009b). Symptom- und Beschwerdevalidierung chronifizierter Schmerzen in sozialmedizinischer Begutachtung. Teil II: Analyseebenen und Bewertungsvorschläge. *Schmerz*, 23, 241-250.
- Dohrenbusch R (2011). *Zur Bedeutung von testpsychologischen Methoden bei der Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen*. Paper presented at the Fachkreis Versicherungsmedizin, Risiko- und Leistungsprüfung / IPGO September 2011, Frankfurt.
- Dohrenbusch R, Merten T (2010a). Psychologische Mess- und Testverfahren. Aussagekraft in der sozialmedizinischen Begutachtung. *Psychotherapeut*, 55, 389-393.
- Ebner G, Dittmann V, Gravier B, Hoffmann K, Raggenbass R (2005). *Psychiatrie und Recht / Psychiatrie et Droit (Band 10)*. Zürich: Schulthess.
- Ebner G (2010). Die besonderen Probleme der psychiatrischen Leistungseinschätzung. In Murer E (Hrsg), *Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Begutachtung*. pp. 3-18. Bern: Stämpfli.
- Ebner G (2010). Psychiatrische Begutachtung von Migrantinnen und Migranten. Gütekriterien für eine interkulturelle Begutachtung. In Hegemann Th, Ramazan S (Hrsg), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie*. 2. Aufl. S. 216-241. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- FMH (2010). Medienmitteilung: Die FMH zum 2. Massnahmenpaket der 6. IVG-Revision. Unternehmen endlich überzeugend einbinden.

- FMH (2010). Vernehmlassung zur IVG-Revision 6b (6. IV-Revision, zweites Massnahmenpaket) - Stellungnahme der FMH
- Foerster K, Dressing H (Hrsg) (2009). *Venzlaff Foerster Psychiatrische Begutachtung*. 5. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag.
- Foerster K, Dressing H (2010). Die „zumutbare Willensanspannung“ in der sozialmedizinischen Begutachtung. *Nervenarzt*, 81, 1092-1096.
- Hausotter W (2010a). Begutachtung somatoformer Störungen (I). *Versicherungsmedizin*, 62 (3), 122-125.
- Hausotter W (2010b). Begutachtung somatoformer Störungen (II). *Versicherungsmedizin*, 62 (4), 172-175.
- Heilbronner RL, Sweet JJ, Morgan JE, Larrabee GJ, Millis SR (2009). American Academy of Clinical Neuropsychology Consensus Conference Statement on the neuropsychological assessment of effort, response bias, and malingering. *Clin Neuropsychol*, 23 (7), 1093-1129.
- Henningsen P (2005). Zur Begutachtung somatoformer Störungen. Referat. *Praxis*, 94 (2007-2010).
- Hoffmann-Richter U (2005). *Die psychiatrische Begutachtung. Eine allgemeine Einführung*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
- Kopp HG (2006). Die psychiatrische Begutachtung von Schmerzstörungen. Eine interdisziplinäre Aufgabe mit (oft entscheidender) psychiatrischer Beteiligung. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 4, 9-14.
- Marelli R (2008). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Grenzbereich von Psyche und Soma. *Schweizerische Ärztezeitung*, 89 (25), 1140-1143.
- Marelli R (2011). Am Scheideweg von Medizin und Recht. *Jusletter* 10. Oktober 2011.
- Marelli R, Kopp HG, Küchenhoff J (2010). Multidimensionale Beurteilung somatoformer Störungen im versicherungspsychiatrischen Kontext. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*; 161 (4);: 117-127
- Merten T (2011). Beschwerdenuvalidierung bei der Begutachtung kognitiver und psychischer Störungen [Symptom validity assessment and forensic evaluation of cognitive and mental disorders]. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie*, 79 (2), 102-116.
- Rabovsky K (2011). Beschwerdenuvalidierung bei versicherungspsychiatrischen Begutachtungen – aktueller Stand und Entwicklungslinien. *Versicherungspsychiatrisches Bulletin*, Schweizerische Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie, Nr. 22.
- Riecher-Rössler A, Nussbaum C, Grize L, Apfel T (2008). Treatment recommendations in psychiatric disability insurance expertises: Are they helpful? *Fortschritte Neurologie Psychiatrie*, 76 (3), 160-165.
- Riecher-Rössler A, Apfel T (2008). Delay of diagnosis and treatment in psychiatric patients applying for a disability pension - a challenge for all of us. *Swiss Medical Weekly*, 138 (23-24), 348-354.

- Schneider F, Frister H, Olzen D (2010). Renten- und Entschädigungsleistungen. In F. Schneider (Ed.), *Begutachtung psychischer Störungen* (pp. 232-231). Heidelberg: Springer.
- Schneider W, Becker D, Dohrenbusch R, Freyberger HJ, Gündel H, Henningsen P et al. (2010). Gutachtenleitfaden. Berufliche Leistungsbegutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. *Psychotherapeut* 55, 380–388.
- Schneider W, Becker D, Vogel M, Freyberger HJ, Gündel H, Henningsen P, Köllner V, Dohrenbusch R (2011). Begutachtung der Leistungsfähigkeit bei Personen mit psychischen und psychosomatischen Störungen - ein diagnostisches Modell. *Versicherungsmedizin*; 63 (2).

Annex/ Begriffe

Anhang 1:

Aufklärung für Probanden und Probandinnen resp. Exploranden und Explorandinnen (mögliche Inhalte für eine Aufklärung und Dokumentation der Verständnisprüfung)

Der Explorand / die Explorandin wurde über Sinn und Zweck der Exploration aufgeklärt:

Es handelt sich nicht um eine Behandlung sondern um eine Begutachtung im Auftrag der Versicherung. Zentrale Fragen dabei sind, ob und falls ja welche Diagnosen vorliegen, was deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind, ob medizinische oder berufliche Massnahmen notwendig sind und wie die Prognose ist. Der Entscheid über allfällige Leistungen liegt nicht bei dem Gutachter / der Gutachterin; diese/r liefert nur die medizinischen Grundlagen, den Entscheid über allfällige Leistungen trifft der Auftraggeber.

Der Gutachter / die Gutachterin unterliegt der Schweigepflicht wie jeder Arzt, aber dem Auftraggeber gegenüber werden alle Informationen, welche während der Begutachtung erhoben wurden, zukommen, so wie es in der Vollmacht bzw. Ermächtigung, welche der Explorand / die Explorandin unterschrieben hat, auch vorgesehen ist. So ist es also nicht möglich, dem Gutachter / der Gutachterin etwas im Vertrauen zu sagen, was nicht an den Auftraggeber weitergegeben werden dürfe. In einem solchen Fall kann das Gutachten nicht erstellt werden, sofern es sich um eine Information, welche für das Gutachten relevant ist, handeln sollte.

Der Explorand / die Explorandin hat auch nicht das Recht, dass eine Begleitperson bei den Explorationsgesprächen mit dabei ist, dies gilt auch beim Einholen von Fremdauskünften.

Der Explorand / die Explorandin kann das Gutachten nach Fertigstellung und Versand an die Versicherung von dort anfordern.

Der Explorand wurde gebeten den Inhalt dieser Information kurz wiederzugeben, um zu prüfen, ob er sie verstanden hat. Er gab die Informationen mit eigenen Worten korrekt wieder.

Anhang2:

Zu den Begriffen „Überwindbarkeit“ und „Zumutbarkeit“

Die Rechtsprechung ist - beginnend mit der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (BGE 130 V 352) - dazu übergegangen, im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung bei Schmerzleiden, dann, wenn Schmerzangaben nicht durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind, zu vermuten, dass diese in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken vermögen, sondern überwindbar sind. Ob ausnahmsweise eine Unzumutbarkeit einer willentlichen Leidensüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess anzunehmen ist, prüft die Rechtsprechung anhand bestimmter Kriterien (die an von Klaus Foerster postulierte Prognosekriterien angelehnt sind).

Liegt ein Schmerzleiden vor, so dient es der Rechtsanwendung, wenn im psychiatrischen Gutachten Angaben zu diesen Kriterien gemacht werden. Es sind dies: eine mitwirkende, psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer; chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission; ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbe-

wältigung (primärer Krankheitsgewinn); unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person (BGE 136 V 281 f. E. 3.2.1).