001 / 170

|  |
| --- |
|  |
| **Eidgenössische Invalidenversicherung IV****Gliederung des Gutachtens** |  |
| **Name und Vorname der versicherten Person** | **AHV-Nummer** | **Geburtsdatum** |
| [Name und Vornamel] | [AHV-Nummer] | [Geburtsdatum] |
| **Exemplar für:** |  |
| [Exemplar für:] |  |

1. **Ausgangslage und Formelles**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Abwicklung des Gutachtensauftrages / Formelles**

Angaben zum Auftraggeber

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Angaben zur versicherten Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, AHV-Nummer, Angaben zur Überprüfung der Identität)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Angaben zur/zum Sachverständigen (Name, Adresse, Facharzttitel)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Auftragsdatum, Eingangsdatum, Explorationsdaten (mit Uhrzeit von-bis) und Datum der Gutachtenfertigstellung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Angaben bzgl. Beteiligung eines Dolmetschers, ggf. in welche Sprache

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Anlass und Umstände der Begutachtung (zu übernehmen aus Auftrag)**

Kontext des Auftrages

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Medizinischer Sachverhalt

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Fragestellung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Anforderungsprofil bisherige Tätigkeit

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Übersicht der verwendeten Quellen**

Vom Auftraggeber zur Verfügung gestellte Akten (IV-Dossier, ggf. Observationsmaterial, evtl. UV-Akten, ggf. Akten von Strafverfolgungsbehörden etc.)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Summarische Auflistung der von der Sachverständigen / vom Sachverständigen zusätzlich beigebrachten (oder bei ihr/ihm eingegangenen) Aktenstücke

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Eigene Untersuchungen und Befunde

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Zusätzlich durchgeführte Untersuchungen, Zusatzgutachten, Berichterstattung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Angaben von Drittpersonen

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Aktenauszug**

(Beinhaltet auch Feststellungen aus Observationsmaterial)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Bei Fachgutachten im bi- und polydisziplinären Kontext sollen hier nur zusätzliche Dokumente aufgeführt werden, die im fachübergreifenden Aktenauszug (Anhang zur Konsensbeurteilung) nicht aufgeführt sind. Allenfalls können bereits im fachübergreifenden Aktenauszug erwähnte Dokumente aus Sicht des Fachgutachters ergänzend zusammenfasst werden.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Befragung**
	1. **Spontane Angaben der versicherten Person im Rahmen eines offenen Interviews**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Vertiefende Befragung zu folgenden Themen - je nach Fragestellung schwerpunktmässig zu bearbeiten**

Jetziges Leiden (freier Vortrag und strukturierte Nachfrage)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Aktuelle Beschwerden; Entstehung, Verlauf der Beeinträchtigung, Reaktionen des Umfeldes, Behandlungsmassnahmen, eigene Krankheitskonzepte, Umgang mit den Beschwerden im Alltag, Bewältigungsstrategien, Zukunftsvorstellungen bzgl. Krankheitsverlauf.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Systematische, psychiatrische und/oder somatische Anamnese, Konsum psychotroper Substanzen

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Familienanamnese / Heredität

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Besonderheiten bei der Geburt, frühkindliche Entwicklung, Beziehungen innerhalb der Primärfamilie, Verhaltensauffälligkeiten in Vorschulzeit und Schulzeit

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Schulischer und beruflicher Werdegang, Ehrenämter, Militär

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Arbeitsbiografie (z.B. Berufliche Tätigkeiten und Stellungen im Beruf, Datum und Umstände der Arbeitsaufgabe, Erfahrungen mit Eingliederungsmassnahmen oder Arbeitsversuchen)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Arbeitsbezogenes Beschwerdebild (subjektive Wertung und Begründung des Versicherten, was bei der Arbeit noch geht, bzw. nicht mehr möglich ist)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

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)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Einschneidende Erlebnisse inkl. frühere Konflikte mit dem Gesetz (auch im Strassenverkehr)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Tagesablauf (detailliert, repräsentativ), Freizeitgestaltung, Hobbies, benötigte Hilfen in Haushalt und Alltag, Benutzung von Verkehrsmitteln, Art der Anreise, Ferienreisen etc.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Bisherige Behandlung(en) inklusive Medikamente (auch Angaben zu Methoden ausserhalb der Schulmedizin, auch Angaben, wenn keine Therapie erfolgt.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Zukunftsvorstellungen allgemein und in Bezug auf berufliche Tätigkeiten bzw. Eingliederung.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Besprechung von sich evtl. ergebenden Inkonsistenzen

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Besprechung von allfälligem Observationsmaterial

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

(Hinweis zu den beiden letzten Punkten: Der/dem Sachverständigen bleibt es überlassen, wann Inkonsistenzen und allfälliges Observationsmaterial besprochen werden, evtl. ergeben sich Inkonsistenzen auch erst während der Untersuchung. Diese Besprechungen sollen hier dokumentiert werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass die IV-Stelle vor der Gutachtenerstellung die versicherte Person mit dem vorhandenem Observationsmaterial konfrontiert hat und dies im Dossier dokumentiert ist.)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Befund**
	1. **Verhaltensbeobachtungen und äussere Erscheinung**

(Interaktionen, Kooperation und Motivation, Stressniveau bei Anreise bzw. Gesprächsbeginn etc.)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Sprachliche Verständigung**

(Beizug von Dolmetscher, Niveau der Verständigungsmöglichkeiten)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Untersuchungsbefunde**

Somatischer Befund

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Psychiatrischer Befund

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Zusatzbefunde

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Apparative und Labor-Untersuchungen

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Testpsychologische Zusatzuntersuchungen

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Allfällige Angaben von Dritten (auch behandelnde Ärzte)**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Medizinische Beurteilung**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Zusammenfassung der bisherigen persönlichen, beruflichen und gesundheitlichen Entwicklung der versicherten Person einschliesslich der aktuellen psychischen, sozialen und gesundheitlichen Situation**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Stellungnahme zur Persönlichkeit, besonders im Hinblick auf die Ressourcenlage der versicherten Person.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Stellungnahme zu Unterstützung oder Schwierigkeiten im sozialen Umfeld.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Stellungnahme, ob gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen bestehen, ob entsprechend der geschilderten Symptome auch Therapien durchgeführt wurden (Leidensdruck).

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Stellungnahme, ob geklagte Symptome und oder Funktionseinbussen konsistent und plausibel und Untersuchungsergebnisse valide und nachvollziehbar sind.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Diskussion und Bewertung evtl. divergenter Akteninformationen sowie vorhandener früherer fachlicher Einschätzungen (z.B. auch Berichte von Eingliederungsmassnahmen).

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Diagnosen**

Auflistung und Herleitung der Diagnosen. Beurteilung und Einordnung der Beschwerden und Befunde in Bezug auf aktuelle Diagnosesysteme und in Bezug auf frühere, auch anderslautende Beurteilungen, differenzialdiagnostische Überlegungen; Transparenz, welche Kriterien des jeweiligen Diagnosesystems im konkreten Fall erfüllt sind; fundierte Aussagen zum Schweregrad der Störung.

(Eine explizite Aufteilung der Diagnosen in solche mit und solche ohne Auswirkung auf die AF möglich, aber nicht verpflichtend.)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Versicherungsmedizinische Beurteilung (Prognose und Fähigkeiten)**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Beurteilung des bisherigen Verlaufs von Behandlungen, Rehabilitationen, Eingliederungsmassnahmen etc., Diskussion von Heilungschancen**

Stellungnahme zum Therapieverlauf, Darlegung der Gründe für Abbrüche von Interventionen. Ggf. Stellungnahme, ob Kooperationsprobleme krankheits- oder ressourcenbedingt sind. Für die Bewertung des Eingliederungspotenzials ist eine Aussage erforderlich, ob bisherige Behandlungen angemessen waren und ausgeschöpft sind und wie man die Prognose des Krankheitsgeschehens einschätzt. Allenfalls sind weitere Behandlungsoptionen anzugeben.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen**

Herleitung und Darstellung der Funktions- und Fähigkeitsstörungen sowie der vorhandenen Ressourcen und Belastungen mit kritischer Würdigung des Längsschnittverlaufes, der Selbsteinschätzung, der Persönlichkeit, der Kooperationsbereitschaft der versicherten Person. Ggf. Stellungnahme, ob und wie sich mehrere leichte Behinderungen in Kombination ungünstig auf die Belastbarkeit auswirken. Ggf. Abgrenzung von medizinisch begründeten und nicht medizinisch begründeten Funktionsstörungen.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Aufführung und Beantwortung der Fragen**

**Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit**

* Wie viele Stunden pro Tag kann die versicherte Person in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit anwesend sein?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Besteht während dieser Anwesenheitszeit auch eine Einschränkung der Leistung? Wenn ja, in welchem Umfang und warum?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Wie gross schätzen Sie aktuell insgesamt die Arbeitsfähigkeit bzw. die Arbeitsunfähigkeit (bitte beide Werte angeben) in der bisherigen Tätigkeit, bezogen auf ein 100%-Pensum?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Wie ist der zeitliche Verlauf der Entwicklung dieser Arbeitsfähigkeit?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit**

* Welche Merkmale müsste eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit aufweisen?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Welche maximale Präsenz wäre in einer solchen Tätigkeit möglich (in Stunden pro Tag)?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Besteht während dieser Anwesenheitszeit auch eine Einschränkung der Leistung in einer solchen Tätigkeit? Wenn ja, in welchem Umfang und warum?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Wie gross schätzen Sie insgesamt die Arbeitsfähigkeit bzw. die Arbeitsunfähigkeit (bitte beide Werte angeben) in einer solchen Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt, bezogen auf ein 100%-Pensum?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Wie ist der zeitliche Verlauf der Entwicklung dieser Arbeitsfähigkeit?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Medizinische Massnahmen und Therapien mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit**

* Kann die Arbeitsfähigkeit nach Einschätzung der/des Sachverständigen noch durch medizinische Massnahmen relevant verbessert werden? Wenn nicht, bitte kurz begründen.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Wenn ja, bitte genauere Angaben der individuellen Therapieoptionen, der vermutlichen Behandlungsdauer bis zum Eintritt des Erfolges und der Evidenz der vorgeschlagenen Therapie, einschliesslich des Umfangs des zu erwartenden Erfolges. Gibt es medizinische Gründe (Risiken), die gegen die vorgeschlagene Therapie sprechen?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Fallspezifische Fragen**

(Bitte aus dem Auftrag übernehmen)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Beilagen** (z.B. zusätzlich besorgte Dokumente)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Erklärung zur Unabhängigkeit, Unbefangenheit und Objektivität**

Die Unterzeichnende / der Unterzeichnende bestätigt hiermit, den Auftrag der IV frei von Interessenbindungen, unparteiisch und in voller Unabhängigkeit ausgeführt und in der Argumentation und bei der Beantwortung der Fragen die allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnisse und die versicherungsmedizinischen Rahmenbedingungen berücksichtigt zu haben.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Bestätigung der Übermittlung der Tonaufnahme (sofern kein Verzicht der vP vorliegt)**

Die Unterzeichnende / der Unterzeichnende bestätigt hiermit die ordnungsgemässe Übermittlung der Tonaufnahme entsprechend den Vorgaben der IV.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

|  |
| --- |
|  |
| **Eidgenössische Invalidenversicherung IV****Gliederung Konsensbeurteilung für bi- und polydisziplinäre Gutachten** |  |
| **Name, Vorname der versicherten Person** | **Versichertennummer** | **Geburtsdatum** |
| [Name und Vorname] | [Versichertennummer] | [Geburtsdatum] |
| **Exemplar für:**  |  |
| [Exemplar für:] |  |

**Interdisziplinäre Gesamtbeurteilung**

1. **Abwicklung des Gutachtensauftrages / Formelles**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Angaben zum Auftraggeber

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Angaben zur versicherten Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Versicherungsnummer)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Auftragsdatum, Eingangsdatum, Explorationsdaten (mit Uhrzeit von - bis) und Datum der Gutachtenfertigstellung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Angaben zu den Gutachtern bzw. Untersuchungen**

z.B. Psychiatrische Untersuchung vom Bitte geben Sie das Datum ein. vgl. Beilage
Name, Titel

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

z.B. Rheumatologische Untersuchung vom Bitte geben Sie das Datum ein. vgl. Beilage
Name, Titel

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

z.B. Neurologische Untersuchung vom Bitte geben Sie das Datum ein. vgl. Beilage
Name, Titel

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Durchgeführte Zusatzdiagnostik:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Anlass und Umstände der Begutachtung (zu übernehmen aus Auftrag)**

Kontext des Auftrages

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Medizinischer Sachverhalt

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Fragestellung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Anforderungsprofil bisherige Tätigkeit

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung)**
	1. Kurze Zusammenfassung der Krankheitsentwicklung

(keine Anamnese, keine Textkopien aus den Gutachten; die Herleitung der Diagnosen ist bereits in den Fachgutachten erfolgt.)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. Relevante Diagnosen mit kurzer Darstellung der aus den Befunden resultierenden Funktionseinschränkungen

(Eine explizite Aufteilung der Diagnosen in solche mit und solche ohne Auswirkung auf die AF ist möglich, aber nicht verpflichtend.)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. Diskussion eventuell relevanter Persönlichkeitsaspekte, Belastungsfaktoren und Ressourcen

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. Begründung der Gesamtarbeitsfähigkeit

(addieren sich die Teilarbeitsfähigkeiten ganz, teilweise oder gar nicht; Begründung einer allfälligen Leistungsminderung)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit
* Wie viele Stunden pro Tag kann die versicherte Person in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit anwesend sein?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Besteht während dieser Anwesenheitszeit auch eine Einschränkung der Leistung?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Wenn ja, in welchem Umfang und warum?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Wie gross schätzen Sie aktuell insgesamt die Arbeitsfähigkeit bzw. die Arbeitsunfähigkeit (bitte beide Werte angeben) in der bisherigen Tätigkeit, bezogen auf ein 100%-Pensum?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Wie ist der zeitliche Verlauf der Entwicklung dieser Arbeitsfähigkeit?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit
* Welche Merkmale müsste eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit aufweisen?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Welche maximale Präsenz wäre in einer solchen Tätigkeit möglich (in Stunden pro Tag)?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Besteht während dieser Anwesenheitszeit auch eine Einschränkung der Leistung in einer solchen Tätigkeit?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Wenn ja, in welchem Umfang und warum?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Wie gross schätzen Sie aktuell insgesamt die Arbeitsfähigkeit bzw. die Arbeitsunfähigkeit (bitte beide Werte angeben) in einer solchen Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt, bezogen auf ein 100%-Pensum?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Wie ist der zeitliche Verlauf der Entwicklung dieser Arbeitsfähigkeit?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. Medizinische Massnahmen und Therapien mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit
* Kann die Arbeitsfähigkeit nach Einschätzung der/des Sachverständigen noch durch medizinische Massnahmen relevant verbessert werden (bei nein kurze Begründung)?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Wenn ja, bitte genauere Angaben der individuellen Therapieoptionen, der vermutlichen Behandlungsdauer bis zum Eintritt des Erfolges und der Evidenz der vorgeschlagenen Therapie, einschliesslich des Umfangs des zu erwartenden Erfolges.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Gibt es medizinische Gründe (Risiken, reduzierte individuelle Ressourcen), die gegen die vorgeschlagene Therapie sprechen?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. Interdisziplinäre Beantwortung der Zusatzfragen

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Angaben zur Entstehung des Konsens mit Unterschriften**

Wann ist die Besprechung erfolgt, wer hat formuliert, wer war dabei, mündlich, ernmündlich, wurde ausnahmsweise aufgrund der Sachlage auf die Beteiligung am Konsens verzichtet und weshalb?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Anhang**

* Fächerübergreifende Aktenzusammenfassung
* Gutachten aller untersuchten Fachdisziplinen

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.