

Die juristische Würdigung von Gutachten

Evalotta Samuelsson – 19. März 2014



I. Anordnung polydisziplinäre Gutachten (ATSG 43 Abs. 1)/IV



- **Verfahrenshoheit beim Verwaltungsträger**

1. Vorrang Polydisziplinarität und Zufallsprinzip



Regel: Polydisziplinär und damit zufallsbasiert
(BGE 137 V 210 E. 3.1 S. 242).

Kein Einigungsversuch (9C_207/2012)

→ direkte Auftragserteilung = Ausnahme

→ mono- oder bidisziplinäre Begutachtung nur in begründeten Fällen:

- medizinische Situation beschlägt offenkundig ausschliesslich ein- oder zwei Fachgebiete (keine Notwendigkeit weiterer interdisziplinärer Bezüge (z.B. internistischer Art)
- (zur Interdisziplinarität der Begutachtung vgl. [BGE 137 V 210 E. 1.2.4 S. 224](#))
- Kein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf

Ausnahme: Vor allem bei Verlaufsbeurteilungen
(BGE 139 V 349, Erw. 3.2)

2. Mono- und bidisziplinäre Gutachten



- **Kein Zufallsprinzip**

Urteil 9C_207/2012 E. 5.4 vom 3.7.2013:

Einleitung eines Einigungsversuches, Bei Nichteinigung muss Verfügung erfolgen



3. Einigung als Obliegenheit



- **Kein Rechtsanspruch auf einvernehmliche Gutachtenseinholung (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.6; BGE 138 V 271 E. 3.4).**

II. Anordnung Gutachten im UVG:



- **Kein Zufallsprinzip**
(BGE 138 V 318)

III. FAIRNESSGEBOT

Fairness-Gebote gelten im gesamten ATSG;
BGE 138 V 318:

- Anfechtbare Zwischenverfügung bei Uneinigkeit
- Vorgängige Gewährung der Mitwirkungsrechte
(Rechtliches Gehör zu den Gutachterfragen)

Modalitäten richten sich sinngemäss nach
BGE 137 V 2010, E. 3.4.2.9



IV. Wahl Fachdisziplinen/Gutachter/IV



- **Polydisziplinäre Gutachten:**

Bindung der Gutachterstelle an Wahl der IV-Stelle gemäss KSVI,
Handbuch Nr. 2

a.M.: BGE 139 V 349 S. 353

- **Fachliche Anforderungen Gutachter:**

Facharztstitel genügt, kantonale Bewilligung nicht erforderlich

(z.B. Urteil 9C_588/2013)

BSV: Jedoch garantieren die Gutachterstellen mit Vertragsunterzeichnung, die kantonalen Zulassungsbedingungen zu erfüllen. Alle oben aufgeführten Ärzte verfügen dementsprechend über eine Berufsausübungsbewilligung im Kanton.

V. Einzelfragen: MEDAS-Gutachter als Einzelgutachter?



- Angeschlossene Begutachtungsinstitute nach Art. 72bis IVV können auch bidisziplinäre GA machen
- Kein Zufallsprinzip, ergo keine elektronische Zuweisung nach Suissemed@p
(BGE 139 V 352, Erw. 2.2)
- Einigungsverfahren bei Einwendungen

VI. Mitwirkungsrechte:



- **Materielle Einwendungen:**

→ gegen Begutachtung an sich (etwa mit dem Einwand, es handle sich um eine unnötige second opinion; BGE 138 V 271, Erw. 1.1)

→ gegen Art oder Umfang der Begutachtung (beispielsweise betreffend die Auswahl der medizinischen Disziplinen; BGE 137 V 210, Erw. 3.4.2.7)

→ gegen bezeichnete Sachverständige (etwa betreffend deren Fachkompetenz; BGE 137 V 210, Erw. 3.4.2.7)

- **Formelle Einwendungen** gegen Gutachterpersonen
= personenbezogene Ablehnungsgründe (vgl. Art. 36 ATSG, Art. 10 VwVG)

[\(BGE 137 V 210 E. 3.4., S. 2.7 S. 257\).](#)

1. Konkretisierung Mitwirkungsrechte



→ Keine Frist für Einwendungen

Beurteilung Rechtzeitigkeit nach Umständen des Einzelfalles, Begrenzung durch Treu und Glauben

→ Vorlage des vorgesehenen Katalog der Expertenfragen zur Stellungnahme
(vgl. BGE 137 V 2010, E. 3.4.2.9)

→ Verweis auf Merkblätter ungenügend

2. Modifikationen Mitwirkungsrechte



- vor Begutachtung
- Heilung im Prozess nicht möglich
- Verletzung Mitwirkungs- und Partizipationsrechte führt zu Unverwertbarkeit

(Urteil des Sozialversicherungsgerichts Zürich vom 31. Mai 2013, IV.2013.00096, Erw. 3.3)

3. Kein Mitwirkungszwang:

(Das Letzte...)



Urteil 8C_481/2013 vom 7.11.2013 : Medizinische Erhebungen , Erw.

3.4. Die Verfahrensleitung liegt gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG beim Versicherungsträger, dessen Ermessensspielraum in Bezug auf Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen gross ist.

Kein Zwang zur Teilnahme an medas-
Begutachtung. Würdigung als Mitwirkungspflichtsverletzung mit (i.d.R.) negativen Beweiswürdigung



VII. Beweiswürdigung Gutachten:



- Grundsätzlich frei (Art. 61 lit.c ATSG)
- sorgfältig, objektiv und inhaltsbezogen ([BGE 132 V 393](#) E. 4.1 S. 400):
- Herkunft und Form nicht entscheidend
- Entscheidend ist der Inhalt eines Gutachtens
- Zur Beurteilung bedient sich das Bundesgericht eines Kataloges von Kriterien, welche die Wertigkeit beurteilen sollen (BGE 134 V 231 E. 5.1, BGE 125 V 351, Erw. 3a)

1. Bundesgerichtlicher Kriterienkatalog:



- Ein medizinisches Gutachten genießt nur volle Beweiskraft, wenn es

→→→→

die gestellten Fragen umfassend beantwortet;
auf allseitigen Untersuchungen beruht,
die geklagten Beschwerden berücksichtigt,
in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den
Vorakten abgegeben wurde,
in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der
Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und
Schlussfolgerungen enthalten, die so begründet sind, dass sie
nachvollzogen werden können.

Je mehr ein Gutachten diese Anforderungen erfüllt, umso grösser ist sein Beweiswert
oder um es laienhaft auszudrücken, umso unumstösslicher sind seine Feststellungen.

(Grundsatzentscheid: BGE 125 V 352 Erw. 3a)

2. Konkretisierung:



- Durch Urteil EVG vom 10.6.2005 (I 99/05), Erw. 2.3:

Beurteilung = aus verwerteten Vorakten und selbst erhobene Befunde gezogene Schlussfolgerung

→ Essentieller Teil des Gutachtens

→ Darlegung der medizinischen Zustände, Entwicklungen und Zusammenhänge müssen einleuchten

→ und die Schlussfolgerungen des Experten müssen so begründet sein, dass der Rechtsanwender sie kritisch prüfend nachvollziehen kann

Hier hat der Gutachter gemäss der neueren Lehre die Gedankengänge im Einzelnen darzulegen, aufgrund derer er zu seinen Schlussfolgerungen gelangt. Die anschliessende Beantwortung der einzelnen Expertenfragen muss anhand der begründeten Schlussfolgerungen nachvollzogen werden können. Sie darf nicht als blosser Behauptung sozusagen im "luftleeren Raum" stehen.

3. Beweisuntauglichkeit:



- Geringe Zweifel an Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit versicherungsinterner ärztlichen Feststellungen genügen zur Beweisuntauglichkeit ([BGE 135 V 465](#) E. 4.4 i.f. S. 470 und E. 6 i.f. S. 471)
- Ebenso bei altrechtlich eingeholten GA (ohne Beachtung der in BGE 137 V 2010 normierten Mitwirkungs- und Partizipationsrechten)
- Zweifel im Sinne objektiv fassbarer Gesichtspunkte (siehe auch 9C_495/2012 vom 4. Oktober 2012 E. 2.2 -2.4 (in: Plädoyer 2012/6 S. 67))

VIII. Problemstellung:



- **Juristen würdigen fachfremd medizinische Fragen und Feststellungen.**
- **Unterschiedliche Sprache**
- **Unterschiedliche Theorien (bio-psychisches vs. Bio-psychisch-soziales Krankheitsbild)**
- **Normative Kriterien/Formelles Überprüfbarkeit**

1. Definition fachlicher Qualität:



1. Voraussetzung:

- Zur Beantwortung dieser Frage muss Einigkeit darüber bestehen, was ein „qualitativ einwandfreies“ Gutachten ausmacht.

→ qualitative Messinstrumente?

2. Status quo:



- Keine Qualitätsraster vorhanden
- Qualitätserhebung durch asim Basel (siehe Stör Susanne, Bollag Yvonne, Auerbach Holger, Eichler Klaus, Imhof Daniel, Gyr Niklaus (2010): Gutachtensqualität in der Schweiz: Ergebnisse einer Studie, Sozialrechtstage 2010, S. 218-238, Stämpfli Verlag)

FAZIT:

22.7% qualitativ ungenügende GA's, Z.B.:

15 GA keine eigene klinische Befundung

→ Befund ≠ Aktenzitate

8 GA's ohne «state of the art» Untersuchung (klinisch)

→ State of the art?

2 GA's nicht nachvollziehbare Differentialdiagnose

→ Wesen der Differentialdiagnostik? Ausschlussdiagnostik?

1 GA krasse Fehldiagnose wegen Fehlinterpretation Laborbefund

→ Labordiagnostik?

16 GA's unzureichende Begründung

→ vgl. nächste Folie; fachliche Mängel

3. Hauptmängel:



- **Oberflächliche oder unvollständige Befunderhebungen**
- **keine klinischen Untersuchungen**
- **Mangelhafte versicherungsmedizinische Diskussion**
- **Mangelhafte Begründung der Schlussfolgerungen**
(vgl. Stör S., Bollag Y., Auerbach H., Eichler K., Imhof D., Gyr N., a.a.O., S. 218-238)

3. 1. Befunderhebung:



- **Eigene allgemeine und spezialärztliche klinische Untersuchung**
- **Erfordernis des State of the art für klinische Untersuchung**
 - **Notwendigkeit von Quellenangaben**
 - **Abweichungen vom State of the art sind zu begründen;**
- **Bei unterschiedlichen medizinischen Meinungen**
 - **Begründung des Gutachters notwendig**

(vgl. Bühler A., Beweismass und Beweiswürdigung bei Gerichtsgutachten – unter Berücksichtigung der jüngsten Lehre und Rechtsprechung; in: Jusletter 21.6.2010, 15)

3.2. «State of the art» im besonderen:



- Fehlen von Leitlinien, Gold Standards, Konsenspapieren der medizinischen Fachgesellschaften zur Begutachtung (zu finden jedoch über [www. awmf.org/Leitlinien](http://www.awmf.org/Leitlinien) in Deutschland)
- Interdisziplinärer Diskurs (Versicherungsmedizin-Klinik) wenig fortgeschritten → Bestrebungen im Gange (Qualitätsausschuss BSV? Arbeitsgruppe SIM?)

3.3. Klinische Untersuchung:



Nicht zwingend erforderlich:

- **neuropsychologische Testung** nur bei begründeter Indikation wie Verdacht auf neurokognitive Beeinträchtigungen oder bei schwer objektivierbaren Beschwerden beziehungsweise geklagten Funktionseinbussen
- **Einholung fremdanamnestischer Auskünfte**

(vgl. auch Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) vom Februar 2012, Ziff. 4.3.2.2.; Ziffer 5)

= **Zusatzbefunde**, die in Gesamtbeurteilung einzubeziehen sind. Generell kann einem testmässigen Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration nur ergänzende Funktion beigemessen werden;

→ **Ausschlaggebend bleibt die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung** (Urteil des Bundesgerichts [9C_44/2007](#) vom 7. April 2008 E. 3.2 mit Hinweisen).

3.4. Anamnese:



Sorgfältige Anamneseerhebung:

- Aktuelle Beschwerden
- Frühere Erkrankungen
- Unfälle und Beschwerden
- Familien-, Sozial-, Berufsanamnese
- Behandlungsanamnese
- Systembezogene Medikamentenanamnese (bisherige und aktuelle Medikation)

3.5. Bsp. Idiopathische Kopfschmerzen:



- Die Diagnose von idiopathischen Kopfschmerzen muss ausschliesslich über die Anamnese gestellt werden. Daraus ergibt sich zwingend, dass eine Kopfschmerzanamnese ausserordentlich detailliert erfolgen muss.
- Fehlt in einem Gutachten eine detaillierte Schmerzanamnese mit den beschriebenen Merkmalen gemäss Leitlinie, muss von einer fachlich ungenügend gesicherten und begründeten Diagnose ausgegangen werden.

Dieser Mangel beschlägt die Nachvollziehbarkeit der Diagnostik eines Gutachtens und macht es beweisuntauglich

(Zu den einzelnen Merkmalen einer vollständigen Kopfschmerzanamnese siehe Leitlinie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (GMKG), in Nervenheilkunde 4/2010, S. 229)

3.6. Diagnostik



- **Fachliche Begründetheit der codierten Diagnosen anhand:**
 - Symptome
 - klinischer Befunde
 - Zusatzuntersuchungen,
 - Von Bildgebung, Laborergebnisse und Testverfahren

3.7. Kriteriengeleitete Diagnostik



- Grundlage: Erhobene und ausgewertete Daten
→ Müssen in die Diagnosestellung **integriert** werden
- Diagnosestellung muss **begründet** werden:
 - Berücksichtigung von Diskrepanzen (Interpretation ihrer Bedeutung)
 - Diskussion von Differenzialdiagnosen
- Subsumtion unter anerkanntes Klassifikationssystem

IX. Von der Diagnose zum Funktionsprofil



- **De lege lata: Gutachter nimmt zur Arbeitsfähigkeit und möglichen Verweistätigkeit Stellung (vgl. BGE 125 V 256 E. 4)**
- **De lege ferenda: Gutachter nimmt «nur» zur funktionellen Leistungs(un-)fähigkeit und Ressourcen Stellung:**

X. Arbeitsunfähigkeit



= Rechtsbegriff, kein medizinischer Begriff

(Urteil U 177/04 vom 16.6.2005, Erw. 3.1:

«... Da die Arbeitsunfähigkeit einen Rechtsbegriff darstellt, ist der entsprechende Grad nicht zu beweisen, sondern durch die rechtsanwendende Stelle zu beurteilen.»

Gutachter hat sich zu Tatfragen, für die er besondere Fachkunde mitbringt, zu äussern, in concreto zur Arbeitsunfähigkeit:

- Äusserung zur funktionellen Leistungs- und Ressourcenfähigkeit anhand/in Korrelation zur festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigung

1. Tatfragen:



- Befunderhebung und Diagnose (BGE 132 V 398 E. 3.2)
- Fallbezogene Prognose = medizinische Beurteilung über die voraussichtliche künftige Entwicklung einer Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 132 V 398 E. 3.2)
- Pathogenese (Ätiologie) = Ursache eines Gesundheitsschadens, dort wo sie invalidenversicherungsrechtlich erforderlich
- Mögliche Therapien sowie deren Erfolgswahrscheinlichkeit (Urteil vom 30.3.2007, I 744/06, E. 3.3)

2. Rechtsfragen



- **Zumutbarkeit**
(BGE 105 V 158 Erw. 1 in fine)

- **Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit**
(BGE 132 V 398 E. 3.2)

XI. Inhalt Funktionsprofil



1. Gutachter erstellt Funktionsprofil

beinhaltet detaillierte Stellungnahme zu körperlichen, psychischen, geistigen und mentalen Funktionseinschränkungen und verbliebenen –möglichkeiten (nicht abschliessend):

- Motorisch (grob-, feinmotorische Bewegungen)
- Mechanisch (Heben, Tragen)
- Statisch/Körperpositionen (sitzend, stehend, wechselbelastend, Bücken etc.)
- Arbeiten in Zwangshaltungen (Kniend, Bückend, Überkopf etc.)
- Nach Äusseren Umständen (Kälte, Wärme, Staubexposition, Feuchtigkeit, Nässe, unter Zeitdruck etc.)
- Kognitiv

(vgl. hierzu auch W. De Boer, Jessica Anner, Regina Kunz, Der Beweis der AUF, Neue Wege in der medizinischen Begutachtung, in Beweisfragen im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren, Hrgs. Gabriela Riemer-Kaftka, Schulthess Verlag, S. 9 ff).

Gutachter legt die psychische Ressourcenfähigkeit fest

- Psychisch
- geistig
- Intellektuell

(z.B. nach Lindon/Baron MINI-ICF-APP).

2. Gutachter wertet die Einschränkungen nach Schwere und legt Ressourcen dar

3. Gutachter bemisst Leistungsfähigkeit zeitlich, funktionsabhängig

XII. Arbeitsprofile



- **Vor Gutachten durch Verwaltung/resp. Sozialversicherung zu erstellen**
 - **Angestammtes Arbeitsprofil vor GA zu erheben und ergonomisch zu bewerten**
- ⇒ **spezialisierte Abteilungen (Ergonomie, Berufsberatung)**
- ⇒ **Untersuchungsmaxime**
- ⇒ **Verfahrenshoheit**
- ⇒ **Mitwirkungspflichten Versicherter (ATSG 43)**

XIII. Festlegung der AUF/zumutbaren AF



- **Subsumierung des Funktionsprofils unter angestammte Tätigkeit und Verweistätigkeit**

→ durch Fachleute der IV-Stellen, Sozialversicherungen (z.B. Arbeitsmarktexperten, Ergonomen, Berufsberater; in Zusammenarbeit und mit Stellungnahme Gutachter

vgl. auch BGE 107 V 17 E. 2b S. 20)

XIV. Ansicht Bundesgericht:



Aus den Erwägungen:

Im neu eingeholten Bericht vom 5. Februar 1979 wird vom Chefarzt der MEDAS gerügt, dass man ihm die Funktion eines Berufsberaters zumute. Dazu ist zunächst zu bemerken, dass die Aufgabe des Arztes der MEDAS eine arbeitsmedizinische und keine berufsberatende ist; letztere ist der Regionalstelle vorbehalten (Art. 63 lit. B aIVG). Zwischen Mediziner und Berufsberater ist aber eine enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit erforderlich. Der Arzt sagt, inwiefern der Versicherte in seinen körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist, wobei es als selbstverständlich gilt, dass sich der **Arzt vor allem zu jenen Funktionen äussert, welche für die nach seiner Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten des Versicherten wesentlich** sind (so etwa, ob der Versicherte sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob er Lasten heben und tragen kann usw.).

Der Berufsberater dagegen sagt, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten aufgrund der ärztlichen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten des Versicherten in Frage kommen, wobei unter Umständen entsprechende Rückfragen beim Arzt erforderlich sind.

XV. Rechtsprechungs-Analyse



- Einheitliche materielle Würdigung nicht erkennbar
→→→ punktuelle Auseinandersetzung mit Diagnosen, Befunden, unterschiedliche Begründungsdichten
Bsp: Urteil BG vom 25.2.2014, 9C_636/2013, Erw. 4.3.2., (PTBS-Fall)

BG versagt GA Beweiswert aufgrund einer Würdigung der Latenzzeit zwischen Trauma und psychiatrischer Behandlung und aufgrund fehlender kritischer Auseinandersetzung der subjektiven Angaben des Versicherten durch Psychiater; BG zieht ICD-10 F43.1 heran

Rechtsprechungs-Analyse Bsp. 2



- Bsp. Urteil vom 4. Oktober 2012, 9C_495/2012:
- Altrechtlich eingeholtes GA/Diagnostische Einordnung von Schmerzstörungen
- Erw. 2.4: « ..Die Diskrepanzen sind hier eklatant. Wenn auch abweichende Auffassungen behandelnder Ärzte oder von Parteigutachtern regelmässig kein Grund bilden, von den Ergebnissen der Administrativbegutachtung abzuweichen, verhält es sich doch anders, wenn objektiv fassbare Gesichtspunkte ins Feld geführt werden, welche erhebliche Zweifel auslösen. So verhält es sich hier...»

XVI. Bindungswirkung:



- Gericht ist an Feststellungen eines beweistauglichen GA gebunden
- Abweichende Würdigung stellt offensichtlich unrichtige Sachverhaltsfeststellung dar (Art. 105 Abs. 2 BGG, vgl. statt vieler BGE 136 II 304 E. 4.3 am Ende S. 317)
- Berichtigung oder Ergänzung des Sachverhalts auch von Amtes wegen

(Urteil BG vom 22.01.2014, 8C_561/2013)

XVII. Abweichende Einschätzungen:



- vgl. [BGE 134 V 231](#) E. 5.1 S. 232 mit Hinweisen
- Abweichende Auffassungen behandelnder Ärzte oder von Parteigutachtern bilden regelmässig keinen Grund, von den Ergebnissen der Administrativbegutachtung abzuweichen ([BGE 124 I 170](#) E. 4 S. 175; Urteile 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2, I 701/05 vom 5. Januar 2007 E. 2 in fine und I 506/00 vom 13. Juni 2001 E. 2b).

XVIII.

Rückweisung:



- Rückweisung an Versicherungsträger zur Einholung versicherungsexternen GA nur zulässig, wenn weitere medizinische Erhebung:
 - wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (Urteil vom 21.10.2013, 8C_215/2012, Erw. 3.4).
 - allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet liegt
 - Keine versicherungsinternen und –externen Aktengutachten bei gerichtlicher Rückweisung zur umfassenden Begutachtung (Urteil vom 21.10.2013, 8C_215/2012, Erw. 3.3)!

DANKE

FÜR IHRE

AUFMERKSAMKEIT



**noch
Fragen?**

Ergänzende Überlegungen:



- Der medizinische Sachverständige hat zusammenfassend darzulegen, welche Einschränkungen in welchem Umfang bestehen. Hierbei hat er soweit als möglich, konkret zu sein. Konkretisierung kann sich nur auf die Spezifizierung der einzelnen Funktionen beziehen. Das ist Inhalt und Zweck der Erstellung eines Funktionsprofils. Es sollen Funktionseinschränkungen dargelegt und –möglichkeiten erhoben werden.
- Diese sind klar zu unterscheiden von den beruflichen Anforderungsprofilen. Ein medizinischer Sachverständiger kennt die Anforderungsprofile der einzelnen Tätigkeiten nicht. Er stützt sich gemeinhin auf das ihm Bekannte, vielleicht auf das von ihm Gehörte. Er stützt sich nicht auf reliable Fakten. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass viele Gutachter von den Exploranden die Beschreibung ihrer Tätigkeit verlangen. Einer solchen Sachverhaltsabklärung haftet etwas Subjektives, Willkürliches an. Die materielle Überprüfung ist erschwert.
- Die Aussage über eine angepasste Tätigkeit kann vom Gutachter nur hypothetisch erfolgen und ist auch geprägt von persönlicher Einschätzung, die nicht oder nur schwer objektiviert werden kann.
- Die eigentlichen beruflichen Anforderungsprofile sind von der abklärenden IV-Stelle zu erheben. Sie wären aufgrund der ihnen obliegenden Untersuchungshoheit und des fachlichen Know-Hows in der Lage, notwendigen Daten über die Tätigkeiten im Einzelfall zu sammeln.

Zuständigkeit nach IVV 72bis:



- Der RAD setzt nach herrschender Gesetzgebung die für die Invalidenversicherung massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Dabei sind die RAD in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2bis IVG).
- Prüft polydisziplinäre GA und mono- und bidisziplinäre GA gemäss normativen Kriterien des Bundesgerichtes (vgl. Folie 15 → normative Kriterien,

Praxis:

rechtliche Überprüfung durch Mediziner!

Bundesgerichtliche Tendenzen:



- Strenge Anforderungen an Begutachtungen im Rahmen von Beurteilung PAUSNOBÖNG-Rentenrevisionen gemäss SchlT

So in Urteil vom 31. Oktober 2013, Urteil vom 31.10.2013, 8C_972/2012, Erw. 9.1:

- Die Anwendung der Vorschriften setzt allerdings eine fachgerechte und umfassende Begutachtung der betroffenen Versicherten voraus. Zudem sind sie auf die speziell geschaffenen Wiedereingliederungsmassnahmen hinzuweisen.

oder in Urteil vom 8. Januar 2014, 8C_505/2013, Erw. 4:

- **4.1.** Damit eine Rente nach Massgabe der SchlB IVG aufgehoben oder herabgesetzt werden kann, bedarf es zwar keiner erheblichen Veränderung des Gesundheitszustandes im Sinne von Art. 17 ATSG. Indessen ist die Revision an drei Voraussetzungen geknüpft (vgl. Urteil [des Bundesgerichts] 8C_972/2012 vom 31. Oktober 2013 E. 10.1, zur Publikation vorgesehen) :
- **4.1.1.** Die Rentenzusprache erfolgte ausschliesslich aufgrund der Diagnose eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage. Nur unter dieser Bedingung kann die Überprüfung der Rente nach den SchlB IVG eingeleitet werden.
- **4.1.2.** Weiter ist erforderlich, dass auch im Revisionszeitpunkt ausschliesslich ein unklares Beschwerdebild vorliegt. Zu klären ist daher ferner, ob sich der Gesundheitszustand seit der Rentenzusprache allenfalls verschlechtert hat und ob neben den nicht objektivierbaren Störungen anhand klinischer psychiatrischer Untersuchungen nunmehr nicht klar eine Diagnose gestellt werden kann.
- **4.1.3.** Schliesslich ist zu prüfen, ob die "Foerster-Kriterien" als erfüllt zu betrachten sind und eine Validitätseinbusse auf diese Weise - trotz des hinsichtlich der invalidisierenden Folgen nicht objektivierbaren Beschwerdebildes - nachweisbar ist.
- **4.2.** Da es sich bei den erwähnten Punkten, von deren Beantwortung der Bestand laufender Renten abhängt, in erster Linie um solche medizinischer Art handelt, sind an die entsprechenden Abklärungen besonders hohe Anforderungen zu stellen. Namentlich muss verlangt werden, dass die Untersuchungen im Zeitpunkt der Revision aktuell sind und sich mit der massgeblichen Fragestellung auseinandersetzen. Soweit die versicherte Person sich - auch mit Bezug auf die Chancen, welche die Wiedereingliederungsmassnahmen bieten - der Beurteilung durch die Verwaltung und deren Regionalen Ärztlichen Dienst nicht anschliessen kann, dürfte sich in der Regel eine neue, polydisziplinäre Begutachtung als unumgänglich erweisen (Urteil [des Bundesgerichts] 8C_972/2012 vom 31. Oktober 2013 E. 10.2, zur Publikation vorgesehen).