



**AERZTEGESELLSCHAFT DES  
KANTONS LUZERN**

# Der Luzerner Arzt

Januar 2016/1 Nr. 104

Informationsblatt  
der Ärztesellschaften  
der Kantone Luzern, Ob- und  
Nidwalden, Schwyz, Uri, Zug



# Bundesgericht gibt die Überwindbarkeitsvermutung im IV-Bereich auf: Welche Auswirkungen hat dies, insbesondere auf die Ärzteschaft?

von Rechtsanwalt lic. iur. Christian Haag<sup>1</sup>, Fachanwalt SAV Haftpflicht- und Versicherungsrecht, Häfliger Haag Häfliger AG<sup>2</sup>, Luzern

## 1. Einleitung

Mit Urteil vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht die IV-Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben. Nachfolgend wird aufgezeigt, was bislang in der IV bezüglich *pathogenetisch-ätiologisch unklarer Beschwerden ohne nachweisbare organische Grundlage*<sup>3</sup> galt (2.).

Anschliessend wird die Praxisänderung des Bundesgerichts erläutert (3).

Schliesslich wird erörtert, welche Auswirkungen das Urteil hat, insbesondere auf die Ärzteschaft (4.).

## 2. Ausgangslage

Seit elf Jahren vermutet die IV-Rechtsprechung<sup>4</sup>, *PÄUSBONOG seien überwindbar und berechtigten zu keinen IV-Leistungen*. Bekannt ist diese IV-Rechtsprechung als «Überwindbarkeitspraxis».

Nur wenn die Foerster-Kriterien<sup>5</sup> genügend erfüllt waren, wurde die Vermutung der Überwindbarkeit umgestossen.

Seither erhielten Patienten mit PÄUSBONOG (anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Fibromyalgie, HWS-Distorsionstrauma ohne organisch nachweisbaren Funktionsausfall, dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung, Chronic Fatigue Syndrom, Neurasthenie, Dissoziative Bewegungsstörung, nichtorganische Hypersomnie, leichte Persönlichkeitsveränderung bei chronischem

Schmerzsyndrom.) praktisch<sup>6</sup> keine IV-Rente mehr. Die Überwindbarkeitspraxis gilt auch im Bereich der Pensionskassen und der Unfallversicherungen. Weiter wurden (oder werden noch immer<sup>7</sup>) rund 16'000 laufende IV-Renten<sup>8</sup> aufgehoben.

### 3.1 Bundesgericht ersetzt Überwindbarkeitsvermutung durch Prüfungsraster für funktionelles Leistungsvermögen

Mit Urteil vom 3. Juni 2015<sup>9</sup> hat das Bundesgericht die IV-Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und seine Rechtsprechung geändert (E. 3.5): Anstelle der im Ausnahmefall umzustossenden Überwindbarkeitsvermutung verlangt es künftig einen strukturierten, normativen Prüfungsraster: Anhand eines Kataloges von Indikatoren soll eine ergebnisoffene Beurteilung des Leistungsvermögens erfolgen. Dabei sind leistungshindernde äussere Belastungsfaktoren sowie Kompensationspotenzial (Ressourcen) zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn mittels objektivierbarer Indikatoren nachweislich keine Arbeitsleistung zumutbar ist.<sup>10</sup>

Der Chefarzt der MEDAS Zentralschweiz Dr. Jeger beurteilt dieses Leit-urteil als *fundamentale Änderung, die von einem modernen ressourcenorientierten Medizin- und Krankheitsverständnis geprägt sind*.<sup>11</sup> Anhand der Indikatoren müssen behandelnde und begutachtende Ärzte darlegen, inwieweit funktionelle Einschränkungen mit Auswirkungen und Aktivität und Partizipation (ICD-Den-

ken) bestehen.<sup>12</sup> Die neue Rechtsprechung verlegt den Hauptfokus von der Diagnose auf den Nachweis der Behinderung (funktionelle Einschränkung).<sup>13</sup>

Bislang nahm das Bundesgericht die Überwindbarkeit von PÄUSBONOG je nachdem sogar dann an, wenn die Ärzte einstimmig eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierten: Die Beurteilung der Überwindbarkeitsvermutung taxierte es als Rechtsfrage, für welche nicht der Mediziner kompetent sei.<sup>14</sup> Die Ärzteschaft wird künftig insofern stärker miteinbezogen, als medizinische Leitlinien mehr Gewicht erhalten sollen. Zwar ist der Prüfungsraster nach wie vor rechtlicher Natur (E. 5). Eine objektivierbare Zumutbarkeitsbeurteilung soll indessen durch die Verwendung von medizinisch-empirischen Standardkriterien harmonisiert werden (E. 5.1.1).

Innerhalb des rechtlichen Anforderungskatalogs müsse die Begutachtungspraxis durch konkretisierende Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften angeleitet werden, welche den aktuellen medizinischen Grundkonsens ausdrücken. Bezüglich Leitlinien der (psychiatrischen) Begutachtung<sup>15</sup> bestehe dringender Handlungsbedarf (E. 5.1.2). Gemäss Bundesgericht sollen die zuständigen medizinischen Fachgesellschaften künftig den aktuellen Stand der Erkenntnisse zuhanden der gutachterlichen Praxis in Leitlinien fassen (E. 9).

Die Gutachter sollen künftig das Leistungsvermögen gestützt auf einschlägige Indikatoren einschätzen. IV und Justiz prüfen diese Einschätzung in der Folge

Sozialversicherungsrecht» 2014 eine Analyse, wonach das Bundesgericht in 157 Fällen die Überwindbarkeit bejahte und lediglich in einem einzigen Fall die Überwindbarkeit verneinte (S. 28).

vgl. auch Thomas Gächter / Michael E. Meier, Schmerzrechtsprechung 2.0, in: Jusletter 29. Juni 2015, FN 35.

7 Nach Wahrnehmung des Autors ist eine grosse Zahl der Rentenaufhebungsverfahren als Folge der IV-Revision 6a noch nicht abgeschlossen. Gründe dafür scheinen die Ausschöpfung des Rechtsmittelweges, die Überlastung der IV und der Gerichte, verschärfte gerichtliche Anforderungen an medizinische Abklärungen, Verfahrensanpassungen sowie Verzögerungen infolge Qualitätsproblemen im Rahmen von Begutachtungen.

8 <http://goo.gl/KsqL8A>

9 9C\_492/2014

10 Gächter/Meier, a.a.O., Rz. 37.

11 Dr. Jörg Jeger, Die neue Rechtsprechung zu psychosomatischen Krankheitsbildern, in: Jusletter 13. Juli 2015, S. 1 sowie Rz. 55. Die Aufgabe der Überwindbarkeitspraxis begründet sich aus mangelnder genügender wissenschaftlicher Grundlage (Rz. 31).

12 Jörg Jeger, a.a.O., R. 36.

13 Jörg Jeger, a.a.O., Rz. 46.

14 Urteil 9C\_776/2010; Auszug aus Bundesgerichtsurteil 9C\_492/2014: *Medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen, wie sie, gerichtsnotorisch, ärztlicherseits sehr oft unterstützt werden – wobei erst noch häufig gar keine konsequente Behandlung stattfindet –, sind auch künftig nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen (E. 3.7.1). Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (E. 5.2.1).*

15 Insbesondere spezifische Leitlinien zur versicherungsmedizinischen Begutachtung somatoformer Störungen.

1 Der Autor vertritt hauptsächlich Unfallopfer und Patienten und somit Versicherte.

2 [www.anwaltluzern.ch](http://www.anwaltluzern.ch)

3 nachfolgend gemäss Bundesgericht PÄUSBONOG genannt.

4 BGE 131 V 49

5 In erster Linie (139 V 547 E. 9.1.1) *psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer; weiter chronische körperliche Begleiterkrankungen; mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn); Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352).*

6 Kieser/Lendfers erwähnen im «Jahrbuch zum

frei und darauf hin, ob sich der medizinische Gutachter an die normativen Rahmenbedingungen gehalten hat. Zu diesen zählt, ob der Gutachter *ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt hat, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind sowie ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist* (E. 5.2.2).

Die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens soll vermehrt auf Ressourcen fokussieren, welche die schmerzbedingte Belastung kompensieren und die Leistungsfähigkeit begünstigen. Bei der Prüfung der Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit hat die Frage der psychischen Komorbidität künftig keinen Vorrang mehr. Zudem wird das Kriterium des primären Krankheitsgewinns fallen gelassen (E. 4.1.1).

### 3.2 Beizug von Standardindikatoren

Eine ergebnisoffene Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens soll als zentraler Beweisgegenstand anhand von nachfolgenden Standardindikatoren den massgeblichen Sachverhalt ermitteln (E. 4.1.2):

- Zur **Kategorie «funktioneller Schweregrad»** zählen (E. 4.3):
- Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1):
- Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome<sup>16</sup>
- Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz<sup>17</sup>
- Komorbiditäten<sup>18</sup>

16 E. 4.3.1.1: Die Schwere des Krankheitsgeschehens soll anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese plausibilisiert werden.

17 E. 4.3.1.2: Behandlungserfolg oder -resistenz, also Verlauf und Ausgang von Therapien, sind wichtige Schweregradindikatoren. Das definitive Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation des Versicherten durchgeführten Therapie indiziert eine negative Prognose. Nimmt die versicherte Person an beruflichen Eingliederungsmassnahmen teil oder versucht sie sich selber wieder einzugliedern, kann eine trotz optimaler Kooperation misslungene Eingliederung bedeutsam sein. Fallen solche Massnahmen medizinisch in Betracht, bietet die IV dazu Hand und nimmt die versicherte Person dennoch nicht daran teil, spricht dies gegen eine invalidisierende Beeinträchtigung.

18 E. 4.3.1.3: Die bisherigen Kriterien «psychiatrische Komorbidität» und «körperliche Begleiterkrankungen» sind zu einem einheitlichen Indikator zusammenzufassen. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen.

- Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen)<sup>19</sup>
- Komplex «Sozialer Kontext»<sup>20</sup>
- Zur **Kategorie «Konsistenz»** (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) zählen:
  - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen<sup>21</sup>
  - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck<sup>22</sup>

Die Antworten der medizinischen Sachverständigen anhand der Indikatoren verschaffen den Rechtsanwendern Indizien zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen (E. 4.1.3).

### 3.3 Zusammenfassend

soll die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen berücksichtigen. Ein rentenbegründender IV-Grad wird nur anerkannt, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei überwiegend wahrscheinlich sind.

## 4. Welche Auswirkungen hat das Urteil?

### 4.1 Auswirkungen für Ärzteschaft im Allgemeinen

Das Bundesgericht erwartet, dass die medizinischen Fachgesellschaften Leit-

19 E. 4.3.2: Entscheidend ist die Eignung dieser Kategorien, zur Klärung der funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung beizutragen. Diesbezüglich betont das Bundesgericht die Notwendigkeit medizinische Leitlinien zu schaffen (E. 5.1.2).

20 E. 4.3.3: soweit soziale Belastungen nicht krankheitsunabhängig negative funktionelle Folgen zeitigen.

21 E. 4.4.1: D.h. keine geringere Einschränkung in der Freizeitgestaltung. Zu vergleichen ist das Aktivitätsniveau im Erwerb / Aufgabenbereich auch mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung.

22 E. 4.4.2: Die Inanspruchnahme einer Behandlung weist auf den tatsächlichen Leidensdruck hin, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen. Zudem spricht inkonsistentes Verhalten bei der beruflichen Eingliederung gegen invalidisierende Wirkung der Erkrankung.

linien ausarbeiten, welche in der Einzelfallbeurteilung eine wichtige Rolle erhalten und zu rechtsgleicherer Begutachtung führen.

Jeger hält dazu fest: *Je mehr sich die Rechtsprechung auf einen tragfähigen Konsens der Fachverbände stützen kann, desto weniger sind eigene juristische Hilfskonstruktionen nötig. Diese neu zurückgewonnene Verantwortung müsse sich die Ärzteschaft «hinter die Ohren schreiben», ansonsten «sie bestimmt ein nächstes Mal (und dann vermutlich definitiv) [Anmerkung des Autors: von der Jurisprudenz] übergangen werde.»*<sup>23</sup>

Weiter werden die medizinische Diagnostik und der medizinische Nachweis objektiver Indikatoren an Bedeutung gewinnen.<sup>24</sup>

Medizinische Dokumente<sup>25</sup> erhalten künftig mehr Gewicht:

*Je genauer und sorgfältiger der medizinische Sachverständige die Diagnose erhoben, die Einschränkungen der funktionellen Leistungsfähigkeit eingeschätzt und die Kausalität zwischen Gesundheitsschaden und funktioneller Einschränkung dem Rechtsanwender begründet hat, desto weniger Spielraum verbleibt diesem, zu einer abweichenden Beurteilung zu gelangen.*<sup>26</sup>

### 4.2 Auswirkungen für behandelnde Ärzte im Besonderen

Behandelnde Ärzte können die Chancen ihrer Patienten auf Leistungen der IV beeinflussen, indem sie die Standardindikatoren (vorne Ziff. 3) berücksichtigen:

Zur Erfüllung des Kriteriums *Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz* ist wichtig, dass indizierte Therapien lege artis und mit optimaler Kooperation des Versicherten durchgeführt werden.<sup>27</sup> Gleiches gilt für die Teilnahme an Eingliederungsmassnahmen. Diese gerichtlichen Anforderungen sind bei der Betreuung von Patienten zu berücksichtigen. Besteht *behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck*, so ist auf die Inanspruchnahme einer Behandlung zu drängen. Wird eine empfohlene und zugängliche Therapie oder Berufsmassnahme nicht beansprucht, ist gegebenenfalls in Arztberichten festzuhalten, wenn dies

23 Jörg Jeger, a.a.O., Rz. 51 und 54.

24 Gächter/Meier, a.a.O., Rz. 38.; dito Christoph Frey, ius.focus 7/2015, S. 17.

25 Arztberichte wie auch Gutachten.

26 Gächter/Meier, a.a.O., Rz. 85.

27 Ohne konsequente Ausschöpfung der therapeutischen und medikamentösen Möglichkeiten konnte schon bisher nicht auf Resistenz des Leidens und damit invalidisierende Wirkung geschlossen werden (Gächter/Meier a.a.O., Rz. 53).

oder eine schlechte Compliance «klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen» ist.<sup>28</sup>

Bezüglich des Kriteriums Konsistenz ist zu beachten und in Arztberichten festzuhalten, wenn eine Patientin auch in der Freizeit und in sozialen Aktivitäten glaubhaft stark eingeschränkt erscheint. Bereits bei der *Diagnose* sollte die *konkrete Beeinträchtigung in Alltagsfunktionen und deren Schweregrad* festgehalten werden, ebenso wie *Hinweise für oder gegen Aggravation und Ausschlussgründe für das Vorliegen eines Gesundheitsschadens*.<sup>29</sup>

Insbesondere bei einer somatoformen Schmerzstörung muss gemäss Bundesgericht eine genaue *Auseinandersetzung mit den Kriterien der ICD-10 F45.40* erfolgen (genaue Festlegung der Schwere der Erkrankung).<sup>30</sup>

Bei einem *HWS-Distorsionstrauma* ist künftig noch stärker jede einzelne Funktionseinschränkung zu benennen und als eine für das HWS-Trauma typische Beschwerde zu qualifizieren.<sup>31</sup>

#### 4.3 Auswirkungen für Patienten

Das Bundesgerichtsurteil erlaubt eine einzelfallgerechtere Beurteilung und Differenzierung.<sup>32</sup>

Es ist indessen noch unsicher, ob das Urteil die aktuell aus Optik PÄUSBONOG-Betroffener sehr strenge Gerichtspraxis erheblich mildert: Es besteht die Gefahr, dass die strenge Überwindbarkeitspraxis durch ein ähnlich strenges strukturiertes Beweisverfahren ersetzt werden könnte.<sup>33</sup> Weiter ist damit zu rechnen, dass der versicherte Gesundheitsschaden enger gefasst wird.<sup>34</sup> Dies spricht eher gegen eine Erhöhung der Chance auf eine Rente.<sup>35</sup> Allenfalls wird es künftig vermehrt Teilrenten geben.<sup>36</sup>

#### 4.4 Für welche Patienten gilt die neue Gerichtspraxis?

In *laufenden* IV-Verfahren ist die neue Praxis sofort anwendbar und zu berücksichtigen.

Bezüglich *abgeschlossener* IV-Fälle bildet die Änderung der Rechtsprechung für sich allein keinen Grund für eine Neuanmeldung, Revision oder Wiedererwägung.<sup>37</sup>

Bei erheblicher glaubhafter *Verschlechterung* der Gesundheit seit dem letzten IV-Entscheid<sup>38</sup> können Versicherte eine Neuanmeldung vornehmen. In einem solchen *Revisionsverfahren infolge Verschlechterung* ist auch die neue Rechtspraxis anwendbar.

Ebenfalls möglich ist ein Revisionsverfahren für Versicherte, deren Berufsstatus sich ohne Erkrankung unterdessen geändert hätte: Sind z.B. die Kinder seit dem negativen IV-Entscheid erwachsen geworden, kann für eine bis dahin hauptsächlich für Haushalt und Kinderbetreuung zuständige Versicherte eine Neuanmeldung erfolgen. Dies ist möglich falls glaubhaft ist, *heute seien die Kinder nicht mehr zu betreuen und die Versicherte wäre daher als Gesunde nicht mehr Hausfrau, sondern erwerbstätig*. Ein solcher Statuswechsel vom Haushalt zum Erwerb erlaubt eine Neubeurteilung inkl. neuer Gerichtspraxis.

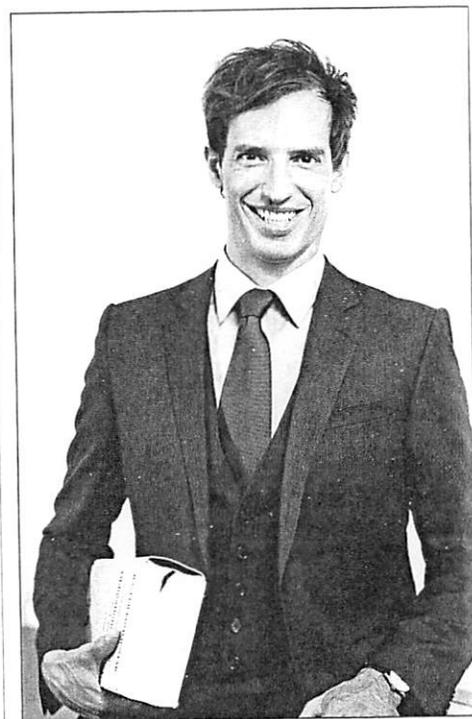
#### 4.5 Ausblick

Abzuwarten bleibt, was sich im Bereich des *Gutachterwesens* tut. Aktuell begutachten 28 MEDAS für die IV.<sup>39</sup> Teilweise ist die dortige Beurteilung massiv strenger als jene behandelnder Ärzte.<sup>40</sup> Viele Gutachter sind zudem nicht klinisch tätig, was mangels Praxisbezugs problematisch scheint. Es steht auch im Widerspruch zu den Anforderungen in den Qualitätsrichtlinien für das IV-Verfahren, wonach IV-Gutachter über klinische Erfahrung verfügen müssen.<sup>41</sup>

Ein Grossteil der Gutachter stammt zudem aus dem Ausland. Dies birgt die Gefahr mangelnder Kenntnis hiesiger Verhältnisse und fehlender Verwurzelung, was die Qualität und Objektivität der Beurteilung nicht erhöht. Zudem erscheint diesfalls die Gefahr finanzieller Abhängigkeit vom Gutachterinstitut und von der auftraggebenden IV grösser. Weiter ist bei ausländischen, vorübergehend hier tätigen Gutachtern die aufsichts-

rechtliche Kontrolle erschwert. In der Vergangenheit fehlten teilweise kantonale Berufsausübungsbewilligungen einzelner Gutachterpersonen. Zudem war teilweise die Zuständigkeit für die berufliche und disziplinarische Aufsicht über Gutachterpersonen zwischen IV, BSV und Kanton unklar.

Es laufen Bestrebungen die Qualitätsstandards zu erhöhen und das Verfahren fairer<sup>42</sup> auszugestalten. Der Autor hofft, dass sich auch diesbezüglich Verbesserungen in Gesetz und Rechtsprechung einstellen (z.B. Einführung des Zufalls-generators bei der Zuteilung auch von mono- oder bidisziplinären Gutachten; Anwesenheitsrecht einer Begleitperson bei der Begutachtung; Pflicht die Begutachtung zur späteren Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit aufzuzeichnen).



28 Gächter/Meier, a.a.O., Rz. 73.

29 Gächter/Meier, a.a.O., Rz. 49.

30 9C\_492/2014, E. 2.1.1.

31 Gächter/Meier, a.a.O., Rz. 82.

32 Gächter/Meier, a.a.O., Rz. 77 und 106.

33 Gächter/Meier, a.a.O., bezweifeln, dass nun häufiger ein Rentenanspruch bejaht wird (Rz. 40).

34 Gächter/Meier, a.a.O., erwähnen zu Recht, dass das Bundesgericht bei der Diagnosestellung die Beachtung von Ausschlussgründen betont, was das «Eintrittstor» zur Invalidität wohl enger fasse (Rz. 81).

35 Literatur und Rechtsprechung wurden bis zum 25.8.2015 berücksichtigt.

36 Gächter/Meier, a.a.O., Rz. 90 f. sowie 109.; Christoph Frey, a.a.O.; dito Jörg Jeger, a.a.O., Rz. 17, wonach die Attestierung einer Teil-Arbeitsunfähigkeit den realen Fähigkeiten und Möglichkeiten dieser Patienten am Nächsten komme.

37 Urteil des Bundesgerichts 8C\_590/2015 vom 24.11.2015, E. 5.3 f.

38 Art. 17 ATSG.

39 <https://www.suissemedap.ch/Pages/Medas-Map.aspx>

40 <http://goo.gl/2xCD8h>

41 <http://www.news.admin.ch/NSBSsubscriber/message/attachments/26524.pdf>

42 Gemäss BGE 137 V 210 soll die Gutachterperson bei mono- oder bidisziplinären Gutachter primär einvernehmlich zwischen IV und Versichertem festgelegt werden (= Einigung au Gutachterperson). Dessen ungeachtet legt die IV heute standardmässig autoritativ eine vor ihr gewählte Gutachterperson fest. Die Gerichte schützen dies, solange keine handfester Ausstands- oder Ablehnungsgründe bestehen. Dies ermöglicht der IV aus Sicht des Autors durch die Wahl einseitig IV-höriger, einschlägig bekannter Gutachterpersonen das Ergebnis zu beeinflussen.