

Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten

Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP

Leitlinien für die Begutachtung psychiatrischer und
psychosomatischer Störungen in der Versicherungsmedizin

16.06.2016

3. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage
(Korrigenda 17.10.2016)

Autoren:

Gerhard Ebner, Etienne Colomb, Ralph Mager, Renato Marelli, Fulvia Rota

(Autoren der Leitlinien 2012, zweite Auflage, 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:

Yvonne Bollag, Ueli Kieser, Hans-Jakob Mosimann

Inhaltliche Prüfung und Überarbeitung:

Volker Dittmann, Monika Hermelink, Hans Georg Kopp

Diese Leitlinien werden unter der Verantwortung der SGPP/SGVP regelmässig weiterentwickelt. Literaturverzeichnis und Anhang werden aktualisiert und können auf www.psychiatrie.ch heruntergeladen werden

Inhaltsverzeichnis

Präambel.....	2
Grundlagen	4
Aufbau des psychiatrischen Gutachtens in der Versicherungsmedizin	7
Erläuterungen zum Gutachtenprozess	13
Anhang.....	24
Glossar.....	38
Verwendete und weiterführende Literatur	42
Autoren	48

Präambel

Die vorliegenden Leitlinien stellen die dritte Auflage der seit 2004 (Schweizerische Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie SGVP, Marelli 2004) publizierten Leitlinien zur psychiatrischen Begutachtung dar; sie orientieren sich massgeblich – auch im Sinne der Kontinuität - an der 2012 publizierten 2. Auflage der Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP (Colomb et al. 2012), welche dem aktuellen Kenntnisstand und den aktuellen Anforderungen der Rechtsprechung angepasst wurden.

Sie wurden von einer von der SGPP mandatierten Arbeitsgruppe erarbeitet und am 16.06.2016 vom Vorstand der SGPP verabschiedet.¹

Ziel der Leitlinien

Die Leitlinien sollen die Methodik im Begutachtungsprozess sowie Form und Inhalt von psychiatrischen Gutachten im versicherungsmedizinischen Kontext, auf der Basis wissenschaftlicher, evidenzbasierter beziehungsweise von Experten konsentierter Kriterien vereinheitlichen.

Psychiatrisch-gutachtliche Beurteilungen erfolgen aufgrund einer Vielzahl von zu berücksichtigenden Einzelinformationen. Übereinstimmende Beurteilungen mit eindeutigen Schlussfolgerungen sind angesichts der Vielfalt der Quellen oft nicht möglich (Meins 2010). Die Leitlinien sollen dazu dienen, die psychiatrische Untersuchung zu verbessern und die Präzision, Zuverlässigkeit und Reproduzierbarkeit der Beurteilung zu erhöhen (Dittmann et al. 2010).

Geltungsbereich der Leitlinien

Die Leitlinien gelten prinzipiell für die Begutachtung in Versicherungsfragen bei Störungen mit psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Fragestellungen (Schweiz. Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie SGVP 2004). In ihrer Ausführlichkeit sind sie hierbei auf komplexe Gutachten ausgerichtet, wie sie z.B. im Rahmen von Gutachten zuhanden der Invaliden- oder Unfallversicherung zur Beurteilung des Leistungsanspruchs in Rentenverfahren in Auftrag gegeben werden.

¹ Im Zeitraum der Leitlinienerstellung erfolgte ein Leiturteil des Bundesgerichtes (Schweizerisches Bundesgericht, BGE 141 V 281 vom 03.06.2015; Bundesamt für Sozialversicherungen BSV 2015b, siehe Anhang 6), welches bei psychosomatischen Leiden im Gegensatz zu früheren Urteilen eine ergebnisoffene Prüfung der Arbeitsfähigkeit vorsieht und die Bedeutung der hier vorgestellten Methodik zur Begutachtung unterstützt.

Bedeutung und Verbindlichkeit dieser Leitlinien

Diese Leitlinien sind prinzipiell zu befolgen; Abweichungen sind im begründeten Einzelfall möglich.

Das psychiatrische Gutachten im Kontext des Versicherungsrechts als Brückenfunktion zwischen Rechtsanwendung und Medizin

Bei der Begutachtung übernimmt der Arzt² eine Expertenfunktion, d.h. eine Hilfsfunktion im Entscheidungsprozess der Verwaltung, eines anderen Rechtsanwenders oder der Gerichte. Der Gutachter beantwortet ihm aus juristischer Sicht gestellte Fragen und muss sich von daher in die Gedankenwelt begeben, welche ihm in den Fragen gegenübertritt. Diese ist einem normativen Denken verpflichtet. Die Medizin als Wissenschaft entspringt jedoch nicht primär normativem Denken, sondern empirischer Forschung. Der Arzt als medizinischer Sachverständiger verfügt über Wissen und Kenntnisse, die dem Rechtsanwender fehlen. Der Arzt stellt diesem auf der Tatsachenseite der zu beurteilenden Fragen, Tatsachenfeststellungen im Einzelfall, allgemeine Erkenntnisgrundsätze und Prognoseaussagen zur Verfügung. Die Wertung und Einordnung dieser Feststellungen im rechtlichen Normgefüge ist dann Sache des Rechtsanwenders bzw. im Streitfall des Gerichts.

Der Gutachter hat die Untersuchungsergebnisse und Beurteilungen so auszudrücken, dass die Auftraggeber des Gutachtens, in der Regel Verwaltungen oder Gerichte, die für sie notwendigen Informationen erhalten, um die anstehenden Entscheidungen treffen zu können.

Dabei dürfen die Bedürfnisse der Auftraggeber nach klaren Antworten in der ihnen eigenen Systemstruktur aber nicht dazu führen, die Versicherungsmedizin zu Aussagen bringen zu wollen, die medizinisch wissenschaftlich nicht fundiert sind. Es ist zentrale Aufgabe der Versicherungsmedizin, auch die Grenzen des medizinischen Wissens aufzuzeigen und im Einzelfall gestellte Fragen nur teilweise oder nicht zu beantworten (Schweiz. Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie SGVP 2004; Ebner und Liebrez 2016, im Druck). Dabei ist aber zu beachten, dass es bei medizinischen Gutachten bei Personenschäden im versicherungsrechtlichen Kontext nicht um einen naturwissenschaftlichen (Voll)Beweis gehen kann, sondern um die Frage der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, mithin also um relevante Plausibilisierungen.

Hintergründe und Inhalt der Leitlinien

Grundlagen der Leitlinien sind psychiatrisches und versicherungsmedizinisches Expertenwissen inkl. einschlägiger Literatur; relevante Publikationen sind hierbei ohne Anspruch auf Vollständigkeit berücksichtigt.

Im Zentrum steht die Beurteilung der Leistungsfähigkeit. Dabei orientieren sich die Leitlinien an Grundsätzen und Begriffen der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF der WHO.

Grundlage für die Diagnostik sind die internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD, jeweils die neueste Auflage, und das diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen DSM, jeweils in der neuesten Version.

Die Leitlinien werden fortlaufend mit den von den somatischen Fachgesellschaften erarbeiteten Leitlinien koordiniert.

² Der besseren Lesbarkeit wegen wird jeweils nur die männliche Form verwendet, gemeint sind aber immer beide Geschlechter.

Evidenz

Diese Leitlinien orientieren sich an:

- Guideline für Guidelines der FMH (Eicher 1999)
- Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen (Schweizerische Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie SGVP 2004)
- Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung. Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP (Colomb et al. 2012)
- Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie. Methodische Empfehlungen (AWMF online 2004)
- Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen (AWMF online 2012b)
- Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen - Autorisierte Leitlinien und Kommentare (Schneider et al. 2016)
- Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen (AWMF online 2012a)
- Sozialmedizinische Begutachtung bei chronischen Schmerzzuständen (Keller et al. 2016)
- Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen (Henningsen 2014)
- Psychiatrische Begutachtung - Ein praktisches Handbuch für Ärzte (Dressing und Habermeyer 2015)
- Versicherungsmedizinische Gutachten - Ein interdisziplinärer juristisch-medizinischer Leitfaden (Riemer-Kafka 2012)
- Somatoforme Störungen – wie weiter? (Kopp und Marelli 2012)
- Multidimensionale Beurteilung somatoformer Störungen im versicherungspsychiatrischen Kontext (Marelli et al. 2010)

Grundlagen

Qualifikation, Haltung, Rolle und Aufgabe des Gutachters

Ein versicherungspsychiatrisches Gutachten kann nur durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie erstellt werden (Colomb et al. 2012; Urteil des Bundesgerichts 9C_53/2009 vom 29.05.2009 E. 4.2). Im institutionellen Rahmen können Teilaufgaben an einen in psychiatrisch-psychotherapeutischer Weiterbildung befindlichen Assistenzarzt oder an einen Psychologen delegiert werden, sofern die Begutachtung unter der Leitung und Verantwortung des psychiatrischen Gutachters erfolgt. Das bedingt, dass der Facharzt wesentliche Teile der Exploration selbst durchführt sowie die weitere Erstellung des Gutachtens begleitet und das Gutachten mit seiner Unterschrift finalisiert und verantwortet.

Sollte der Gutachter in einem Fall befangen sein, hat er den Begutachtungsauftrag zurückzuweisen. Der behandelnde Arzt kann grundsätzlich nicht als Gutachter eigener Patienten tätig werden.

Es versteht sich, dass neben diesen formellen Aspekten weitere, nicht oder nur begrenzt formalisierbare Faktoren massgeblichen Einfluss auf die Qualität von psychiatrischen Gutachten haben; hierzu gehören z.B.:

- Unabhängigkeit vom Auftraggeber
- insbesondere bei komplexen Begutachtungen entsprechende Erfahrung oder supervisorische Unterstützung

- Reflexion des eigenen Handelns und Berücksichtigung der emotionalen Wechselwirkung zwischen Explorand und Gutachter
- Beachtung von Abwehr, Übertragung und Gegenübertragung
- Reflexion über Mass der Einschätzungsvarianz

Rechtlicher Rahmen eines versicherungspsychiatrischen Gutachtens

Das Bundesgericht bewertet medizinische Gutachten dann als beweiskräftig, 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 (Schweizerisches Bundesgericht BGE 134 V 231 E. 5.1).

Allgemeine versicherungspsychiatrische Methodik im Begutachtungsprozess

Dem Ziel, eine Aussage zu Diagnose und versicherungsmedizinischer Beurteilung (z.B. bzgl. der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit) treffen zu können, dient im Begutachtungsprozess ein multimethodaler Ansatz. Die Basisdiagnostik besteht aus Aktenanalyse, Exploration, klinischer Untersuchung und der Anwendung von fachspezifischen Instrumenten. Bei entsprechender Indikation ist der Einsatz weiterer Untersuchungsmittel zu prüfen (s. 4.3.2.).

Der methodische Ablauf der Begutachtung ist in folgender Abbildung dargestellt.

Abbildung 1

1. Diagnostik mit Komorbidität, Persönlichkeit(sstörung)

2. Schweregrad (Reha-/Therapieverlauf, Symptombelastung, Ressourcen)

3. Konsistenz, Validität, Plausibilität

4. Prognose (mit/ohne Massnahmen)

5. Leistungsfähigkeit/Aktivität³

6. Arbeitsfähigkeit/Partizipation⁴

Die Abbildung zeigt die einzelnen Schritte der „Übersetzungsarbeit“ des Gutachters auf. Ein psychiatrisches Gutachten beantwortet in erster Linie die Frage, ob und in welchem Umfang und/oder mit welchen Einschränkungen der versicherten Person das Ausüben der bisherigen (Berufs-)Tätigkeit oder einer anderen (Berufs-)Tätigkeit aus medizinischer Sicht möglich ist. Es hat zu erklären, welche Tätigkeiten mit welchen Einschränkungen, in welchem Umfang, unter welchen medizinischen und beruflichen Massnahmen aus medizinischer Sicht von der versicherten Person ausgeübt werden können. Zudem liefert es medizinische Grundlagen für das Erkennen von invaliditätsfremden Faktoren wie Alter, Bildung, Sprachkenntnisse, kulturelle Kontextfaktoren.

In den meisten Fällen muss separat geprüft werden, ob allenfalls retrospektiv Aussagen zur Leistungsfähigkeit gemacht werden können. Ist eine solche Aussage nicht mit der geforderten überwiegenden Wahrscheinlichkeit möglich, soll explizit darauf hingewiesen werden.

³ Nach ICF

⁴ Nach ICF

Abbildung 2



Als Grundlage für den Rechtsanwender zur Beurteilung der „zumutbaren Arbeitsfähigkeit“ empfiehlt sich folgendes Schema (siehe Anhang 5), mit welchem eine Minderung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht begründet werden kann (Oliveri et al. 2006b, 2006a):

- Sicherheit (z.B. Konzentrationsstörungen mit Selbst- und Fremdgefährdungsrisiko)
- Gesundheit (z.B. gesundheitliche Verschlechterung bei Tätigkeiten)
- Arbeitsleistung (Leistungskomponente und Zeitkomponente)
- Lebensqualität (z.B. mangelnde Erholung und Partizipation bei Erschöpfung)
- Weitere (z.B. inadäquates Verhalten gegenüber Kunden/Mitarbeitern)

Der normative (wertende) Umgang mit diesen Angaben, das heisst die Würdigung, ob aufgrund dieser Angaben die Leistungsvoraussetzungen (z.B. "Zumutbarkeit" einer Massnahme oder Verwertung eines Restarbeitsvermögens, Bemessung des Invaliditätsgrades, Verhältnismässigkeit einer Massnahme) gegeben sind, ist Sache der Rechtsanwendung respektive der Rechtsprechung.

Aufbau des psychiatrischen Gutachtens in der Versicherungsmedizin

1. Ausgangslage und Formelles

Der Auftraggeber für medizinische Expertengutachten ist Adressat des Gutachtens; er ist auch zuständig für Rückfragen. Kopien fallen in den Zuständigkeitsbereich des Auftraggebers.

Der Gutachter dokumentiert die Information des Probanden bezüglich Rahmenbedingungen und Zweck der Begutachtung (Standardaufklärung s. Anhang 1).

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 und Umstände der Begutachtung

Dieser Absatz enthält die wesentlichsten Elemente des Gutachtenauftrages. Es wird festgehalten, wer, wann, zu welchem Zweck und in welchem Kontext (z.B. IVG, UV, MV, VV, Haftpflichtrecht, Oberbegutachtung, frühere Gutachten etc.) das Gutachten in Auftrag gegeben hat, und wie der Verfahrensstand ist. Bei Unklarheiten in Bezug auf die Fragestellungen, ist mit dem Auftraggeber Rücksprache zu nehmen. Suggestivfragen, normative Fragestellungen respektive nicht-(versicherungs-)medizinische Fragen sollen zurückgewiesen werden.

1.3 Grundlagen für das Gutachten

1.3.1 Auflistung der vom Auftraggeber zur Verfügung gestellten Akten-dossiers (z.B. IVG/UVG-Akte)

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

Aktenstücke, die der Gutachter zusätzlich beigebracht hat, sind mit dem erstellten Gutachten dem Auftraggeber zur Vervollständigung seiner Aktenlage in Kopie zuzustellen. Anderes gilt, wenn bezogen auf die zusätzlichen Aktenstücke, eine Schweigepflicht gilt (Beispiel: Zustellung der Akten an den Gutachter mit dem ausdrücklichen Hinweis, dass die Akten nicht weitergegeben werden dürfen).

1.3.3 Eigene Untersuchungen und Befunde

Dazu gehören Angaben zu Untersuchungsdatum, die Untersuchungszeiten, bei der Zuhilfenahme eines Dolmetschers dessen Name, die vermittelnde Organisation und in welche Sprache übersetzt wurde.

1.3.4 Zusätzlich durchgeführte Untersuchungen, Zusatzgutachten, Berichterstattung

Bei der Durchführung von Zusatzuntersuchungen, bei der Anforderung von Konsilien etc. ist der rechtliche Kontext der Begutachtung zu berücksichtigen.

Bei Unsicherheit empfiehlt es sich, die Untersuchungen via Auftraggeber in Auftrag zu geben.

Bei der Dokumentation im Gutachten sind Angaben zu Untersucher / Gutachter, Titel, Datum der Untersuchung erforderlich, auch bei apparativen Untersuchungen, Laboruntersuchungen etc.

1.3.5 Angaben von Drittpersonen und Observationsmaterial

Bei der Dokumentation im Gutachten sind Angaben zu Auskunftsperson, Titel und Funktion, Datum der Auskünfte und gestellte Fragen aufzuführen.

Im Gutachten ist zu vermerken, welches Observationsmaterial dem Auftrag beilag.

2. Aktenauszug

In chronologischer Reihenfolge werden die relevanten Aktenstücke zitiert: Angaben über Autor, Datum des Berichts, Auftraggeber respektive Adressat sowie relevante Diagnosen und Befunde. Bewertungen des Akteninhalts sind an dieser Stelle zu unterlassen. Kurze wichtige Hinweise können – entsprechend gekennzeichnet – vorgenommen werden, zum Beispiel: („Anmerkung des Gutachters:...“).

Die Aktenauszüge werden so dargestellt, dass sich daraus deren Kontext ergibt, z.B.:

- Mit dem Gutachtenauftrag zur Verfügung gestellte Akten respektive zur Verfügung gestelltes Dossier, ggf. Angaben zur Vollständigkeit
- Vom Gutachter angeforderte Unterlagen
- Vom Exploranden oder dessen Rechtsvertreter zur Verfügung gestellte Unterlagen
- Dossier der xx-Versicherung nach UVG
- Dossier der xy-Versicherung nach VVG
- Dossier der Invalidenversicherung
- etc.

3. Untersuchung / Exploration

Der Gutachter hat den Exploranden über Ziel, Zweck, Ablauf und die besonderen Bedingungen bezüglich Schweigepflicht im Rahmen 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

Dem Exploranden wird zunächst die Möglichkeit gegeben, sich spontan zu äussern.

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

3.2.1 Jetziges Leiden (freier Vortrag und strukturierte Nachfrage)

Aktuelle Beschwerden (Entstehung, Verlauf der psychischen Beeinträchtigung, Reaktionen des Umfeldes etc.).

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. Krankheitsverlaufs.

3.2.2 Systematische, psychiatrische und somatische Anamnese, 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, Erfahrungen mit Eingliederungsmassnahmen oder Arbeitsversuchen

Arbeitsbiographie und zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit.

Hierbei detaillierte Beschreibung von Beschwerden bei der Arbeit, Einschätzung der eigenen funktionellen Fähigkeiten am Arbeitsplatz. Der Explorand entwickelt mit Unterstützung des Gutachters ein verständliches Bild der Tätigkeiten und Anforderungen seiner letzten Stelle und erläutert, welche Beschwerden ihn dabei hinderten, bestimmte Tätigkeiten auszuführen.

3.2.7 Soziale Anamnese Z.B. Wohnung, finanzielle Verhältnisse / Schulden, Partnerschaft, Kinder, Sorgerecht, Massnahmen nach Kinder- und Erwachsenenschutzrecht, Unterhaltspflichten evtl. auch im Heimatland, Beziehungsnetz und Beziehungsgestaltung, Umgang des Umfelds mit der Behinderung

- 3.2.8 Tagesablauf** (detailliert, repräsentativ), **Freizeitgestaltung, Hobbys, 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)
- 3.2.10 Einschneidende Erlebnisse inkl. frühere Konflikte mit dem Gesetz** (auch im Strassenverkehr)
- 3.2.11 Zukunftsvorstellungen allgemein und in Bezug auf berufliche Tätigkeiten bzw. Eingliederung**
- 3.2.12 Besprechung von sich ergebenden Inkonsistenzen inklusive Besprechung von allfälligem Observationsmaterial**

4. Befund

- 4.1. Verhaltensbeobachtungen und äussere Erscheinung**
Hier sollen auch Interaktionen, z. B. mit Bezugspersonen, Kooperation und Motivation, Stressniveau bei Anreise bzw. Gesprächsbeginn etc. 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 professionellen Dolmetschers, ggf. Interaktionen mit Dolmetscher.
- 4.3 Untersuchungsbefunde**
Die Untersuchung im Rahmen des Gutachtens hat ausführlich und für die geklagten Beschwerden sowie für die Fragestellung umfassend zu sein. Unsichere oder unklare Untersuchungsergebnisse können durch mehrmalige, eventuell zeitversetzte Untersuchungen 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 einer Beschreibung vorhandener psychopathologischer Befunde unter Verwendung des AMDP-Systems.

Beschreibung der Persönlichkeit.
- 4.3.2 Zusatzbefunde (fallspezifisch zu erheben – jeweils Angaben zu Person/Funktion/Institution/Datum)**
- 4.3.2.1 Somatischer Befund**
In vielen Fällen wurde vor dem psychiatrischen Gutachten die somatische Situation bereits zeitnah abgeklärt.
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 (z.B. Leistungs- und Persönlichkeitsdiagnostik)

Bei begründeter Indikation, z.B. bei Verdacht auf neurokognitive Beeinträchtigungen oder bei schwer objektivierbaren Beschwerden bzw. geklagten Funktionseinbussen, ist der Einsatz von geeigneten Tests zur Evaluation der Leistungsfähigkeit und auch der Leistungsbereitschaft des Exploranden bzw. der Validität der geklagten Symptome zu prüfen. Diese Verfahren haben keinen eigenständigen gutachtlichen Charakter, sondern sind Zusatzbefunde, welche in die psychiatrisch-gutachtliche Gesamtbeurteilung einfließen (Stöckli et al. 2005).

4.3.2.3 Apparative und Labor-Untersuchungen

Bei entsprechender Indikation können z.B. die Bestimmung der Serumspiegel von Medikamenten, die Bestimmung von Drogen im Urin und/oder Haaranalysen etc. veranlasst werden.

5. Angaben von Drittpersonen

Bei der Einholung von Drittauskünften ist der rechtliche Kontext der Begutachtung zu berücksichtigen. Eine entsprechende Vollmacht muss vorliegen. Die rechtlichen Informationen an die Auskunftspersonen sind zu dokumentieren (siehe Anhang 2).

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 von Konsistenz, Validität und Plausibilität

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

Herleitung von Diagnosen, differenzialdiagnostische Überlegungen; Transparenz, welche Kriterien des jeweiligen Diagnosesystems im konkreten Fall erfüllt sind (inkl. Beispiele); *fundierte Aussage zum Schweregrad der Störung* (siehe Anhang 3).

6.4 Beurteilung des bisherigen Verlaufs von Behandlungen, Rehabilitationen, Eingliederungsmassnahmen etc.

Ergebnisse, Gründe für Abbrüche der entsprechenden Interventionen, Stellungnahme zur Behandlung etc.

6.5 Diskussion und versicherungsmedizinische Würdigung

Herleitung und Darstellung der Funktions- und Fähigkeitsstörungen sowie der vorhandenen Ressourcen mit kritischer Würdigung der Selbsteinschätzung, der Kooperationsbereitschaft (evtl. vorhandene Inkonsistenzen) des Exploranden sowie vorhandener früherer fachlicher Einschätzungen und anderer aktenkundiger Informationen. Für die Bewertung des Eingliederungspotenzials ist eine Aussage erforderlich, ob bisherige Behandlungen angemessen waren und ausgeschöpft sind. Allenfalls sind weitere Behandlungsoptionen anzugeben.

Bei Gutachten nach UVG oder Haftpflichtrecht sind i.a. Fragen zur natürlichen Kausalität zu beurteilen (siehe Anhang 7 und Glossar).

7. Aufführung und Beantwortung der Fragen

8. Beilagen

Erläuterungen⁵ 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 die notwendige Voraussetzung (z.B. Leistungsprüfung bei Erstantrag, Rentenrevision o.ä.). Dem Auftrag werden sämtliche zur Verfügung stehenden Akten chronologisch geordnet (z.B. jeweilige Dossiers IVG, UVG, VVG, Berichte etc.) beigelegt (Bundesamt für Sozialversicherungen BSV 2015a; Thomann 2016). Dazu gehören auch aktuell verfasste IV-Arztberichte des behandelnden Psychiaters, des psychologischen Psychotherapeuten, des Hausarztes, vorhandene berufliche Abklärungsberichte, eventuell vorhandenes Observationsmaterial einschliesslich der Einvernahmeprotokolle über deren Eröffnung dem Exploranden gegenüber etc.

Bei der Bewertung von Observationsberichten und dabei gefertigter Videoaufnahmen wird davon ausgegangen, dass diese unverfälscht, korrekt dokumentiert und vollständig sind. Ebenso wird davon ausgegangen, dass die entsprechenden Unterlagen und Ergebnisse den Betroffenen vor Auftragserteilung eröffnet wurden. Der aktuelle Verfahrensstand muss aus den Akten hervorgehen.

Die Akten sind in einer dem Gutachter verständlichen und handhabbaren Form bereitgestellt (Sprache, Leserlichkeit, nachvollziehbare Ordnung etc.).

Die Fragen sind (versicherungs-)medizinisch beantwortbar.

Bezüglich des Präzisionsgrades der Antworten ist dem Gutachter ein der Sache angemessener Spielraum eingeräumt. Suggestivfragen werden zurückgewiesen. 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 (je nach rechtlichem Kontext unterschiedlich), fehlende Unterlagen direkt einzuholen. Direkt eingeholte Dokumente sind dem Auftraggeber zu überlassen, soweit diesem Vorgehen nicht rechtliche Hindernisse entgegenstehen (Beispiel: „Weitergabe der Akten nicht zulässig.“).

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 soll der Auftraggeber informiert und das weitere Vorgehen mit ihm besprochen werden.

1.3. Grundlagen für das Gutachten

Vollständigkeit und Verständlichkeit der – vom Auftraggeber geordneten - Akten werden geprüft. Relevante fremdsprachige Dokumente werden bei Bedarf vom Auftraggeber übersetzt. Unleserliche Dokumente werden nicht berücksichtigt; dies ist entsprechend zu vermerken. Ein Auftrag kann wegen fehlender oder nicht verständlicher Dokumente oder aufgrund anderer, sich aus dem Aktenstudium ergebender Gründe, durch den Gutachter zurückgewiesen werden. Eine sich in dieser Phase offenbarende persönliche Befangenheit oder z.B. ein aggressiv-

⁵ Es werden nicht alle Punkte der vorgängig dargestellten Systematik erläutert, sondern nur diejenigen, bei welchen die folgenden Ausführungen einem besseren Verständnis dienen sollen.

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 (anamnestische Angaben, Psychopathologie, Verhaltensbeobachtungen, Befunde, gestellte Diagnosen, Verlauf von Behandlung, Rehabilitation, Eingliederung, Konsistenz etc.) und schliesst medizinische wie nicht-medizinische Dokumente ein, z.B. auch den Bericht einer Eingliederungsstätte oder den IK-Auszug der Ausgleichskassen, der sämtliche Beschäftigungsverhältnisse und deren Dauer abbildet. Relevante Passagen können wörtlich oder sinngemäss zitiert und aus der Perspektive des Gutachters gewichtend aufbereitet, wiedergegeben werden.

Ein *monodisziplinäres* Gutachten wird dann in Auftrag gegeben, wenn bei Auftragserteilung ausschliesslich psychiatrische Aspekte abzuklären 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 Befunde in seine Beurteilung integrieren. Falls ihm eine somatische Abklärung für seine Beurteilung erforderlich erscheint, so ist die zusätzliche Einholung eines entsprechenden Konsiliums oder Teilgutachtens vorab mit dem Auftraggeber abzustimmen. Lehnt dieser die Kostengutsprache für ein Teilgutachten oder für zusätzliche Auftragserteilungen ab, legt der Gutachter die Folgen des Verzichtes auf die Beurteilung dar. In jedem Falle müssen vorliegende somatische Befunde in der psychiatrischen Beurteilung berücksichtigt werden.⁶

2. Aktenauszug

Die Erstellung des Aktenauszugs stellt bereits eine zentrale intellektuelle Leistung im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung dar und ist *vom Gutachter selbst zu verfassen*.⁷

3. Untersuchung / Exploration

Äusserer Rahmen

Für die Exploration ist eine angemessene Dauer notwendig. Dem Exploranden sollte genügend Zeit zur Verfügung gestellt werden, damit er in Ruhe seine Situation, seine Beschwerden, seine Sicht der Dinge darlegen kann. Insbesondere bei Vorliegen von Faktoren, welche die Untersuchung erschweren, kann eine mehrfache Untersuchung erforderlich sein (Schleifer et al. 2014); der Gutachter hat eine umfassende Anamnese zu erheben und sich ein vollständiges Bild der Befundlage zu verschaffen.

Ein den gutachtlichen Umständen angepasstes empathisches Vorgehen ermöglicht dem Exploranden eher, sich zu öffnen. Während der Exploration soll der Gutachter deshalb Wert auf die Reflexion von Wechselwirkungen in der Interaktion zwischen Gutachter und Exploranden legen. Übertragung und Gegenübertragung sind auch hier – soweit erkennbar - zu berücksichtigen.

⁶ Ein psychiatrisches Fachgutachten kann auch Element eines polydisziplinären Gutachtens sein. Während die gutachtliche Methodik im Prinzip weitgehend gleich ist, sind relevante Befunde und Diagnosen von anderen beteiligten Disziplinen in der psychiatrischen Beurteilung ausreichend zu berücksichtigen.

⁷ Gilt nur für monodisziplinäre Gutachten. Bezüglich bi- oder polydisziplinärer Gutachten siehe entsprechende Leitlinien, welche hierzu in Bearbeitung sind.

Bei Übersetzung ist entsprechend mehr Zeit einzuplanen. Die Übersetzung muss durch einen neutralen, professionellen Dolmetscher gewährleistet sein.

Die Exploration selbst findet in der Regel, von begründeten Ausnahmen abgesehen, mit dem Versicherten allein (allenfalls zusätzlich mit dem Dolmetscher) statt, da die Anwesenheit Dritter bzw. Angehöriger kontraproduktiv sein und zu Verfälschungen führen kann (Dressing und Foerster 2015b; Brockhaus 2015). Ob Dritte an der Untersuchung teilnehmen oder nicht, entscheidet der Gutachter; es muss in diesen Fällen aus dem Gutachten klar hervorgehen, welche Angaben vom Exploranden direkt und welche von Angehörigen oder anderen Personen stammen (Schweizerisches Bundesgericht, BGE 140 V 260 E. 3.2.3). Die Interaktion in diesem erweiterten Setting bzw. mögliche Auffälligkeiten hierbei, sind im Gutachten zu beschreiben und in die Beurteilung mit einzubeziehen.

Auch die Untersuchung im gutachtlichen 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 gänzlich 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 psychopathologische Auffälligkeiten und Persönlichkeitsaspekte zu berücksichtigen. Ein breites Spektrum explorativer Techniken und Strategien, vom unstrukturierten Interview bis zu stärker strukturierender Gesprächsführung, sollte dem Untersucher zur Verfügung stehen.

Diskrepanzen zwischen den Angaben in den Akten, Selbstauskünften und/oder dem beobachtbaren Verhalten des Exploranden sollen 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.

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 möglichst zu machen. Diese Explorationstechnik kann in jeder Phase der Untersuchung, z.B. wenn ein besonders bedeutsames Thema dies fruchtbar erscheinen lässt, wieder aufgegriffen werden.

Ein klärendes Interview dient 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 anamnestiche Angaben zu allen wesentlichen Symptombereichen erhoben werden. Der bisherige Verlauf der geklagten Beschwerden umfasst auch die Beschreibung der jeweiligen Therapien. 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 (welche Tätigkeit, welches Pensum, unter welchen Bedingungen etc.) erfragt. Hierbei erfolgen die systematische Erhebung der bisherigen Tätigkeit des Versicherten, die gezielte Erfassung seiner arbeitsbezogenen Beschwerden

und die systematische Dokumentation der erhobenen Einschränkungen und verbleibenden Fähigkeiten.

Manchmal bietet es sich auch schon in dieser zweiten Phase an, aus der Anamnese oder dem Verhalten erschliessbare Persönlichkeitszüge weiter zu explorieren (z.B. emotionale Instabilität, Hinweise auf zwanghafte oder paranoide Züge, aber auch im Sinne allgemeiner Charakterisierung, wie Intro- vs. Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Offenheit für Neues, neurotisch anmutende Persönlichkeitszüge etc.) (vgl. z.B. Borkenau und Ostendorf 2008).

Ferner können dann in stärker strukturierter Form, weitere Angaben wie z.B. die Familienanamnese, die aktuelle Medikation, der Gebrauch von Noxen, die 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 (z.B. Urlaub, Mobilität, soziale Vernetzung) und damit Potential und Ressourcen, jedoch auch Diskrepanzen zu anderen Angaben oder zum Verhalten in der Untersuchung ergeben. Die Analyse der Interaktion der Bezugspersonen rund um die Symptomatik, gibt Aufschluss über mögliche modulierende Faktoren.

Zum Abschluss der Untersuchung können bei gegebener Indikation oder auch routinemässig, orientierende Tests kognitiver Funktionen 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 zusammenfasst.

Vorbereitungen und Umgang bei versicherten Personen aus anderen Kultur- und Sprachräumen

Verständigungsbarrieren sollen möglichst weitgehend eliminiert werden (BGE 140 V 260 E. 3.2.1). Hinweise auf die sprachlichen Fähigkeiten des Exploranden können auch die behandelnden Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten geben; im Zweifelsfall kann man mit dem Exploranden selbst in Kontakt treten. Sind Sprachschwierigkeiten bekannt, so weist der Auftraggeber bereits darauf hin. Dies zieht den niederschweligen Einsatz von professionellen Dolmetschern bei fremdsprachigen Exploranden nach sich; Angehörige oder Bekannte des Exploranden dürfen damit nicht beauftragt werden (Schleifer et al. 2015).

Zu Beginn der Exploration wird der Dolmetscher vorgestellt, eine allfällige Befangenheit eines Dolmetschers geklärt und die Regeln der Zusammenarbeit (Schweigepflicht, vollständige Übersetzung etc.) werden erläutert.

Der Dolmetscher selbst wird instruiert, dass er eine - möglichst - wörtliche und vollständige Übersetzung zu machen hat und auf Klärungsbedarf hinweist. Er sollte sich abschliessend äussern zu sprachlichen Besonderheiten wie Wortschatz, Dialekte, offensichtliche Denkstörungen, Benennung (und Klärung) allfälliger Unsicherheiten, kulturelle Besonderheiten, welche bei wörtlicher Übersetzung zu Missverständnissen führen könnten etc.

4. Befund

4.3. Untersuchungsbefunde

4.3.1 Erhebung des Psychostatus

Es gibt in der Psychiatrie verschiedene Ebenen der psychopathologischen Diagnostik: Die Symptom-, die Syndrom- und die Diagnoseebene, welche jeweils mit verschiedenen Fragestellungen und Assessments verbunden sind.

Zum klinischen Untersuchungsgang gehören Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung. Von besonderer Wichtigkeit ist der interpersonelle Prozess.

Das klassische AMDP-System (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie 2016) wird zur allgemeinen (orientierenden) Befunderhebung empfohlen.

Danach kann – bei entsprechenden Hinweisen - eine störungsspezifische Diagnostik durchgeführt werden.

Diagnostische Methoden bei der Begutachtung (siehe hierzu Anhang 3 und Anhang 6)

Im gutachtlichen Kontext sind neben dem üblichen diagnostischen Zugang, wichtige Aspekte des Exploranden in dessen Erleben und Verhalten ebenso zu erfassen, wie biologische Merkmale und psychologische Aspekte, welche seine Persönlichkeit betreffen. Es empfiehlt sich dabei eine Vorgehensweise in folgenden Schritten:

Beschreibung eines phänomenologisch-befundorientierten Profils

Die Störung wird phänomenologisch-befundorientiert umfassend abgebildet und diagnostisch klassifiziert, auch in Hinblick auf das Vorliegen von komorbiden Störungen.

Erhebung spezifischer Persönlichkeitsmerkmale

Ein zentrales Qualitätskriterium eines Gutachtens ist die interpersonelle Dimension. Die Beschreibung der Persönlichkeit zielt darauf ab, die der Person inhärenten geistigen und psychischen Ressourcen darzulegen. Dazu eignet sich eine biografisch, im Besonderen auch arbeitsbiographisch, am aktuellen Erleben und Verhalten orientierte Persönlichkeitsbeschreibung, allenfalls ergänzt durch psychodiagnostische Verfahren.

In der Exploration aufgetretene, vom Gutachter beobachtete Wechselwirkungen sollen ebenfalls an dieser Stelle beschrieben werden. Jede Begutachtung stellt einen Eingriff in das Krankheitsgeschehen dar und soll vom Gutachter – gegebenenfalls auch selbstkritisch – reflektiert werden. Beschreibungen von Wechselwirkungen solcher Art sind ein Qualitätskriterium eines Gutachtens. Solche Beschreibungen haben subjektiven Charakter; sie sind massgeblich von der Beziehungsgestaltung abhängig. Die eigene Reflexion von Abwehr, Übertragungs- und Gegenübertragungsaspekten sowie eine - wertfreie - Beschreibung der Phänomenologie sind hilfreich.

Es geht dabei in erster Linie nicht um eine Persönlichkeitsdiagnostik, sondern um eine möglichst plastische, phänomenologisch ausgerichtete Beschreibung von:

- Krankheits- und Therapieverständnis
- Interaktion, Beziehung zwischen Gutachter und Explorand
- Allfällig beobachtbare Interaktionen mit Drittpersonen, Persönlichkeitsmuster (deskriptiv, nicht im Sinne einer spezifischen Diagnostik, z.B. Beschreibung

von narzisstischen Verhaltensweisen, devotem Verhalten, dissozialem Verhalten etc.)

Bei entsprechenden Hinweisen kann eine strukturierte Persönlichkeitsdiagnostik vorgenommen werden.

Beschreibung des Schweregrades (siehe Anhang 3 und Anhang 6)

Der Schweregrad einer psychischen Störung ist massgeblich von der Art, vom Ausmass, von der Anzahl der Symptome und vom Verlauf der Symptomatik abhängig. Bei manchen psychischen Störungen wird er bereits in den Diagnosemanualen ICD-10 (z.B. depressive Störung) und DSM-5 (z.B. Phänomenologie der somatischen Belastungsstörung mit B-Symptomen und Anzahl der Symptome) definiert. Er kann zusätzlich auch im Rahmen des AMDP-Ratings sowie über geeignete psychodiagnostische Instrumente erfasst werden (siehe Anhang 3).

4.3.2. Nutzung von Zusatzdiagnostik

Für die Erstellung eines Gutachtens ist bei entsprechender Indikation, neben der oben genannten Basisdiagnostik, der Einsatz von Zusatzdiagnostika zu empfehlen.

Allgemeine Zusatzuntersuchungen

Der Einsatz von Serum-, Urinuntersuchungen und Haaranalysen kann bei entsprechender Fragestellung erforderlich sein.

Zur Überprüfung des regelmässigen Konsums psychotroper Substanzen haben Haaranalysen zunehmend Bedeutung erlangt. Sie sind aber noch nicht bei allen gängigen Substanzen möglich. Sie können Aufschluss über das Konsumverhalten in den zurückliegenden Monaten geben.

Vor allem bei Hinweisen auf fehlende Therapieresponse, auf unerklärlich starke Nebenwirkungen und/oder bei Zweifeln an der korrekten Einnahme von verordneten Medikamenten ist die Bestimmung der Serumspiegel der wichtigsten verordneten bzw. angegebenen Psychopharmaka (wie auch Analgetika) zu empfehlen; dies kann auch bei fehlenden Hinweisen auf entsprechende Analysen im Längsschnitt zur Dokumentation erfolgen. Folgender Ablauf ist sinnvoll: Nach Information und Einverständniserklärung des Exploranden sowie nach genauer Exploration bezüglich Dosis, Frequenz und Zeitpunkt der letzten Einnahme des Medikaments erfolgt die Blutentnahme, gegebenenfalls die Gewinnung der Haarprobe; damit letztere verwertbar ist, sind die einschlägigen Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin (SGRM) zu berücksichtigen (www.sgrm.ch).

Die Befundkopien sollten dem Gutachten beigelegt werden.

Die Laborergebnisse können nicht einfach übernommen werden; sie sind nach wissenschaftlichen Kriterien zu interpretieren; dies erfordert Kenntnisse von Pharmakokinetik und Pharmakodynamik. Inkonsistente Befunde können verschiedene Ursachen haben. Eine Bestimmung der Metaboliten kann hier zusätzliche Informationen liefern. Einzelergebnisse sind mit entsprechender Vorsicht und im Gesamtzusammenhang zu würdigen.

Psychiatrische Zusatzuntersuchungen

Je nach Symptomatik kann der Einsatz von psychodiagnostischen Instrumenten (Selbst- und Fremdrating, Fragebögen, mehr oder weniger strukturierte Interviews) sinnvoll sein. Die psychodiagnostisch gewonnenen Resultate können nur zur Ergänzung der eigentlichen Exploration dienen. Die klinische Untersuchung sowie die Beurteilung von Konsistenz und Validität bleiben Grundlage dafür, ob die psychodiagnostisch gewonnenen Resultate plausibel sind.

Bei der Indikationsstellung gelten die üblichen Regeln für den Einsatz solcher Instrumente (siehe unten).

Erweiterte psychodiagnostische und neuropsychologische Abklärungen

Bei der Notwendigkeit aufwendigerer Testverfahren, etwa zur Persönlichkeitsdiagnostik oder zur Feststellung des kognitiven Funktionsniveaus, hat sich die Beauftragung eines hierin spezialisierten Psychologen oder eines darin erfahrenen Arztes als sinnvoll erwiesen. Deren Befunde sind als Zusatzbefunde in die durch den Gutachter zu erfolgende *ärztliche* Gesamtbeurteilung und versicherungspsychiatrische Würdigung einzubeziehen. Im Einzelfall kann auch eine konsensuell ausgerichtete interdisziplinäre Besprechung zur Würdigung der Ergebnisse sinnvoll sein.

Bei der Indikationsstellung von psychodiagnostischen Instrumenten gelten bei deren Einsatz die üblichen Regeln bezüglich Validierung auf die Fragestellung und auf die jeweilige Bezugspopulation (z.B. Sprache, Kultur, Bildung).

Bei der Verwendung von psychodiagnostischen Instrumenten ist in Bezug auf mögliche Verfälschungen oder Verzerrungen, ein besonderes Augenmerk auf deren Aussagekraft im versicherungsmedizinischen Kontext zu richten sowie deren Konsistenz im Hinblick auf andere Informationen oder Ergebnisse zu prüfen.

Weitere Zusatzuntersuchungen

In Einzelfällen - bei entsprechenden Hinweisen in den Akten oder aus einer 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 von zusätzlichen Untersuchungen vorgängig mit dem Auftraggeber abgestimmt werden.

Indikationsstellung und Integration von Teilgutachten somatischer Disziplinen

Falls der somatische Status im Hinblick auf die zu beantwortenden gutachtlichen Fragen nicht ausreichend geklärt ist, ist nach Rücksprache mit dem Auftraggeber ein somatisches Teilgutachten in Auftrag zu geben bzw. es ist der Auftraggeber um eine entsprechende Auftragserteilung zu ersuchen.

5. Angaben von Drittpersonen

Bei der Einholung von Fremdauskünften ist prinzipiell Folgendes zu beachten:

Befugnis zum Einholen von Auskünften (abhängig vom jeweiligen rechtlichen Kontext).

Einwilligung und Rechtsbelehrung

Einwilligung/Vollmacht und Rechtsbelehrung des Exploranden, Rechtsbelehrung für die Angehörigen oder andere Drittpersonen (siehe Anhang 1 und 2).

Dokumentation

Die Dokumentation erfolgt schriftlich; eine Verifikation durch die Auskunftgeber ist zu empfehlen.

Konsistenzprüfung der Angaben

Auch Drittpersonen haben Interessen und können verzerrte Angaben machen; ihre Angaben sind im Kontext und bezüglich Konsistenz zu würdigen.

Durch eine neutrale, offene Fragestellung ist eine Beeinflussung zu vermeiden.

Eine abschliessende Würdigung der Glaubhaftigkeit der Angaben von Drittpersonen obliegt dem Rechtsanwender (siehe auch 6.2 und Anhang 4).

6. Medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung

Wesentliche Prinzipien und Elemente der gutachtlichen 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.

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

Die Zusammenfassung kann entweder kombiniert mit der versicherungsmedizinischen Beurteilung oder separat dargestellt werden. Sie stellt eine – vergleichbar mit der Erstellung des Aktenauszugs - weitere Verkürzung und damit wichtige intellektuelle Verarbeitung der für die versicherungsmedizinische Beurteilung wesentlichen Sachverhalte dar. Sie ist letztendlich die Grundlage für die versicherungsmedizinische Beurteilung.

6.2. Beurteilung von Konsistenz, Validität und Plausibilität

Grundsätzliches

Die Prüfung der Authentizität von Beschwerden, von präsentierten Symptomen oder von Leistungseinschränkungen (Anhang 4) ist auch ohne standardisierte Verfahren Bestandteil eines jeden versicherungspsychiatrischen Gutachtens und dient dessen Beweiswert im Rahmen der Würdigung von Rechtsanwender und Rechtsprechung (Anhang 6). Sie beinhaltet eine Stellungnahme zu der Frage, ob die berichteten Beschwerden und präsentierten Symptome in sich, mit der Aktenlage und/oder mit den Befunden konsistent sind (AWMF online 2012a; Dressing und Foerster 2015a). Dies gelingt am ehesten durch eine Gegenüberstellung der erhobenen Informationen mit Hilfe der verschiedensten methodischen Zugänge. Diesbezüglich relevant sind Hinweise aus der Verhaltensbeobachtung und aus dem Anamneseverlauf, wie sie in entsprechenden Kriterienkatalogen aufgeführt sind (Slick et al. 1999; Blaskewitz und Merten 2007; Merten 2014; Dressing und Foerster 2015a; Rauh et al. 2008; Dohrenbusch 2016; Merten und Dohrenbusch 2016; AWMF online 2012a). Hierzu gehören z.B.:

- eine auffallend diffuse Beschwerdeschilderung
- die fehlende Angabe von Details oder von Beispielen zu den Beschwerden, auch auf Nachfrage
- Widersprüchlichkeiten innerhalb der Anamnese
- Widersprüche zwischen Anamnese und Verhalten bzw. zwischen Anamneseverlauf und Verhalten resp. Testsituation
- Widersprüche zu Auskünften von Dritten

Der Einsatz von Testverfahren zur Prüfung der Authentizität von Beschwerden, Symptomen oder Leistungspräsentation kann sinnvoll sein. Die Anwendung setzt jedoch eine diesbezügliche Kompetenz voraus (siehe Anhang 4).

Beachte: Konsistent ist nicht gleichbedeutend mit authentisch, inkonsistent ist nicht gleichbedeutend mit nicht-authentisch.

Inkonsistenz stellt eine wertfreie Feststellung dar, welche es gutachtlich zu klären gilt. Konkret hat der Gutachter zu klären, ob einer festgestellten Inkonsistenz ein krankhafter Prozess zugrunde liegt (z.B. Auffassungsstörungen, fehlende Krankheitseinsicht bei verschiedenen Störungsbildern, Parathymie, emotionales Unbeteiligtsein bei somatoformen Störungen, ausweichendes Antworten als Vermeidungsverhalten bei posttraumatischer Belastungsstörung etc.).

6.3. Beurteilung und Einordnung der Beschwerden und Befunde in Bezug auf aktuelle Diagnosesysteme und in Bezug auf frühere, auch anderslautende 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 und Ergebnissen von Zusatzuntersuchungen) müssen offengelegt und so weit wie möglich geklärt werden. Dazu gehören auch die Berücksichtigung dynamischer Prozesse im Krankheitsverlauf psychischer Störungen und die Kontextabhängigkeit von Befunden.

Bei massiv anderslautender Beurteilung gegenüber dem aktuell behandelnden Arzt empfiehlt es sich, eine fremdanamnestische Auskunft bei diesem einzuholen.

6.4. Beurteilung des bisherigen Verlaufs von Behandlungen, Rehabilitationen, Eingliederungsmassnahmen etc. (Anhang 6)

Für die Beurteilung von Schweregrad, Prognose und damit der leistungsbezogenen Arbeitsfähigkeit ist eine umfassende Analyse des bisherigen Verlaufs eine unabdingbare Voraussetzung (Anhang 3). Hierzu gehören:

- Beginn der Inanspruchnahme von Behandlungen
- Angemessenheit (Konformität mit Behandlungsleitlinien), Compliance, Ergebnisse der entsprechenden Massnahmen
- Gründe für Abbruch und/oder Änderungen der entsprechenden Interventionen
- Weitere gemäss Anhang 6

6.5. Diskussion und versicherungsmedizinische Würdigung (Anhänge 5 u. 6)

Kriteriengeleitete Beurteilung von Funktionseinschränkungen

In einem weiteren Schritt werden die Aktivitäts- und Partizipationsstörungen des Exploranden beurteilt. Dabei wird auf die zuvor gemachten Beurteilungsschritte und allenfalls auf die Kategorien für Aktivitäten und Fähigkeiten nach ICF Bezug genommen. Die gestellte(n) Diagnose(n) ist/sind Referenz für allfällige Funktionseinschränkungen:

- Welche Einschränkungen können aus der Diagnose resultieren?
- Welche Einschränkungen 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 sowie persönlichkeitsabhängige

Bewältigungsstrategien in die graduelle Bestimmung der Funktionseinschränkung einfließen.

Beurteilung der Aktivitätsdimensionen – Definitionen und Quantifizierung (Anhang 5)

Eine Diagnose per se führt nicht direkt zu einer Reduktion der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit. "Im Mittelpunkt der Beurteilung (...) steht die Frage, welche Einschränkungen hinsichtlich Fähigkeiten aus der Psychopathologie resultieren und einen Menschen an der Wahrnehmung von Rollenfunktionen hindern können" (Linden und Baron 2005).

Gemäss Abbildung 1 zur Methodik der Begutachtung ist zunächst eine Qualifizierung und Quantifizierung von noch möglichen Aktivitäten nach ICF erforderlich. Hierzu gibt es strukturierte, standardisierte, für die Psychiatrie adaptierte Instrumente (Linden et al. 2015). Die Nutzung der Instrumente ist optional, die Berücksichtigung der zugrundeliegenden Funktionsbereiche jedoch notwendig...

Beim Einsatz dieser Instrumente ist zu beachten, dass der Gutachter sich bei deren Anwendung auf die Angaben der Exploranden stützen muss. Sie können damit keinesfalls mit "objektiven Befunden" gleichgesetzt werden. Sie sind aktuell noch nicht für den Einsatz in der versicherungsmedizinischen Begutachtung validiert (wie übrigens keines der international zur Verfügung stehenden und infrage kommenden Instrumente zur Funktionsbeschreibung in der Begutachtung, Canela et al. 2016).

Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit – Dimensionen (Anhänge 5 und 6)

Beurteilungskriterien

Bei der Gesamtbeurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit muss eine Integration der Leistungsfähigkeit des zu Begutachtenden für die einzelnen Aufgabenbereiche *retrospektiv*, aktuell und *prospektiv* vorgenommen werden.

Für die *angestammten und angepassten Tätigkeiten* ist jeweils ein positives und negatives Anforderungsprofil zu erstellen; hieraus ergibt sich die begründete arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit. Dabei sollte die Herleitung der Einschränkungen für den Auftraggeber oder für weitere Rechtsanwender verständlich zur Darstellung gebracht werden (Swiss Insurance Medicine 2013).

Als Grundlage für den Rechtsanwender zur Beurteilung der „zumutbaren Arbeitsfähigkeit“ empfiehlt sich folgendes Schema (Anhang 5), mit welchem eine Minderung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht begründet werden kann:

- Sicherheit (z.B. Konzentrationsstörungen mit Selbst- und Fremdgefährdungsrisiko)
- Gesundheit (z.B. gesundheitliche Verschlechterung bei Tätigkeiten)
- Arbeitsleistung (Leistungskomponente und Zeitkomponente)
- Lebensqualität (z.B. mangelnde Erholung und Partizipation bei Erschöpfung)
- Weitere (z.B. inadäquates Verhalten gegenüber Kunden/Mitarbeitern)

Bei der Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit sind zwei Komponenten zu berücksichtigen (Swiss Insurance Medicine 2013):

- Leistungskomponente (Belastbarkeit, «Rendement»)
- Zeitkomponente (Präsenzzeit am Arbeitsplatz)

Stellungnahme zur willentlichen Steuerbarkeit des Verhaltens

Die Aufgabe des Gutachters ist es, darzulegen, ob es medizinische Gründe gibt, die es dem Exploranden verwehren, mit und trotz seiner Beschwerden eine bestimmte

Tätigkeit auszuüben. Diese medizinischen Gründe müssen geprüft und gegebenenfalls dargelegt werden (Foerster et al. 2015).

Prognose aus versicherungspsychiatrischer Sicht

Die Beurteilung der Prognose ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Sie sind entsprechend, sofern überhaupt möglich, zu gewichten.

Bei der Prognose der Leistungsfähigkeit müssen die Merkmale der unterschiedlichen Beurteilungsebenen nicht nur im „Hier und Jetzt“ (Querschnitt) untersucht, sondern auch in ihrem Verlauf (Längsschnitt, retrospektiv und prospektiv) eingeschätzt werden, um Aussagen über die zukünftige Entwicklung und Beeinflussbarkeit durch therapeutische und/oder rehabilitative Interventionen treffen zu können. Die Prognose der Leistungsfähigkeit ergibt sich aus der Integration der bis dato gesammelten Daten bzw. Informationen des zu Begutachtenden.

Es ist hierbei auch zu beurteilen, was der Status quo ist, wie stabil dieser ist und welche Massnahmen mit welcher Evidenz zu welcher Verbesserung führen könnten. Nicht-medizinische Faktoren sind zu benennen, um dem Rechtsanwender die Grundlage zur Beurteilung von "invaliditätsfremden" Faktoren zu geben (Swiss Insurance Medicine 2013; Riemer-Kafka 2012).

Abschliessend ist eine Stellungnahme dazu notwendig, ob und in welchem mutmasslichen Zeitrahmen nach Beginn der empfohlenen therapeutischen Massnahmen (gemäss gültigen Therapieleitlinien) mit einer „bedeutsamen“ Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, zu rechnen ist. Gegebenenfalls sollte ein Zeitpunkt für die Neubeurteilung empfohlen werden.

"Zumutbarkeit" von Massnahmen

Die "Zumutbarkeit" ist ein Rechtsbegriff; er umfasst die Notwendigkeit und Zweckmässigkeit einer vorgeschlagenen Massnahme, ferner die Verhältnismässigkeit (Verhältnis von erwarteter Wirkung, zu Eingriffsstärke und zu unerwünschten Nebenwirkungen).

Der Begriff umfasst also 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 indizierter Behandlungen, gegen eine bestimmte Tätigkeit oder gegen die Durchführung von beruflichen Massnahmen sprechen, welche an sich geeignet wären, die Arbeitsfähigkeit zu verbessern. Dies kann z.B. aufgrund von Kontraindikationen oder einem ungünstigen Nutzen-Risiko-Verhältnis der Fall sein (Swiss Insurance Medicine 2013).

Der Gutachter sollte so zum Beispiel darlegen, wie die Wirksamkeit einer Behandlungsmassnahme generell zu beurteilen ist, mit Bezug zu evidenzbasierten Erkenntnissen, aber auch individuell, bezogen auf den aktuellen Fall. Das Gleiche gilt für zu erwartende Nebenwirkungen, Belastungen und den dafür notwendigen Aufwand. Sollte ein Explorand eine an sich geeignete Massnahme ablehnen, hat der Gutachter sich dazu zu äussern, ob diese Ablehnung krankheitsbedingt ist (z.B. fehlende Urteils- oder Einwilligungsfähigkeit, mangelnde oder fehlende Krankheitseinsicht aufgrund einer psychischen Störung). Mögliche nicht-medizinische negative, belastende Begleiterscheinungen zählt er ebenfalls auf; die abschliessende Würdigung obliegt dem Rechtsanwender.

Anhang

Beim Anhang handelt es sich nicht um Leitlinien, sondern um Instrumente, Hilfestellungen, Systematiken, Empfehlungen, welche die Arbeit der Gutachter unterstützen können.

Anhang 1

Aufklärungsgespräch durch den Gutachter XY am ...

Im Aufklärungsgespräch sollen die nachfolgenden Punkte angesprochen werden:

- Aufklärung, dass eine Begutachtung im Auftrage von xy durchgeführt wird und keine Behandlung stattfindet
- Information über die zentralen Fragen für das Gutachten, wie
 - ob und falls ja welche Diagnosen vorliegen
 - was deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind
 - ob medizinische oder berufliche Massnahmen empfohlen werden können
 - wie die Prognosen einzuschätzen sind
 - allenfalls weitere Aspekte, wie die Frage, ob die gesundheitlichen Beschwerden mit einem Unfall zusammenhängen etc.
- Transparenz über die dem Gutachter vorliegenden Akten, wie Unterlagen des Auftraggebers, allenfalls Unfall-/Polizeiprotokolle, allenfalls Observationsmaterial
- Information über die Schweigepflicht des Gutachters/der Gutachterin
 - gegenüber dem Auftraggeber werden alle Informationen weitergegeben, welche während der Begutachtung erhoben werden, so wie es in der Bevollmächtigung vorgesehen ist
 - gegenüber allen weiteren Dritten unterliegt der Gutachter der ärztlichen Schweigepflicht
- Information über eventuellen Dolmetscher und dessen umfassende Schweigepflicht
- Auskunftspflicht des Exploranden/der Explorandin
 - Information über Unzulässigkeit, dem Gutachter (respektive dem Dolmetscher) etwas anzuvertrauen, was nicht ins Gutachten einfließen darf
 - Information über die Möglichkeit, dem Gutachter mitzuteilen, wenn über etwas nicht gesprochen werden will
- Klarstellung über Leistungsentscheide
 - dass der Gutachter nicht über Leistungen entscheidet, sondern medizinische Grundlagen erhebt
 - dass der Leistungsentscheid beim Auftraggeber xy liegt.

Anhang 2

Einholen von Fremdauskünften bei Drittpersonen

Allgemeine rechtliche Rahmenbedingungen

- Im Sozialversicherungsbereich kann der Gutachter selbst fremdanamnestiche Informationen einholen. Voraussetzung ist aber immer eine entsprechende Bevollmächtigung/Entbindung von der Schweigepflicht durch den Exploranden (vgl. unten).

- Ausserhalb des Sozialversicherungsbereichs (z.B. Haftpflicht, private Versicherungen, Strafbereich) sollen Informationen nur über den Auftraggeber - welcher die entsprechenden Schritte (z.B. Art der Einvernahme, rechtliches Gehör) gewährleistet - eingeholt werden.
- Drittpersonen sind nicht grundsätzlich verpflichtet, eine Auskunft zu erteilen. Eigene Interessen dürfen immer gewahrt werden.

A) Auskunftseinholung bei Angehörigen, Arbeitgebern, weiterem privaten Umfeld

Empfohlenes Vorgehen:

- Vorlegen der Vollmacht zur Auskunftseinholung
- Belehrung, dass die Auskunft freiwillig ist und jederzeit abgebrochen oder für bestimmte Punkte ausgeschlossen werden kann
- Transparenz herstellen, dass die Angaben ins Gutachten kommen und damit vom Exploranden eingesehen werden
- Bei Angehörigen/privatem Umfeld: sorgfältiger Umgang mit medizin-ethischem Dilemma: Erkenntnisgewinn vs. Loyalitätskonflikt der Angehörigen. Problematik der Beurteilung der Glaubhaftigkeit von Zeugenaussagen und Wertung im Gutachten:
 - Tatsachen erfragen (Lebensdaten, Hospitalisationen, Behandler, Arbeitsstellen etc.).
 - Systemischer Kontext: Kommunikation, Verhalten des Angehörigen, des Exploranden und zueinander.
- Bei Arbeitgebern: Nur Funktionsträger befragen auf verschiedenen Ebenen wie direkte Linienvorgesetzte, Personalverantwortliche („HR“), etc., nie Kollegen!
 - Angaben müssen nicht „objektiv“ sein. Es ist aber sinnvoll, sich auf Fakten zu beschränken wie Personaldaten, Personaleinsatzplan, Qualifikationen, dokumentierte Vorkommnisse, Stellenprofil, Ereignisse wie Reorganisation, spezifische erforderliche Fähigkeiten etc.
 - Fragen zu Vorzuständen, Persönlichkeit, Verhalten, Einbrüchen im Leistungsvermögen
 - Zur Validierung konkrete Beispiele ausführen lassen, nach Dokumentationen fragen.
- Wenn Auskünfte mündlich eingeholt werden, ist eine Verifikation der erstellten Aktennotiz durch die Auskunftsperson empfehlenswert.

B) Auskunftseinholung bei behandelnden Ärzten und Ärztinnen

- Medizinische Behandler unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht und müssen für eine Auskunftserteilung von dieser befreit sein. Das Vorlegen einer entsprechenden Entbindung durch den Exploranden ist unabdingbar. Es empfiehlt sich, die Entbindung so abzufassen, dass auch der Gutachter gegenüber dem behandelnden Arzt von der Schweigepflicht entbunden ist.
- Bei Auskunftsverweigerung des Behandlers, trotz vorliegender Vollmacht, sind die möglichen Folgen der fehlenden Informationen für die Beurteilung im Gutachten darzulegen; werden diese für die versicherungsmedizinische Beurteilung als von hoher Relevanz erachtet, ist auch der Auftraggeber zu informieren.
- Die Qualität der Auskünfte kann heterogen sein:
 - Nach Tatsachen fragen (Anamnese, Vorzustände, Befunde, Beschwerden, Verlauf, Art und Dauer der Behandlung etc.).
 - Vorsicht mit der Wiedergabe von Meinungen (welche bei mündlich eingeholten Auskünften oft geäussert werden).

- Bei mündlichen Auskünften Verifikation beim Auskunftgeber über entsprechende Aktennotiz empfehlenswert.

C) Auskunftseinholung bei öffentlich-rechtlichen Funktionsträgern (wie Beistände, Sozialbehörden, andere Sozialversicherer)

Diese Personen unterstehen dem Amtsgeheimnis, sodass auch hier eine Entbindung von der Schweigepflicht notwendig ist.

Beispiel für die Abfassung einer Einverständniserklärung:

Bevollmächtigung/Entbindung von der Schweigepflicht im Rahmen der gutachterlichen Abklärung vom Datum für Name Auftraggeber

Ich, Name Vorname, Geburtsdatum Explorand, ermächtige hiermit Name, Vorname, Facharzttitle, Adresse Gutachter ausdrücklich:

A) Angehörige, Arbeitgeber, weiteres privates Umfeld

Bei Name der Auskunftsperson mündlich oder schriftlich Auskünfte über meine persönliche oder berufliche Situation, meine gesundheitlichen Beschwerden, meine Alltagsgestaltung und weitere im Rahmen der aktuellen Begutachtung wichtige Punkte einzuholen. Ich habe zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden, dass diese Angaben im Gutachten verwendet werden.

B) Behandelnde Ärzte/Kliniken

Bei Name des behandelnden Arztes (oder generelle Klausel: bei Ärzten oder Kliniken, bei denen ich in der Vergangenheit in medizinischer Behandlung stand) im Rahmen der aktuellen Begutachtung über die bei ihm/ihnen stattgefundenen Behandlungen und ihm/ihnen vorliegenden medizinischen Daten mündlich oder schriftlich Auskunft einzuholen und soweit dafür nötig über die aktuelle Begutachtung Auskunft zu erteilen.

Ich entbinde hiermit meinen behandelnden Arzt YX (Ärzte oder Kliniken, bei denen ich in der Vergangenheit in medizinischer Behandlung stand) von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Gutachter und nehme zur Kenntnis und bin damit einverstanden, dass diese Angaben im Gutachten verwendet werden.

C) Öffentlich-rechtliche Funktionsträger

Bei Name der Auskunftsperson Auskünfte über die der Behörde/Versicherung vorliegenden Informationen über meine persönliche, gesundheitliche, berufliche Situation und weitere im Rahmen der aktuellen Begutachtung wichtige Punkte einzuholen.

Ich entbinde hiermit die Behörde/Versicherung von deren Schweigepflicht gegenüber dem Gutachter und nehme zur Kenntnis und bin damit einverstanden, dass diese Angaben im Gutachten verwendet werden.

Dieses Dokument ist xx Monate (empfohlen i. A. bis zu 12 Monaten)/bis xy gültig.
Ort, Datum, Unterschrift Explorand

Anhang 3

Beurteilung von Prognose und Schweregrad aus versicherungspsychiatrischer Sicht

Art und Schweregrad der *psychischen* Störung

Aussagen zum Schweregrad sollten aus verschiedenen erhobenen Quellen gemacht werden, aufgrund berichteter Beschwerden, erhobener objektiver Befunde und anamnestischer Angaben. Dazu gehören:

- Ressourcen versus konsistente Einschränkungen in der alltäglichen Lebensführung, im sozialen Kontakt, in Belastungen von Betroffenen wie Drittpersonen; Auswirkung der Störung auf alle Lebensbereiche
- Anzahl und Ausprägung der Beschwerden (z.B. funktionelle Beschwerden, Schmerz, Erschöpfung)
- Gedanken des Exploranden bezüglich der Ernsthaftigkeit der Symptome, Ausprägung der Gesundheitsängste
- Umgang mit den Beschwerden („Coping“) und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems: Aufwand an Zeit und Energie, welche für die Symptome oder die Gesundheitsorgen aufgewendet werden
- komorbide Störungen
- die subjektive Leistungsfähigkeit
- der zu beobachtende Leidensdruck
- das Ausmass der Chronifizierung, somit die nachvollziehbare Erfolglosigkeit bisheriger Therapien und Rehabilitationsversuche

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

Bei der Prognose der Leistungsfähigkeit müssen die Merkmale der unterschiedlichen Beurteilungsebenen nicht nur im „Hier und Jetzt“ (Querschnitt) untersucht, sondern auch in ihrem Verlauf (Längsschnitt retrospektiv) eingeschätzt werden, um Aussagen über die *zukünftige* Entwicklung und Beeinflussbarkeit durch therapeutische und/oder rehabilitative Interventionen treffen zu können. Bei der Prognose muss das Ausmass an prognoserelevanten Faktoren berücksichtigt werden. Faktoren, die die Prognose negativ beeinflussen, sind beispielsweise die Dauer der Arbeitsunfähigkeitszeiten, eine schon lange bestehende Arbeitslosigkeit oder auch fehlende Arbeitsplätze. Die Prognose der Leistungsfähigkeit ergibt sich aus der Integration der bis dato gesammelten Daten bzw. Informationen über den zu Begutachtenden (eine Übersicht der für die Prognose der Leistungsfähigkeit relevanten Faktoren findet sich bei Dohrenbusch und Schneider 2016):

- Verlauf der Erkrankung (Schweregrad, Dauer, Chronifizierung)
- Krankheitsverarbeitung und Veränderungsmotivation
- Bisherige Therapien und Rehabilitationsmassnahmen und ihr Effekt
- Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Rentenantragstellung
- Sozialer Hintergrund (z.B. Familie, Bildung, Beruf, Verfügbarkeit eines Arbeitsplatzes)
- Verfügbarkeit von personalen und umweltbezogenen Ressourcen
- Soziale Unterstützung (z.B. Familie unterstützt positive Veränderungsanstrengung des zu Begutachtenden)

Aus dieser Aufstellung geht hervor, dass nur ein kleinerer Teil im engeren Sinn medizinischen Prognosefaktoren zuzuordnen ist. Bestätigt wird dies durch internationale Studien, zusammengefasst in einem Review (Cornelius et al. 2011): Von dreizehn in Bezug auf eine andauernde Behinderung relevanten prognostischen Faktoren bei psychischen Störungen, standen nur zwei in direktem Zusammenhang damit, nämlich stressbedingte Schulter-/Rückenschmerzen und Depressive-/Angststörung. Ansonsten waren es Faktoren mit unterschiedlicher Evidenz wie höheres Alter, männliches Geschlecht, tiefe Ausbildung, Allein-Verdienerstatus, lange Dauer bis zur Rückkehr an die Arbeit, frühere Krankheitsabsenzen, negative eigene Erwartungen, tiefer sozioökonomischer Status, Wechsel von Arbeitsaufgaben, Arbeitslosigkeit sowie Qualität, Professionalität, Kontinuität von beruflichen Massnahmen, welche mit einer schlechten Prognose korrelierten.

Einschätzung des Schweregrades einer somatoformen Störung

Speziell im Fall von somatoformen Störungen kann sich der Gutachter hinsichtlich der Kernsymptome, nämlich der körperbezogenen Beschwerden, nicht oder nur wenig auf die geläufige Kategorisierung von Psychopathologie und deren phänomenologische Ausprägung stützen. Dies erschwert eine Schätzung des Schweregrades einer somatoformen Störung.

Um doch eine diesbezügliche befundorientierte Einschätzung vornehmen zu können, sind folgende Anhaltspunkte für Art, Umfang und Schweregrad bzw. Ausprägung einer somatoformen Störung hilfreich:

Klagen über körperbezogene, organisch nicht ausreichend erklärbare Beschwerden (zusätzlich zu Schmerz z. B. weitere organbezogene bzw. auch pseudoneurologische Beschwerden) und/oder Klagen über Erschöpfung („fatigue“ bzw. sogenannt neurasthenische Beschwerden).

Die Anzahl unterschiedlicher Beschwerden korreliert dabei mit einer ungünstigeren Prognose und mit dem Ausmass funktioneller Beeinträchtigung (Henningsen 2014). Es wird dabei auch auf den Ansatz des DSM-5 verwiesen, das für die „somatische Belastungsstörung“ (*wovon die somatoformen Störungen nach ICD-10 eine Teilmenge bilden*), eine „schwere“ Störung folgendermassen definiert: Zwei oder drei sogenannte B-Symptome und zusätzlich multiple körperbezogene („somatische“) Beschwerden oder ein sehr schwer ausgeprägtes „somatisches“ Symptom.

B-Symptome nach DSM-5 definieren sich wie folgt:

B1 Unangemessene und andauernde Gedanken bezüglich der Ernsthaftigkeit der vorliegenden Symptome

B2 Anhaltende stark ausgeprägte Ängste in Bezug auf Gesundheit oder die vorliegenden Symptome

B3 Exzessiver Aufwand an Zeit und Energie, der für die Symptome oder Gesundheitssorgen aufgebracht wird

Spätestens ab dem Ausprägungsgrad „schwer“ gemäss DSM-5, sind relevante Einschränkungen beim Leistungsvermögen zu erwarten.

Weitere Anhaltspunkte ("Indikatoren") für einen relevanten Schweregrad und eine eher ungünstige Prognose einer somatoformen Störung sind (Henningsen 2014; Keller et al. 2016; Egle et al. 2014; Henningsen und Schickel 2016):

- Komorbidität mit Depression und/oder Angst
- sogenannte Ich-strukturelle Defizite, d.h. geringer Grad von Introspektion, z.B. Vorliegen einer sogenannten „Alexithymie“ (Schwierigkeit, die eigenen Gefühle adäquat wahrzunehmen und in Worten zu beschreiben, external

orientierter Denkstil) im Sinne eines Ressourcenmangels, z. B. mit Blick auf therapeutische Massnahmen (Dieris-Hirche et al. 2012; Gündel et al. 2000; Grabe und Rufer 2009; Marelli 2007)

- Modifikation der Persönlichkeit bzw. erhöhte Stressvulnerabilität infolge früherer Traumatisierung
- ausgewiesener Leidensdruck (frühe Inanspruchnahme aus Eigeninitiative von diversen - auch alternativ-medizinischen - Behandlungsmassnahmen vor Rentenanspruch)
- Erfolglosigkeit adäquater und motiviert verfolgter Therapieansätze
- allseitige, konsistente Beeinträchtigung von Alltagsfunktionen

Es handelt sich bei den hier aufgeführten Faktoren *nicht* um eine Checkliste; sie sind im Begutachtungsprozess unter Würdigung *sämtlicher* sich ergebender Faktoren wie Befunde, Symptome, Aktenlage, Drittauskünfte, Konsistenz etc. gutachtlich zu würdigen.

Anhang 4

Beurteilung von Konsistenz, Validität und Plausibilität

Grundsätzliches (Ebner et al. 2016)

Obligatorischer Bestandteil eines versicherungspsychiatrischen Gutachtens ist eine Stellungnahme zur Authentizität von Beschwerden, von präsentierten Symptomen und von Leistungseinschränkungen. Das beinhaltet eine Stellungnahme zur Frage, ob die berichteten 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 sind (Dressing und Foerster 2015a; AWMF online 2012a). Hierzu können z.B. eine auffallend diffuse Beschwerdeschilderung, die fehlende Angabe von Details oder Beispielen zu den Beschwerden auch auf Nachfrage, Widersprüchlichkeiten innerhalb der Anamnese, zwischen Anamnese und Verhalten, zu Auskünften von Dritten, zwischen Anamneseverlauf sowie zwischen Verhalten und Testsituation gehören.

Die Begriffe Konsistenz und Inkonsistenz stellen wertfreie Feststellungen dar, welche es gutachtlich zu klären gilt. Konkret hat der Gutachter zu klären, ob einer festgestellten Inkonsistenz ein krankhafter Prozess zugrunde liegt (z.B. Auffassungsstörungen, fehlende Krankheitseinsicht bei verschiedenen Störungsbildern, Parathymie, emotionales Unbeteiligtsein bei somatoformen Störungen, ausweichendes Antworten als Vermeidungsverhalten bei posttraumatischen Belastungsstörungen etc.).⁸

Der Einsatz von Testverfahren zur Beschwerde-/Symptomvalidierung ist sinnvoll. Die Anwendung setzt jedoch entsprechende Kompetenz, Erfahrung, Schulung oder Supervision voraus.

Bei der Indikationsstellung für die jeweilige Methode gelten die üblichen Regeln wie beim Einsatz von psychodiagnostischen Instrumenten:

⁸ BGE 141 V 281 hat hier normativ festgelegte Begutachtungsparameter formuliert (siehe Anhang 6). Wenn der Gutachter die Arbeitsfähigkeit nach den ihm zur Verfügung stehenden Anhaltspunkten und gewonnenen Erkenntnissen als *nicht* zuverlässig einschätzbar erachtet, dann hat er das *genau so zu benennen*.

- Sind sie für die jeweiligen Fragestellungen validiert?
- Sind sie für die jeweilige Bezugspopulation (Sprache, Kultur, Bildung) validiert?
- Können mit den Instrumenten mögliche Verfälschungen, Verzerrungen zuverlässig erkannt werden und mit welcher Wahrscheinlichkeit?

Methodik

Allgemeine klinische Konsistenzbeurteilung

Es handelt sich um allgemeine klinische Kriterien. Ein Teil der Kriterien wird (BGE 141 V 281) unter der Kategorie „Konsistenz“ aufgeführt. Festgestellte Inkonsistenzen sind daraufhin zu prüfen, ob sie krankheitsbedingt sind, ob sie in Zusammenhang mit nicht authentischen Beschwerden stehen oder ob es andere nichtmedizinische Gründe oder Erklärungen für sie gibt.

Klinische, diagnose- und syndrombezogene Beurteilung (Dressing und Foerster 2014; Resnick und Knoll 2005, 2008)

- Posttraumatische Belastungsstörung
- Psychosen/Schizophrenie
- Depressive Störungen
- Demenz
- Wahnsymptomatik
- Halluzinationen

Das Prinzip besteht darin, zu beurteilen, welche Symptome mit der infrage kommenden Diagnose, dem infrage kommenden Syndrom phänomenologisch vereinbar sind, und welche als nicht authentisch zu beurteilen sind. Für eine valide Beurteilung der Authentizität der Phänomenologie einer psychischen Symptomatik sind sehr gute klinisch-psychopathologische Kenntnisse und viel Erfahrung in der Anwendung erforderlich.

Psychometrie (Validität und Anstrengungsbereitschaft (Merten 2014; Bianchini et al. 2005; Blaskewitz und Merten 2007; Halligan et al. 2003; Reynolds und Horton 2012; Rogers 2008; Schneider et al. 2016; Slick et al. 1999; Vossler-Thies et al. 2013; Walter et al. 2012)

Diverse standardisierte *psychologische* Tests (Merten und Dohrenbusch 2016; Rogers 2008; Wisdom et al. 2010)

Nur ein kleiner Teil der standardisierten *psychologischen* Tests zur Beschwerde-/Symptomvalidierung ist ins Deutsche übersetzt und für die entsprechende Population validiert worden (z.B. das Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI-II, welches für zahlreiche Sprachräume validiert ist, Verhaltens- und Erlebensinventar VEI, Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome SFSS respektive SIMS). Die Würdigung der Ergebnisse setzt im Allgemeinen entsprechende Fachkenntnisse voraus, selbst wenn die Auswertung elektronisch erfolgt. Einzelne Tests sind nur für den Einsatz bei bestimmten Syndromen geeignet.

Systematik zur Prüfung von Schmerzstörungen (Bianchini et al. 2005; Etherton 2014)

Neuropsychologische Prüfung bei Angabe von kognitiven Störungen (Merten 2014; Merten und Dohrenbusch 2016, 2016; Slick et al. 1999; Blaskewitz und Merten 2007)

Eine neuropsychologische Abklärung mit Beschwerde-/Symptomvalidierung ist bei Angaben oder Hinweisen in Bezug auf kognitive Beschwerden/Symptome sinnvoll. Die entsprechenden Tests zur Validierung sind sehr gut standardisiert und evaluiert.

Mittels psychologischer Beschwerdevalidierungsverfahren sind zudem Angaben zur Glaubhaftigkeit geklagter psychischer und somatischer Beschwerden möglich.

Aussagenanalytische Beurteilung von Glaubhaftigkeit (Svitak et al. 2007; Rauh et al. 2008; Dohrenbusch 2016)

Dieses Verfahren wurde ursprünglich für die Beurteilung der Glaubhaftigkeit von Zeugenaussagen im Strafrecht entwickelt.

Fremdanamnese (Riemer-Kafka 2012)

Siehe Kapitel 5. Auch Angaben von Dritten können verzerrt sein. Bei deren Würdigung können die Kriterien der Glaubhaftigkeit angewendet werden. Der Fokus der Befragung sollte auf Fakten und konkreten Beispielen liegen, nicht auf Meinungen.

Observationen (Riemer-Kafka 2012)

Der psychiatrische Gutachter hat nur in Zusammenhang mit der Zusendung entsprechender Aufnahmen und/oder Dokumentationen damit zu tun. Die Aussagekraft von Observationsbildern für die psychiatrische Begutachtung ist oft limitiert. Die Einschätzung von Funktionen und Fähigkeiten (bspw. Antrieb, Kontakt zu Dritten, Erledigung von komplexen Aufgaben etc.) kann im Einzelfall aber möglich sein. In erster Linie stellen sie eine zusätzliche Möglichkeit zur Beurteilung der Authentizität geklagter Leistungseinbussen dar.

Die gutachtliche Tätigkeit schliesst eine observatorische Tätigkeit ausserhalb der Praxisräume aus.

Schlussfolgerungen

- Konsistenzanalyse als Königsweg zur Validierung
 - Cave: Inkonsistent nicht gleichbedeutend mit nicht authentisch
- Multimodale Diagnostik im Längs- und Querschnitt
 - Cave: Generalisierung: nicht von einzelnen Befunden (z.B. Vortäuschung bei der neuropsychologischen Untersuchung) auf die ganze Symptomatik schliessen (z.B. «Schmerzpräsentation ist nicht authentisch»)
 - Cave: Abstützen auf «den einen» Test, die «eine Inkonsistenz»
- Kontinuum: Krankheit und Aggravation oder Simulation schliessen sich nicht aus
 - Beurteilung der Validität der präsentierten Symptome, nicht der Krankheit
 - Diagnostik und Abgrenzungsfragen schwierig, fließende Übergänge
- Kenntnisse der Psychopathologie und breite Erfahrung unabdingbar
- Cave «Bauchgefühl»! Dieses bewegt sich selbst bei erfahrenen Experten auf Zufallsniveau! (Resnick 2014)
- Zugrunde liegendes Motivgefüge oft unklar und nicht klärbar!
- Diagnostik und Abgrenzungsfragen bei somatoformen Störungen, artifiziellen Störungen und Konversionsstörungen schwierig! (Ebner und Kopp 2014; Kopp und Ebner 2014)
- Entscheidend ist die Steuerbarkeit des präsentierten Verhaltens (Foerster et al. 2015)
- Die Dinge beim Namen nennen, keine Verdachtsdiagnosen aufgrund von unklarer Symptomatik
 - "Präsentierte Beschwerden/Symptomatik/Leistung medizinisch nicht erklärbar"
 - "Nicht-authentische Beschwerde-/Symptom-/Leistungspräsentation"

- "Vorkommen leichter psychischer Störungen möglich, welche durch nicht-authentische Symptomatik ‚überstrahlt‘ werden und damit nicht fassbar sind".
- "Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei ... nicht möglich/ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit höher als präsentiert/ nur medizinisch-theoretisch möglich"

Bedeutung der Konsistenzprüfung aus rechtlicher Sicht

Auch aus rechtlicher Sicht kommt der Konsistenzprüfung eine grosse Bedeutung zu. Das Bundesgericht hat festgehalten, dass Leistungseinschränkungen, die - und soweit - sie auf Aggravation beruhen, regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung darstellen (Bundesgerichtsentscheid 9C_899/2014 E. 4.1). Es betont indessen, dass die Grenzziehung zwischen blosser Verdeutlichung und Aggravation heikel sei und einer sorgfältigen Prüfung im Einzelfall bedürfe (E. 4.2.2.). Es sei zu beachten, dass Schmerzausweitung gerade das Wesen der Schmerzstörungen charakterisiere und dass naturgemäss in einem sozialversicherungsrechtlichen Abklärungsverfahren die versicherte Person ihre Beschwerden im Hinblick auf das von ihr mit der Anmeldung verfolgte Ziel präsentiere, ohne dass ihr allein deswegen unbesehen der Rentenanspruch versagt werden dürfte (E 4.2.1.)

Das Bundesgericht fordert für die Grenzziehung einer anspruchshindernden Aggravation, „dass die Gutachter, wie auch die anderen mit der Berichterstattung über die versicherte Person befassten Ärzte, alle verfügbaren Hinweise aus dem Alltag der versicherten Person, insbesondere auch aus dem ausserberuflichen Bereich, berücksichtigen und auf dieser möglichst breiten Beobachtungsbasis eine Verbindung herstellen zwischen dem festgestellten versicherten Gesundheitsschaden und den dadurch bewirkten funktionellen Einschränkungen einerseits, sowie den geschilderten sowie tatsächlichen, gegebenenfalls fremdanamnestic erhobenen Auswirkungen auf Aktivität und Partizipation andererseits (vgl. auch FOERSTER/VENZLAFF, Psychiatrische Begutachtung, 2009, S. 672; Ziff. 3.4 der Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie [SGR] zur Begutachtung rheumatologischer Krankheiten und Unfallfolgen, in: Schweizerische Ärztezeitung 2007 S. 739). Auf dieser Grundlage ist zu plausibilisieren, dass die Inkonsistenzen über das im Rahmen einer blossen Verdeutlichung "Normale" hinausgehen“ (E 4.2.2.).

Anhang 5

Aktivitätsdimensionen – Definitionen und Quantifizierung

Eine Diagnose per se führt nicht direkt zu einer Reduktion der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit. Aktuell etabliert sich zunehmend die Systematik nach ICF, adaptiert von Linden und Baron im Mini-ICF-APP (Linden et al. 2015). „Im Mittelpunkt der Beurteilung (...) steht die Frage, welche Einschränkungen hinsichtlich Fähigkeiten aus der Psychopathologie resultieren und einen Menschen an der Wahrnehmung von Rollenfunktionen hindern können“ (Linden und Baron 2005).

Das Mini-ICF-APP und das daraus weiterentwickelte IFAP 2, welches sich noch in Entwicklung befindet, sind Fremdbeurteilungsinstrumente, welche sich zur quantifizierenden Beurteilung eines aktuellen Fähigkeitsniveaus von Probanden mit psychischen Störungen eignen. Erfasst werden die Komponenten „Aktivitäten und Partizipation“ der ICF der WHO.

Folgende Rating-Definitionen werden gemäss Manual des "Mini-ICF-APP" (Linden et al. 2015) verwendet; beurteilt wird nicht die «performance», sondern die «capacity» (detaillierte Definitionen und Anweisungen siehe Linden et al. 2015):

0. *Keine Beeinträchtigung:* Der Proband entspricht den Normerwartungen bezüglich seiner Referenzgruppe.
1. *Leichte Beeinträchtigung:* Es bestehen einige leichtere Schwierigkeiten oder Probleme, die beschriebenen Fähigkeiten/Aktivitäten auszuüben. Es resultieren daraus keine wesentlichen negativen Konsequenzen.
2. *Mittelgradige Beeinträchtigung:* Im Vergleich zur Referenzgruppe bestehen deutliche Probleme, die beschriebenen Fähigkeiten/Aktivitäten auszuüben. Dies hat negative Konsequenzen für den Probanden oder andere.
3. *Schwere Beeinträchtigung:* Der Explorand ist wesentlich eingeschränkt in der Ausübung der beschriebenen Fähigkeiten/Aktivitäten. Er kann Rollenerwartungen in wesentlichen Teilen nicht mehr gerecht werden. Er benötigt teilweise Unterstützung von Dritten.
4. *Vollständige Beeinträchtigung:* Der Proband ist nicht in der Lage, die beschriebenen Fähigkeiten/Aktivitäten auszuüben. Er muss entlastet werden und die Aktivitäten müssen durch Dritte übernommen werden.

Dimensionen

Anpassung an Regeln und Routine: [Grad] [Begründung]

Planung und Strukturierung der Aufgaben: [Grad] [Begründung]

Flexibilität und Umstellung: [Grad] [Begründung]

Kompetenz und Wissensanwendung: [Grad] [Begründung]

Entscheidungsfähigkeit und Urteilsbildung: [Grad] [Begründung]

Proaktivität und Spontanaktivitäten: [Grad] [Begründung]

Widerstands- und Durchhaltefähigkeit: [Grad] [Begründung]

Selbstbehauptungsfähigkeit: [Grad] [Begründung]

Konversations- und Kontaktfähigkeit zu Dritten: [Grad] [Begründung]

Gruppenfähigkeit: [Grad] [Begründung]

Fähigkeit zu dyadischen Beziehungen: [Grad] [Begründung]

Fähigkeit zu Selbstpflege und Selbstversorgung: [Grad] [Begründung]

Mobilität und Verkehrsfähigkeit: [Grad] [Begründung]

Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit - Dimensionen⁹¹⁰

Im Kontext der Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit ist insbesondere die Fähigkeit des Exploranden zur Partizipation am Arbeitsprozess zu bewerten. Das bedeutet, dass es hier um die Beurteilung der konkreten Leistungsfähigkeit in Bezug auf das spezifische Anforderungsprofil seiner beruflichen Tätigkeit, oder bei Nichterwerbstätigen der Tätigkeiten im bisherigen Aufgabengebiet (z.B. Versicherte in Ausbildung/Hausfrauen/Hausmänner) geht. Auf die Beurteilung der Teilhabe an anderen Lebensbereichen kann somit in diesem Kontext verzichtet werden, es sei denn, diese wäre für die Beurteilung der konkreten beruflichen Leistungsfähigkeit von Bedeutung (zur Beurteilung der Konsistenz der Leistungsfähigkeit sind sie jedoch von grosser Bedeutung, siehe **6.2**). Bei Begutachtungen im Kontext von Rentenanträgen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ist zu beurteilen, inwieweit der zu Begutachtende den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes entsprechen kann.

Beurteilungskriterien

Bei der Gesamtbeurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit muss eine Integration der Leistungsfähigkeit des zu Begutachtenden für die einzelnen Aufgabenbereiche vorgenommen werden.

Für die Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit ist ein negatives Anforderungsprofil ("was kann er nicht mehr") zu erstellen.

Zuletzt ist ein positives Anforderungsprofil ("was kann er noch") für behinderungsadaptierte Tätigkeiten aufzuführen.

Zur Beurteilung der „zumutbaren Arbeitsfähigkeit“ durch den Rechtsanwender bedarf es aber nicht nur der gutachtlichen Darlegung der Aktivitäten/Fähigkeiten, sondern auch der Begründung, weshalb aus medizinisch-gutachtlicher Sicht Einschränkungen bei der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit vorliegen.

Die Begründung erlaubt dem Rechtsanwender, eine unabhängige Wertung dieser Einschränkungen vorzunehmen.

Hier hat sich in der Schweiz die Einteilung nach Oliveri et al. 2006 etabliert (Oliveri et al. 2006a, 2006b); die Graduierung wurde konsensuell durch die Autoren der Leitlinienarbeitsgruppe als Vorschlag erstellt:

Sicherheit: [keine Einschränkungen – Einschränkungen mit Unterstützungsbedarf durch Dritte – kein Einsatz in sicherheitsrelevanten Bereichen] [Begründung]

Gesundheit: [keine negativen gesundheitlichen Einschränkungen zu erwarten – gesundheitliche Konsequenzen zu erwarten mit Handlungsbedarf, welcher? – Arbeitseinsatz kontraindiziert] [Begründung]

⁹ „Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können“ (vgl. BGE BG 140 V 193 E. 3.2). Weicht die juristische Stellungnahme allerdings wesentlich von der ärztlichen Einschätzung ab, wird dafür eine entsprechende rechtliche Begründung erwartet (Marelli 2014).

¹⁰ „Unabhängig davon, ob es sich um eine nachweisliche organische Pathologie oder um ein unklares Beschwerdebild handelt, setzt eine Anspruchsberechtigung (...) stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus. Dabei können - insbesondere unklaren Beschwerdebildern inhärente - Abklärungs- und Beweisschwierigkeiten die Berücksichtigung weiterer Lebens- und Aktivitätsbereiche wie etwa Freizeitverhalten oder familiäres Engagement erfordern, um das Ausmass der Einschränkungen zu plausibilisieren (...), wobei auch fremdanamnestic Angaben zu berücksichtigen sind“ (vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.2 BGE).

Arbeitsleistung: [keine oder geringe Einschränkung qualitativ/quantitativ mittelgradige Einschränkung qualitativ/quantitativ – schwergradige Einschränkung qualitativ/quantitativ - Aufhebung] [Begründung]

Lebensqualität: [keine oder geringe negativen Folgen zu erwarten – erhebliche negative Folgen zu erwarten, welche? - Arbeitseinsatz ausgeschlossen] [Begründung]

Weitere: [Welche] [keine oder geringe Einschränkung – mittelgradige Einschränkung – schwergradige Einschränkung – Aufhebung] [Begründung]

Anhang 6

BGE 141 V 281 Strukturiertes Beweisverfahren: Indikatoren

Das Bundesgericht verlangt mit seinem neuen Leiterteil eine ergebnisoffene Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens anhand eines normativen Prüfrasters mit Beurteilung von funktionellem Schweregrad nach einer obligaten Konsistenzprüfung (Aufstellung nach Bundesamt für Sozialversicherungen 2015b)¹¹:

- A. Kategorie "funktioneller Schweregrad"
 - a. Komplex "Gesundheitsschädigung"
 - i. Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde
 - ii. Behandlungserfolg oder –resistenz
 - iii. Eingliederungserfolg oder –resistenz
 - iv. Komorbiditäten
 - b. Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen)
 - c. Komplex "Sozialer Kontext"

- B. Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens)
 - a. Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen
 - b. Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Anhang 7

Kausalitätsbeurteilung (siehe auch Glossar zur Kausalität)

Kausalitätsbeurteilungen sind regelmässig erforderlich bei Gutachten im Unfallversicherungs- und im Haftpflichtbereich. Im Invaliditätsbereich können sie erforderlich sein im Zusammenhang mit Regressforderungen (z.B. der IV gegenüber dem Haftpflichtversicherer eines Unfallverursachers); ansonsten ist hier die Art und Weise des Zustandekommens eines krankhaften Zustandes (also die Kausalität) einer festgestellten psychischen Störung, in der Regel eine nachrangige Frage. Bei Vorliegen einer Störung von Krankheitswert geht es vor allem um die Beurteilung von Schweregrad und funktionellen Auswirkungen.

¹¹ BGE 141 V 281 verlangt ein kohärentes Gesamtbild und anerkennt nur schwere psychische Beeinträchtigungen als invalidisierend, d.h. (therapeutisch nicht angehbare) Leidenszustände, die andauernd die funktionelle Leistungsfähigkeit und/oder die psychischen Ressourcen erheblich limitieren.

Kausalitätsbeurteilung:

Das medizinische bzw. psychiatrische Gutachten hat die Frage zu beantworten, ob und wieweit eine psychische Störung auf ein schädigendes Ereignis (Unfall, Haftpflichtfall) zurückzuführen ist. Dabei genügt es, wenn das Ereignis eine Teilursache darstellt, deren Folgen sich auch erst mittelbar zeigen können. Das psychiatrische Gutachten macht gestützt auf die eingehende Darstellung von diesbezüglichen medizinischen Zusammenhängen eine fundierte Aussage, ob die psychische Störung sicher, überwiegend wahrscheinlich, möglicherweise oder sicher nicht im Zusammenhang mit dem schädigenden Ereignis steht (natürliche Kausalität).

Wieweit gestützt auf die gutachterliche Einschätzung eine Leistungspflicht besteht, hängt davon ab, ob das Gutachten den Beweisgrad für eine mindestens überwiegende Wahrscheinlichkeit belegen kann, was der Rechtsanwender würdigt. Zusätzlich beurteilt dieser aber auch noch, ob die adäquate Kausalität erfüllt ist. Diese hat die Rolle eines begrenzenden Faktors, indem zwischen Art und Schwere des Ereignisses und individueller Reaktion ein gewisser, allgemeingültiger Zusammenhang bestehen muss, bzw. individuelle Risikofaktoren gewichtet werden. Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung hat das Bundesgericht Kriterien für die Adäquanzbeurteilung psychischer Unfallfolgen benannt (BGE 115 V 133).

Besonderheiten bei der Entstehung von psychischen Störungen

Generell gilt, dass psychische Störungen in der Regel multifaktoriell verursacht werden:

- Prädisposition (Vulnerabilität)
- Persönlichkeit
- Auswirkung von früherer Traumatisierung
- Stressempfindlichkeit
- Hinzutreten von Belastungsfaktoren als Auslöser
- Aspekte von wesentlich kontextabhängiger Fortdauer
- Verstärkung der Störung im weiteren Verlauf

Im Rahmen von psychischen Störungen nach Unfällen sind einerseits das Erleben der Unfallsituation („verunfallte Psyche“) und andererseits die psychische Reaktion auf die Unfallfolgen auf körperlicher und sozialer Ebene zu werten, mit entsprechenden Einwirkungen auf die psychische Verfassung und den gegenseitigen Wechselwirkungen dieser Faktoren untereinander.

Im Gutachten sind dazu die medizinischen Überlegungen eingehend darzustellen und – womöglich – allenfalls zu gewichten (siehe auch im Glossar zu Kausalität, zu Status quo ante und zu Status quo sine).

Im Rahmen der Unfallkausalität wird auf Seiten der Rechtsanwender oft von zu einfachen Modellen im Sinne einer additiven Summation von Belastungsfaktoren ausgegangen, wohl in der Meinung, unfallbedingte bzw. unfallfremde Faktoren im Rahmen der Verursachung von psychischen Störungen genau abgrenzen zu können. In der Regel handelt es sich aber beim (synergistischen) Zusammenwirken von Faktoren bei der Verursachung einer psychischen Störung nach Unfall um komplexe Zusammenhänge, z.B. im Sinne gegenseitiger, potenzierender Verstärkungen, oder von Situationen, in welchen diese sich ggf. gegenseitig eher neutralisieren.

Bei psychischen Störungen nach Unfällen kommen in der Regel mehrere Wirkfaktoren zusammen. Das überwiegend wahrscheinliche Bestehen eines Zusammenhangs zwischen Unfall (Unfallerleben oder Unfallfolgen) und aufgetretener psychischer Störung genügt als Grundlage der Attestierung eines natürlichen Kausalzusammenhangs mit dem Unfall. Ein solchermassen teilkausaler

Zusammenhang von psychischen Störungen nach Unfällen ist in den meisten Fällen gegeben.

Die Grenze von unfallbedingten und unfallfremden Faktoren, die nach dem Unfall auf die psychische Verfassung einwirken, ist fließend: Neben klar unfallbedingten Folgen (wie z.B. die psychischen Folgen einer Hirnschädigung, psychotraumatologische Störungen und psychische Reaktionen auf körperliche Unfallfolgen, allenfalls auf der Grundlage einer erhöhten Vulnerabilität infolge Prädisposition oder früherer Traumatisierung), ergeben sich in der Regel auch psychische Reaktionen auf soziale Belastungen infolge des Unfalls. In deren Rahmen sind zahlreiche Wechselwirkungen aus dem Umfeld und mit Bezugspersonen zu bedenken sowie weitere Wechselwirkungen all dieser Faktoren untereinander.

Der Gutachter soll für den Rechtsanwender inhaltlich gut nachvollziehbar – die diesbezüglichen Überlegungen zum Zusammenwirken dieser Faktoren im Gutachten darlegen.

Eine Gewichtung der genannten Einflussfaktoren ist generell schwierig und kann bestenfalls mit einer ungefähren Abschätzung im Rahmen einer integrativen Betrachtung des Gutachters erfolgen wie z. B., dass unfallbedingte und unfallfremde Faktoren ein ähnliches Gewicht haben oder die eine Seite stärker oder gar vorwiegend ins Gewicht fällt.

In der Regel treten bei mehrjährigen Verläufen (was zum Zeitpunkt der Begutachtung oft der Fall ist) zahlreiche Kontextfaktoren in Interaktion mit dem psychischen Zustand auf bzw. mit Aspekten der Krankheitsverarbeitung, der kognitiven Funktionen, des affektiven Zustandes oder des Verhaltens.

Auch beim Verlauf einer psychischen Störung ohne Bezug z.B. zu einem Unfall verliert die seinerzeitige Auslösesituation im weiteren Krankheitsverlauf in der Regel an Bedeutung, während andere Faktoren wie z. B. systemische Einflüsse (Verhalten und Reaktionen des Umfeldes) an der Aufrechterhaltung bzw. ggf. an der Umformung des Störungsbildes zunehmend beteiligt sind. Der ursprüngliche „rote Faden“ des Kausalzusammenhangs zu einem Unfall bzw. zu einer auslösenden Situation wird damit gleichsam im Strang von immer zahlreicheren Einwirkungen immer „dünner“. Zu solchen hinzutretenden Aspekten, die den Störungsverlauf modifizieren, soll gerade bei einem mehrjährigen Verlauf im Gutachten eine Aussage gemacht werden.

Dabei ist aber zu beachten, dass die natürliche Kausalität nur wegfallen kann, wenn die psychische Situation im Zeitpunkt der Begutachtung wieder so ist, wie wenn das schädigende Ereignis nicht stattgefunden hätte (status quo ante), bzw. sich auch ohne dieses so entwickelt hätte (status quo sine).

Fazit

Zu Aspekten der Kausalität, d.h. zu medizinischen Zusammenhängen sollen im Gutachten inhaltlich nachvollziehbare Aussagen gemacht und diese sollen hinsichtlich ihres Wahrscheinlichkeitsgrades (sicher, überwiegend wahrscheinlich, möglich, auszuschliessen) beurteilt werden.

Die abschliessende Würdigung, ob die natürliche Kausalität als bewiesen gelten kann und ob darüber hinaus auch die Voraussetzungen der adäquaten Kausalität erfüllt bzw. wie diese zu gewichten sind, ist Aufgabe des Rechtsanwenders.

Glossar

Aggravation

Bewusst intendierte, verschlimmernde oder überhöhende Darstellung einer vorhandenen Störung zum Zweck der Erlangung von (materiellen) Vorteilen.

Aktivität (nach ICF)

Als Aktivität bezeichnet man die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung durch einen Menschen.

Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG)

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.

Domäne (nach ICF)

Sinnvolle und praktikable Menge von Items aus einer Teilklassifikation der ICF.

Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG)

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

Funktionale Gesundheit (nach ICF)

Eine Person gilt nach ICF als funktional gesund, wenn ihre körperlichen Funktionen und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen, sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird, und sie zu allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, Zugang hat und sich in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung erwartet wird.

Gesundheitsproblem (nach ICF)

Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit als Resultat der komplexen Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Komponenten der ICF. Die negative Auswirkung entspricht dem Begriff der Behinderung.

ICF

International Classification of Functioning, Disability and Health. Framework und Klassifikation der WHO zur Beschreibung von Menschen mit Behinderungen. Sie umfasst etwa 1400 Einträge (Items).

Integritätsentschädigung

"Die Integritätsentschädigung will anerkennen, dass über die Sach- und Geldleistungen hinaus durch Unfallereignisse ein dauerhafter immaterieller Schaden entsteht, der nicht wieder gutzumachen ist" (Hoffmann-Richter et al. 2012). Es handelt sich dabei um eine Einmalzahlung. "Die Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität muss dauerhaft" und erheblich, die Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sein. "Die Unfallfolgen müssen identifiziert

und von Krankheitsfolgen abgegrenzt werden" (Hoffmann-Richter et al. 2012)
(Weitere Ausführungen zum rechtlichen Kontext siehe Riemer-Kafka 2012).

Entsprechende Tabellen zu deren prozentualen Berechnung finden sich in Tabellen der SUVA (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt Suva 2002, 2004).

Kausalität

Beim Kausalzusammenhang geht es um die Beziehung zwischen Risikoeintritt und dessen Folgen, oder mit anderen Worten zwischen Ursache und Wirkung. Der zeitliche Zusammenhang für sich alleine genügt nicht ("post hoc ergo propter hoc"); er bedarf einer besonderen medizinischen Begründung" (Riemer-Kafka 2012).

Man unterscheidet den *natürlichen* Kausalzusammenhang vom *adäquaten* Kausalzusammenhang.

"Ursachen im Sinne eines *natürlichen* Kausalzusammenhangs sind *alle* Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise (hinsichtlich der Form oder Intensität) bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann (BGE 129 V 177 ff. [181], E. 3.1). Beim Risikoeintritt kann es sich um eine alleinige Ursache handeln oder um eine, nicht zwingend unmittelbare, Teilursache. Der Risikoeintritt muss folglich für Art und Umfang des eingetretenen Erfolges "conditio sine qua non" sein (Riemer-Kafka 2012).

Teilursache: Beeinträchtigt zusammen mit anderen Ursachen die körperlich-geistige-psychische Integrität (gilt bspw. auch für eine Verschlimmerung eines bereits "bestehenden Vorzustandes durch eine hinzutretende (Teil)-Ursache)" (Riemer-Kafka 2012). Unterscheide hiervon "die Gelegenheitsursache, die ein anderes bereits latent vorhandenes Risiko erst auslöst bzw. manifest werden lässt" (Riemer-Kafka 2012).

Monokausalität: Einzige, alles erklärende Ursache (Hoffmann-Richter et al. 2012). Der Mediziner nimmt ausschliesslich zum natürlichen Kausalzusammenhang Stellung. Für den psychiatrischen Gutachter stellt sich bei dessen Beurteilung zusätzlich die Frage, ob und wann (im weiteren Verlauf) die Kausalität als erloschen gelten kann (status quo ante vel sine, siehe dort im Glossar).

Ein adäquater Kausalzusammenhang besteht gemäss Rechtsprechung, "wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 125 V 456 ff. [461 f.], E. 5a)" (Riemer-Kafka 2012).

Bei psychischen Unfallfolgen hat das Bundesgericht Kriterien benannt, anhand welcher – je nach Schwere und Umständen des Unfalls und dessen Folgen – die adäquate Kausalität festgelegt wird (Schweizerisches Bundesgericht, BGE 115 V 133)

Sinn gemäss wurden vom Bundesgericht für das HWS-Distorsionstrauma entsprechende Kriterien benannt (Schweizerisches Bundesgericht, BGE 134 V 109 vom 28.05.2008).

Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs obliegt dem Rechtsanwender. Der Gutachter hat die hierfür notwendigen medizinischen Grundlagen zu liefern (Hoffmann-Richter et al. 2012).

Kontextfaktoren (nach ICF)

Sind alle Gegebenheiten des Lebenshintergrundes einer Person. Sie bestehen aus Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren.

Körperfunktion (nach ICF)

Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschliesslich psychologische Funktionen).

Körperstrukturen (nach ICF)

Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers wie Organe, Gliedmassen und ihre Bestandteile.

Kranksein und Krankheit

Die Medizinsoziologie macht eine Unterscheidung zwischen Kranksein (illness) und Krankheit (disease) (Mechanic 1962). Kranksein, sich krank fühlen, drückt die Befindlichkeit, die Beschwerden einer Person aus. Krankheit hingegen ist ein objektiv feststellbarer, diagnostizierbarer Zustand, welcher jedoch noch nicht als Beschwerde wahrgenommen werden muss (z.B. hoher Blutdruck). Dem Kranksein wiederum muss nicht in jedem Fall auch ein objektiv feststellbarer, diagnostizierbarer Zustand zugrunde liegen.

Leistung bzw. Performance (nach ICF)

Ist die tatsächliche Durchführung einer Aufgabe oder Handlung einer Person in ihrem gegenwärtigen Kontext. Leistung ist ein Aspekt des Aktivitätskonzeptes.

Leistungsfähigkeit bzw. Capacity (nach ICF)

Ist das maximale Leistungsniveau einer Person bezüglich einer Aufgabe oder Handlung unter Test-, Standard- oder hypothetischen Bedingungen. Der Begriff maximal ist in Abhängigkeit der Fragestellung zu interpretieren. Leistungsfähigkeit ist ein Teil des Aktivitätskonzeptes.

Partizipation bzw. Teilhabe (nach ICF)

Sie ist das Einbezogenensein in eine Lebenssituation, z.B. in bezahlte Arbeit.

Personenbezogene Faktoren (nach ICF)

Sie sind der besondere Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person (ihre Eigenschaften und Attribute) und umfassen Gegebenheiten des Individuums, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems oder –zustands sind. Sie können bis anhin in der ICF lediglich beschrieben, aber noch nicht klassifiziert werden.

Rendement

Bei der Einschätzung von Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit betrachtet man zuerst getrennt die folgenden zwei Komponenten (Swiss Insurance Medicine 2013):

- Leistungskomponente (Belastbarkeit oder sogenanntes «Rendement»)
- Zeitkomponente (Präsenzzeit am Arbeitsplatz)

Ressourcen

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

Selbstlimitierung

"Mangelnde Leistungsbereitschaft bzw. Selbstlimitierung bei einer Belastungs-erprobung oder im Rahmen eines Trainingsprogramms: Der Patient bricht Tests

oder Trainingsübungen sehr rasch ab, bevor Zeichen von Anstrengung oder einer funktionellen Limitierung wie etwa Muskelanspannung, Ausweichbewegungen, ungenügende Stabilisierungsfähigkeit oder erhöhter Puls zu beobachten sind" (Oliveri et al. 2006b).

Simulation

Bewusste Vortäuschung von Symptomen mit offensichtlicher Motivation, ohne dass das Verhalten durch eine psychische Störung (z.B. durch eine artifizielle Störung) erklärt werden kann.

Status quo ante, Status quo sine

Bedeutung des Unfalls bezüglich (zeitweiser) Verschlechterung bei unfallfremden Krankheitsfaktoren. Zu welchem Zeitpunkt war der Status quo ante (zeitweise Verschlechterung eines Vorzustandes) oder der Status quo sine (zu erwartender Verlauf eines Vorzustandes) überwiegend wieder erreicht oder wann ist damit zu rechnen (Koordination Schweiz 2016)?

Symptom – Befund - Beschwerde - Syndrom

Symptom: Zeichen, welches auf eine Erkrankung oder Verletzung hinweist.

Befund: Erfassung eines Symptoms durch den Arzt

Beschwerde: Symptom, welches vom Patienten selbst erfahren wird.

Syndrom: Symptomenkomplex, Krankheitsbild, was sich aus dem Zusammentreffen verschiedener charakteristischer Symptome ergibt.

Symptomausweitung

Der Begriff «Symptomausweitung» ist keine Diagnose und kein nosologisches Konstrukt. Er beschreibt nur ein Phänomen, welches im Wesentlichen folgende Beobachtungen umfasst: Der Patient beklagt übermässig starke und allenfalls auch topographisch ausgeweitete Symptome (im Widerspruch zur klinischen Erfahrung bei der gegebenen medizinischen Problematik), er zeigt eine ausgeweitete Funktionseinschränkung und Einschränkung von Aktivitäten und eine mangelnde Leistungsbereitschaft bei der Belastungserprobung. Bei der Untersuchung finden sich deutliche Inkonsistenzen (Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie, Arbeitsgruppe Versicherungsmedizin und Jeger 2007).

Umweltfaktoren (ICF)

Sie bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.

Zumutbarkeit

Es handelt sich nicht um einen medizinischen Begriff, sondern um einen normativen, mit Bezug zur "Verhältnismässigkeit" einer Massnahme,

Verwendete und weiterführende Literatur

Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (Hg.) (2016): Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie. 9., überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe.

AWMF online (2004): Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie. Methodische Empfehlungen. ("Leitlinie für Leitlinien", Stand Dez. 2004). Hg. v. AWMF Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Online verfügbar unter http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/Werkzeuge/Publikationen/methoden.pdf, zuletzt geprüft am 04.04.2016.

AWMF online (2012a): Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen. Hg. v. AWMF Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Online verfügbar unter http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030_102k_S2k_Begutachtung_von_Schmerzen_052012-122016_01.pdf, zuletzt geprüft am 04.04.2016.

AWMF online (2012b): Sk2 – Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Teil I Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit Teil II Kausalitätsbegutachtung psychischer Schädigungsfolgen. AWMF - Registernr. 051/029. Hg. v. AWMF Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Online verfügbar unter http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-029l_S25_Begutachtung_psychischer_und_psychosomatischer_Erkrankungen_2012-03.pdf, zuletzt geprüft am 04.04.2016.

Bianchini, Kevin J.; Greve, Kevin W.; Glynn, Gary (2005): On the diagnosis of malingered pain-related disability. Lessons from cognitive malingering research. In: *The Spine Journal* 5 (4), S. 404–417.

Blaskewitz, N.; Merten, T. (2007): Diagnostik der Beschwerdenugültigkeit - Diagnostik bei Simulationsverdacht: ein Update 2002 bis 2005. A Review of Methods for the Assessment of Symptom Validity: An Update 2002 to 2005. In: *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 75, S. 140–154.

Borkenau, Peter; Ostendorf, Fritz (2008): NEO-FFI: NEO-Fünf-Faktoren-Inventar nach Costa und McCrae, Manual.

Brockhaus, Robbi (2015): Zur Frage der Anwesenheit von Begleitpersonen in der Begutachtung. In: *Der Medizinische Sachverständige* 112 (2), S. 49–55.

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (2015a): Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI). Rz. 2074, 01.01.2015, S. 42.

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (2015b): IV-Rundschreiben Nr. 334. Neues Beweisverfahren zur Abklärung psychosomatischer Leiden (Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015)

Canela, Carlos; Schleifer, Roman; Dube, Anish; Hengartner, Michael; Ebner, Gerhard; Seifritz, Erich; Liebreuz, Michael (2016): Funktionsbeschreibung in der Begutachtung der Arbeitsfähigkeit – Was ist „evidence-based“? In: *Psychiat Prax* 43 (02), S. 74–81.

Colomb, E.; Dittmann, V.; Ebner, G.; Hermelink, M.; Hoffmann-Richter, U.; Kopp, H. G. et al. (2012): Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung. Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP, zuletzt geprüft am 16.04.2016.

Cornelius, L. R.; van der Klink, J. J. L.; Groothoff, J. W.; Brouwer, S. (2011): Prognostic Factors of Long Term Disability Due to Mental Disorders. A Systematic Review. In: *J Occup Rehabil* 21 (2), S. 259–274.

Dieris-Hirche, Jan; Milch, Wolfgang E.; Kupfer, Jörg P.; Leweke, Frank; Gieler, Uwe (2012): Alexithymie bei Neurodermitis. In: *Psychotherapeut* 57 (1), S. 42–49.

Dittmann, Volker; Ebner, Gerhard; Herdt, Jörg; Junge, Caroline; Träbert, Silke (2010): Literaturstudie als Grundlage zur Entwicklung von evidenzbasierten Gütekriterien zur Beurteilung von psychischen Behinderungen. Erarbeitet für das Bundesamt für Sozialversicherungen im Rahmen des mehrjährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP-IV). Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel. Basel. Online verfügbar unter www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen/00098/index.html, zuletzt geprüft am 04.04.2016.

Dohrenbusch, Ralf (2016): Interview aus aussagenpsychologischer Perspektive: Validierung explorationsbasierter Informationen. In: Wolfgang Schneider, Peter Henningsen, Ralf Dohrenbusch, Harald J. Freyberger, Hanno Irle, Volker Köllner und Bernhard Widder (Hg.): Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Autorisierte Leitlinien und Kommentare. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag, S. 116–132.

Dohrenbusch, Ralf; Schneider, Wolfgang (2016): Prognosestellung. In: Wolfgang Schneider, Peter Henningsen, Ralf Dohrenbusch, Harald J. Freyberger, Hanno Irle, Volker Köllner und Bernhard Widder (Hg.): Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Autorisierte Leitlinien und Kommentare. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag, S. 231–246.

Dressing, Harald; Foerster, Klaus (2014): Forensisch-psychiatrische Beurteilung posttraumatischer Belastungsstörungen. In: *Nervenarzt* 85 (3), S. 279–289.

Dressing, Harald; Foerster, Klaus (2015a): Forensisch-psychiatrische Untersuchung. Simulation und ähnliche Probleme. In: Harald Dressing und Elmar Habermeyer (Hg.): Venzlaff, Dressing et al. (Hg.) 2015 – Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Lehrbuch für Ärzte und Juristen. 6., neu bearb. und erw. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer, S. 23–25.

Dressing, Harald; Foerster, Klaus (2015b): Forensisch-psychiatrische Untersuchung. Anwesenheit dritter Personen. In: Harald Dressing und Elmar Habermeyer (Hg.): Venzlaff, Dressing et al. (Hg.) 2015 – Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Lehrbuch für Ärzte und Juristen. 6., neu bearb. und erw. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer, S. 17.

Dressing, Harald; Habermeyer, Elmar (Hg.) (2015): Venzlaff, Dressing et al. (Hg.) 2015 – Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Lehrbuch für Ärzte und Juristen. 6., neu bearb. und erw. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer.

Ebner, Gerhard et al. (2016): Die Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität aus versicherungspsychiatrischer und rechtlicher Sicht. In Vorbereitung. In: *Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge SZS*.

Ebner, Gerhard; Kopp, Hans Georg (2014): Das Ganser-Syndrom – Trugbild oder Krankheit? In: *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Psychotherapie* (4), S. 14–18.

Ebner, Gerhard; Liebrecht, Michael (2016, im Druck): Versicherungsmedizin. In: Oliver Bilke-Hentsch und Kathrin Sevecke (Hg.): Aggressivität - Impulsivität - Delinquenz. Stuttgart: Thieme.

Egle, Ulrich Tiber; Kappis, Bernd; Schairer, Ulrich; Stadtland, Cornelis; Bär, Karl-Jürgen (Hg.) (2014): Begutachtung chronischer Schmerzen. 1. Auflage. München: Elsevier Urban & Fischer.

Eicher, E. (1999): Guidelines für Guidelines. Schweiz. Ärztezeitung. In: *Schweizerische Ärztezeitung SAEZ* 80, S. 581–583.

Etherton, Joseph L. (2014): Diagnosing Malingering in Chronic Pain. In: *Psychol. Inj. and Law* 7 (4), S. 362–369.

Foerster, Klaus; Dressing, Claudia; Dressing Harald (2015): Begutachtung bei sozialrechtlichen Fragen. Das Problem der „zumutbaren Willensanspannung“. In: Harald Dressing und Elmar Habermeyer (Hg.): Venzlaff, Dressing et al. (Hg.) 2015 – Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Lehrbuch für Ärzte und Juristen. 6., neu bearb. und erw. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer, S. 547–548.

Grabe, Hans J.; Rufer, Michael (Hg.) (2009): Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie. Bern: Hans Huber.

Gündel, H.; Ceballos-Baumann, A. O.; Rad, M. von (2000): Aktuelle Perspektiven der Alexithymie. In: *Der Nervenarzt* 71 (3), S. 151–163.

Halligan, Peter W.; Bass, Christopher; Oakley, David A. (Hg.) (2003): Malingering and illness deception. 1 Band. Oxford New York: Oxford University Press.

Henningsen, Peter (2014): Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen. In: *Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge SZS* 2014 (6), S. 499–547.

Henningsen, Peter; Schickel, Simone (2016): Begutachtung bei Schmerz und somatoformen Erkrankungen. In: Wolfgang Schneider, Peter Henningsen, Ralf Dohrenbusch, Harald J. Freyberger, Hanno Irle, Volker Köllner und Bernhard Widder (Hg.): Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Autorisierte Leitlinien und Kommentare. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag, S. 307–326.

Hoffmann-Richter, Ulrike; Jeger, Jörg; Schmidt, Holger (2012): Das Handwerk ärztlicher Begutachtung. Theorie, Methodik und Praxis. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Keller, F.; Schairer, U.; Kappis, B.; Egle, U. T. (2016): Sozialmedizinische Begutachtung bei chronischen Schmerzzuständen. In: *Der Medizinische Sachverständige* 112 (2), S. 56–59.

Koordination Schweiz (2016): Gutachten. Kausalität. Hg. v. Michael Keller und Beatrice Keller. Koordination Schweiz GmbH. Muri AG (Sozialversicherungs- und Koordinationsrecht), Online verfügbar unter <https://www.koordination.ch/loesungen/expertensysteme/gutachten/kausalitaet>, zuletzt geprüft am 07.06.2016.

Kopp, Hans Georg; Ebner, Gerhard (2014): Konversionsstörungen: Hintergründe – Diagnostik - versicherungsrechtliche Bewertung. In: *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie* (4), S. 4–9.

Kopp, Hans Georg; Marelli, Renato (2012): «Somatoforme Störungen, wie weiter?». In: *Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge SZS* (3), S. 249–260.

Linden, Michael; Baron, Stefanie (2005): Das Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P). Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von

Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. In: *Rehabilitation* 44 (3), S. 144.

Linden, Michael; Baron, Stefanie; Muschalla, Beate (2015): Mini-ICF-APP. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Manual und Materialien, 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe.

Marelli, Renato (2004): Zur Entstehung der Leitlinien im deutschsprachigen Raum und speziell in der Schweiz. Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen. In: *Schweizerische Ärztezeitung SAEZ* 85 (20), S. 1045–1047.

Marelli, Renato (2007): Nicht können oder nicht wollen? Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei somatoformen Störungen, typische Schwierigkeiten und ihre Überwindung. In: *Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge SZS* 51 (4), S. 326–340.

Marelli, Renato; Kopp Hans Georg; Küchenhoff Joachim (2010): Multidimensionale Beurteilung somatoformer Störungen im versicherungspsychiatrischen Kontext. In: *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 161 (4), S. 117–127.

Marelli, Renato (2014): Die Aufgabenteilung zwischen Mediziner und Rechtsanwender. Zum Urteil des Bundesgerichts 9C_850/2013 vom 12. Juni 2014. In: *Schweizerische Ärztezeitung SAEZ* 95 (38), S. 1401–1403.

Mechanic, David (1962): The Concept of Illness Behavior. In: *J. chron. Dis.* 15, S. 189–194.

Meins, W. (2010): Grenzen und Irrwege psychiatrischer Begutachtung. In: *Der Medizinische Sachverständige* 106, S. 153.

Merten, Thomas (2014): Beschwerdendvalidierung. Göttingen: Hogrefe (Fortschritte der Neuropsychologie, 14).

Merten, Thomas; Dohrenbusch, Ralf (2016): Psychologische Methoden der Beschwerdevalidierung. In: Wolfgang Schneider, Peter Henningsen, Ralf Dohrenbusch, Harald J. Freyberger, Hanno Irle, Volker Köllner und Bernhard Widder (Hg.): *Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Autorisierte Leitlinien und Kommentare. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage.* Bern: Hogrefe Verlag, S. 152–188.

Oliveri, Michael; Kopp, Hans Georg; Stutz, Klaus; Klipstein, Andreas; Zollikofer, Jürg (2006a): Grundsätze der ärztlichen Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit. Teil 1. In: *Schweizerisches Medizin-Forum* 6, S. 420–431.

Oliveri, Michael; Kopp, Hans Georg; Stutz, Klaus; Klipstein, Andreas; Zollikofer, Jürg (2006b): Grundsätze der ärztlichen Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit. Teil 2. In: *Schweizerisches Medizin-Forum*, S. 448–454.

Rauh, Elisabeth; Svitak, Michael; Grundmann, Helga (2008): *Handbuch psychosomatische Begutachtung. Ein praktisches Manual für Ärzte und Versicherer.* 1. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer.

Resnick, Philip J. (2014): *The Clinical Assessment of Malingered Psychosis.* Course 29. American Psychiatric Association. New York, 05.05.2014.

Resnick, Phillip J.; Knoll, James L. (2005): Faking it. How to detect malingered Psychosis. In: *Current Psychiatry* 11 (4), S. 13–25, zuletzt geprüft am 17.04.2016.

Resnick, Phillip J.; Knoll, James L. (2008): *Malingered Psychosis.* In: Richard Rogers (Hg.): *Clinical assessment of malingering and deception.* 3rd ed. New York: Guilford Press, S. 51–68.

Reynolds, Cecil R.; Horton, MacNeill Arthur (Hg.) (2012): Detection of Malingering during Head Injury Litigation. 2. Auflage. New York Dordrecht Heidelberg London: Springer.

Riemer-Kafka, Gabriela (2012): Versicherungsmedizinische Gutachten. Ein interdisziplinärer juristisch-medizinischer Leitfaden. 2., vollst. überarb. und erg. Aufl. Bern, Basel: Stämpfli; EMH Schweizerischer Ärzteverlag.

Rogers, Richard (Hg.) (2008): Clinical assessment of malingering and deception. 3rd ed. New York: Guilford Press.

Schleifer, Roman; Dittmann, Volker; Ebner, Gerhard; Seifritz, Erich; Liebreuz, Michael (2015): [Use of interpreters in the context of insurance psychiatric expert assessment]. In: *Praxis (Bern)* 104(6), S. 293-300.

Schleifer, Roman; Jeger, Jörg; Canela, Carlos; Ebner, Gerhard; Seifritz, Erich; Liebreuz, Michael (2014): Psychiatrische Expertise/juristische Entscheide im Sozialversicherungsrecht - Expertise psychiatrique/décisions juridiques dans le droit des assurances sociales -- Abklärungstiefe psychiatrischer Gutachten - Profondeur d'analyse de l'expertise psychiatrique. In: *InFo Neurologie und Psychiatrie* 12(6), S.30-35.

Schneider, Wolfgang; Henningsen, Peter; Dohrenbusch, Ralf; Freyberger, Harald J.; Irlé, Hanno; Köllner, Volker; Widder, Bernhard (Hg.) (2016): Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Autorisierte Leitlinien und Kommentare. Verlag Hans Huber. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.

Schweiz. Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie (2004): Leitlinien der Schweiz. Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen. In: *Schweiz. Ärztezeitung SAEZ* 85 (20), S. 148–151.

Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie, Arbeitsgruppe Versicherungsmedizin; Jeger, Jürg (2007): Leitlinien der SGR zur Begutachtung rheumatologischer Krankheiten und Unfallfolgen. In: *Schweizerische Ärztezeitung SAEZ* 88 (17), S. 735–742.

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt Suva (2002): Integritätsentschädigung gemäss UVG, Tabelle 8 - Suva. Luzern, 8.1-8.4. Online verfügbar unter <http://www.suva.ch/startseite-suva/unfall-suva/versicherungsmedizin-suva/integritaetsentschaedigung-suva.htm>, zuletzt geprüft am 07.06.2016.

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt Suva (2004): Integritätsentschädigung gemäss UVG - Suva. Tabelle 19 Integritätsentschädigung bei psychischen Unfallfolgen. Luzern, S. 1–6. Online verfügbar unter <http://www.suva.ch/startseite-suva/unfall-suva/versicherungsmedizin-suva/integritaetsentschaedigung-suva.htm> , zuletzt geprüft am 07.06.2016.

Schweizerisches Bundesgericht, BGE 115 V 133 vom 16.06.1989.

Schweizerisches Bundesgericht, BGE 134 V 231 vom 28.05.2008.

Schweizerisches Bundesgericht, BGE 140 V 193 vom 12. Juni 2014

Schweizerisches Bundesgericht, BGE 140 V 290 vom 12. Juni 2014

Schweizerisches Bundesgericht, BGE 140 V 260 vom 26.05.2014.

Schweizerisches Bundesgericht, BGE 141 V 281 vom 03.06.2015

Slick, Daniel J.; Sherman, Elisabeth M.; Iverson, Grant L. (1999): Diagnostic Criteria for Malingered Neurocognitive Dysfunction. Proposed Standards for Clinical Practice

and Research. In: *The Clinical Neuropsychologist (Neuropsychology, Development and Cognition: Section D)* 13 (4), S. 545–561.

Stöckli, H. R.; Ettl, Th; Gysi, F.; Knüsel, O.; Marelli, R.; Mayer, C. U. et al. (2005): Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der chronischen Phase nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma (ckZBT, sog. Schleudertrauma) (ohne Commotio cerebri/mild traumatic brain injury). Pragmatische Empfehlungen der multidisziplinären Konsensusgruppe Olten vom 13.01.2005. In: *Schweizerisches Medizinisches Forum* 5 (47), S. 1182–1187.

Svitak, M.; Müller-Svitak, S.; Rauh, E. (2007): Zur Anwendung von Glaubhaftigkeitskriterien in der Begutachtung somatoformer Störungen. In: *Versicherungsmedizin* 59 (4), S. 170.

Swiss Insurance Medicine (2013): Arbeitsunfähigkeit. Leitlinie zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nach Unfällen und bei Krankheit. Unveränd. Nachdr. Winterthur: SIM Swiss Insurance Medicine, S. 5–12.

Thomann (2016): Die Vorbereitung des Gutachtauftrages - Wichtig zur Verbesserung der Qualität der Begutachtung. In: *Versicherungsmedizin* 68 (1), S. 1.

Vossler-Thies, Elisabeth; Stevens, Andreas; Engel, Rolf R.; Licha, Christina (2013): Erfassung negativer Antwortverzerrungen mit der deutschen Fassung des „Personality Assessment Inventory“, dem „Verhaltens- und Erlebensinventar“. In: *Diagnostica* 59 (2), S. 73–85.

Walter, F.; Petermann, F.; Kobelt, A. (2012): Beschwerdenuvalidierung: Ein aktueller Überblick. In: *Die Rehabilitation* 51 (5), S. 342–348.

Wisdom, Nick M.; Callahan, Jennifer L.; Shaw, Terry G. (2010): Diagnostic utility of the structured inventory of malingered symptomatology to detect malingering in a forensic sample. In: *Archives of clinical neuropsychology: the official journal of the National Academy of Neuropsychologists* 25 (2), S. 118–125.

Autoren

Dr. med. Gerhard Ebner M.H.A (Universität Bern)

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Medizinischer Leiter Zentrum für Begutachtung, Rehaklinik Bellikon (AG)
Eigene Praxis in Zürich (ZH)

Dr. med. Etienne Colomb

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Eigene Praxis in Saint-Sulpice (VD)
Bildungsverantwortlicher der Swiss Insurance Medicine SIM

Prof. Dr. med. Ralph Mager

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Bereichsleiter Versicherungsmedizin an der Forensisch-Psychiatrischen Klinik,
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (BS)

Dr. med. Renato Marelli

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Eigene Praxis in Basel (BS)

Dr. med. Fulvia Rota

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Eigene Praxis in Zürich