Prüffragenkatalog Peer-Review Verfahren:

Interdisziplinäre Gesamtbeurteilung

Erarbeitet durch eine Expertengruppe im Auftrag der Eidgenössischen Invalidenversicherung des BSV, 2020

Überarbeitet durch die Fachstelle der Eidgenössische Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung (EKQMB), 2024

Name des Prüfers / Raters	
Versichertennummer der begutachteten Person	**756.**

Inhaltsverzeichnis

A. Einzelkriterium „Formale Gestaltung“ 2
B. Einzelkriterium „Verständlichkeit“ 4
D. Einzelkriterium „Vollständigkeit“ 7
E. Einzelkriterium „Fachliche Kompetenzen“ 11
Übergeordnetes Kriterium „Versicherungsmedizinische Nachvollziehbarkeit des Gutachtens“ 14
Literatur – noch unvollständig 17

A. Einzelkriterium „Formale Gestaltung“

Das Einzelkriterium „Formale Gestaltung“ besteht aus zwei Prüffragen. Das Kriterium erfordert die adäquate Berücksichtigung des formalen Anforderungsprofils für versicherungsmedizinische Gutachten. Geprüft wird, ob die formalen Anforderungen an das Gutachten gemäss den Gliederungsvorgaben und den hier vorgegebenen Fristen eingehalten sind.

Die Prüfung der Qualität bezieht sich hier ausschliesslich auf rein formale Aspekte. Inhaltliche Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit der Darstellung sind hier nicht qualitätsrelevant und werden an anderer Stelle geprüft.

Prüffrage A1	**Einzelkriterium A: Formale Gestaltung**

Inwieweit werden die Gliederungsvorgaben inkl. allfälliger Vorgaben zur interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) gemäss den Anforderungen eingehalten?

Geltungsbereich	interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung)

Folgende Überschriften, die in der Gliederungsvorgabe dargelegt sind, müssen in jeder interdisziplinären Gesamtbeurteilung vorhanden sein, gemäss Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) des BSV, Anhang V:

1. Abwicklung des Gutachtensauftrages
2. Angaben zu den Gutachtern bzw. Untersuchungen
3. Anlass und Umstände der Begutachtung
4. Interdisziplinäre Gesamtbeurteilung
5. Angaben zur Entstehung des Konsenses mit Unterschriften

Anhang (fachübergreifender Aktenauszug, alle Einzelgutachten)

Diese Überschriften sind im Gutachten bzw. in der Gesamtbeurteilung aufzuführen und im Layout klar voneinander abzugrenzen. Synonyme sind nicht erlaubt. In Abgrenzung zu den Prüffragen des Einzelkriteriums "Vollständigkeit" geht es hier um das rein formale Vorhandensein der Gliederungspunkte. Inhaltliche Aspekte, wie z. B. Art, Umfang, Angemessenheit oder Vollständigkeit der Ausführungen zu den Gliederungspunkten sind hier nicht Gegenstand der Bewertung.

(Anmerkung aus der Gruppendiskussion: Für bi- und polydisziplinäre Gutachten sollte aus Gründen der Leserlichkeit und zur Vermeidung von Redundanzen der allgemeine Aktenauszug in einem Anhang hinten angefügt werden. In den jeweiligen Fachgutachten sollen nur die zusätzlich zum gemeinsamen, allgemeinen Aktenauszug noch wichtigen fachspezifischen Dokumente erwähnt werden (u.a. Befunde, die der Versicherte mitbringt, oder die noch auf Wunsch eines Fachgutachters eingeholt werden.). Dieser Anpassungsvorschlag entspricht den bereits seit 2018 gültigen Gutachtengliederungsvorgaben, wurde aber bisher nicht konsequent umgesetzt.
Aktuell gibt es GA-Institute, die in jedem Teil-Gutachten den gesamten Aktenauszug einfügen, was nicht selten zu einem Gutachtensumfang von über 200 bis 500 Seiten führt.)

☐	**Kein Mangel**	
☐	**Leichte Mängel**	Die **Reihenfolge** der Überschriften wird nicht eingehalten.
☐	**Deutliche Mängel**	**Eine** Überschrift fehlt. Dabei zählen Synonyme wie eine fehlende Überschrift.

☐	**Gravierende Mängel**	**Mehr** als eine Überschrift fehlt. Dabei zählen Synonyme wie eine fehlende Überschrift.

Beurteilung: [Text]
Worin ist der festgestellte Mangel begründet: [Text]

Prüffrage A2	**Einzelkriterium A: Formale Gestaltung**

Sind die Fristen zwischen Untersuchungszeitpunkt und Gutachteneingang bei der IV angemessen?

Geltungsbereich	Interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung)

Wichtig für die Verwertbarkeit des Gutachtens sind möglichst kurze Zeiträume zwischen Untersuchung und Gutachtenfertigstellung. Es wäre nicht sinnvoll, Gutachten bei erhöhter Gesamtfrist als mangelhaft einzustufen, wenn z.B. auf Wunsch des Versicherten, oder wegen fehlender Unterlagen ohne Verschulden des Gutachters sich der Zeitraum bis zur Untersuchung verlängert.

Für bi- und polydisziplinäre Gutachten wird die Dauer seit dem Datum der **letzten** Untersuchung einer Teildisziplin vom Reviewer der Konsensbeurteilung berechnet: **Die Dauer von der letzten Untersuchung bis zur Fertigstellung des Gutachtens (Datum Eintreffen bei der IV-Stelle) sollen nicht mehr als 100 Tage vergehen.**

Falls die durchschnittliche Dauer mehr als 100 Tage beträgt, werden im Gutachten Gründe genannt?

☐	**Kein Mangel**	
☐	**Leichte Mängel**	100 Tage < X <110 Tage
☐	**Deutliche Mängel**	110 Tage < X <120 Tage
☐	**Gravierende Mängel**	120 Tage < X

Beurteilung: [Text]
Worin ist der festgestellte Mangel begründet: [Text]

B. Einzelkriterium „Verständlichkeit“

Das Einzelkriterium **Verständlichkeit** gliedert sich in drei Prüffragen. Geprüft werden die sprachliche Darstellung des Gutachtens sowie der Umgang mit versicherungsmedizinischen Begriffen und Aussagen. Im Gutachten wird eine allgemeinverständliche und prägnante Sprache erwartet. Fachsprachliche Abkürzungen sollen in den Diagnosen und der Beurteilung möglichst vermieden bzw. allgemeinsprachlich ausgedrückt werden. Die korrekte Anwendung der versicherungsmedizinischen Terminologie wird erwartet; versicherungsrechtliche Ausführungen oder Folgerungen sollen sich nicht im Gutachten finden.

Prüffrage B1	**Einzelkriterium B: Verständlichkeit**

Ist das Gutachten sprachlich korrekt und unmissverständlich verfasst?

Geltungsbereich	interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung)

Gefordert ist eine knappe, prägnante Ausdrucksweise. Unnötige Längen, z. B. durch reine Wiederholung von bereits beschriebenen Sachverhalten oder ausführliche Diskussionen irrelevanter Befunde, sollen vermieden werden. Wiederholungen von Aussagen aus Einzelgutachten in einer Konsensbeurteilung sind dabei nicht gemeint. Zu Wiederholungen zählt auch nicht, wenn in einem Gliederungspunkt explizit nochmals gleichsinnige Stellungnahmen erfragt werden. Zentral ist die Verständlichkeit der Aussagen.

☐	**Kein Mangel**	
☐	**Leichte Mängel**	Das Gutachten enthält unnötige inhaltliche Wiederholungen. **ODER** Im Gutachten werden unnötig komplizierte Formulierungen verwendet.
☐	**Deutliche Mängel**	Durch die sprachliche Ausdrucksweise sind Aussagen **vereinzelt** nicht eindeutig bzw. nicht verständlich.
☐	**Gravierende Mängel**	Durch die sprachliche Ausdrucksweise sind Aussagen **überwiegend** nicht eindeutig bzw. nicht verständlich.

Beurteilung: [Text]

Worin ist der festgestellte Mangel begründet:

[Text]

Prüffrage B2	Einzelkriterium B: Verständlichkeit

Inwieweit sind Fachausdrücke und Abkürzungen, die für das Verstehen des Gutachtens wesentlich sind, allgemeinverständlich erklärt?

Geltungsbereich	interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung)

Erklärungsbedürftig sind nicht gängige Fachausdrücke und Abkürzungen, deren Kenntnis von Nicht-Medizinern (z.B. Verwaltung, Juristen) nicht vorausgesetzt werden kann.

Medizinische Fachausdrücke und Abkürzungen, die in der Beurteilung verwendet werden, müssen auch dort mindestens einmal allgemeinverständlich erklärt werden.

Erwartet wird, dass nicht allgemeinverständliche Abkürzungen mindestens einmal ausgeschrieben bzw. erklärt werden.

☐	**Kein Mangel**	
☐	**Leichte Mängel**	**Eine** Abkürzung wird nicht mindestens einmal ausgeschrieben. ODER Es erfolgt keine Erläuterung **eines** nicht allgemeinverständlichen Fachbegriffs.
☐	**Deutliche Mängel**	**Vereinzelt** werden Abkürzungen nicht mindestens einmal ausgeschrieben. **ODER** Es erfolgt **vereinzelt** keine Erläuterung nicht allgemeinverständlicher medizinischer Fachbegriffe.
☐	**Gravierende Mängel**	**Überwiegend** werden Abkürzungen nicht mindestens einmal ausgeschrieben. **ODER** Es erfolgt **überwiegend** keine Erläuterung nicht allgemeinverständlicher Fachbegriffe.

Beurteilung: [Text]

Worin ist der festgestellte Mangel begründet:

[Text]

Prüffrage B3	Einzelkriterium B: Verständlichkeit

Inwieweit wird die versicherungsmedizinische Terminologie richtig angewendet?

Geltungsbereich	interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung)

Die Aufgabe des Gutachters ist es, die medizinischen Voraussetzungen für Versicherungsleistungen zu beschreiben, ohne daraus versicherungsrechtliche Folgerungen zu ziehen. Es wird erwartet, dass der Gutachter mit versicherungsmedizinisch relevanten Begrifflichkeiten korrekt umzugehen weiss.

Geprüft wird die korrekte Anwendung versicherungsmedizinischer Terminologie gemäß ATSG, IVG und den aktuellen Leitlinien zur Gutachtenerstellung der medizinischen Fachgesellschaften.

Beispiele für (nicht zulässige) versicherungsrechtliche Folgerungen: Der Versicherungsmediziner äußert sich zur Invalidität, stellt eine „Erwerbsunfähigkeit“ fest, empfiehlt eine Rente/Umschulung oder benutzt Begrifflichkeiten wie „Arbeiten von wirtschaftlichem Wert“ oder „Lohnbringende Tätigkeit“.

☐	**Kein Mangel**	
☐	**Leichte Mängel**	Versicherungsmedizinische Termini werden nicht immer korrekt angewendet. **ABER** Dies **lässt keine** missverständlichen oder falschen Schlussfolgerungen zu.
☐	**Deutliche Mängel**	Versicherungsmedizinische Termini werden nicht immer korrekt angewendet. **UND** Dies **lässt** missverständliche oder falsche Schlussfolgerungen zu.
☐	**Gravierende Mängel**	Im Gutachten findet sich mindestens eine **versicherungsrechtliche Folgerung** des Gutachters.

Beurteilung: [Text]

Worin ist der festgestellte Mangel begründet:

[Text]

D. Einzelkriterium „Vollständigkeit“

Das Einzelkriterium **Vollständigkeit** gliedert sich hier in drei Prüffragen. Geprüft wird, inwieweit Abweichungen zu Vorberichten bewertet und die versicherungsmedizinischen Fragestellungen vollständig beantwortet werden. Zusätzlich wird geprüft, ob eine integrative Beurteilung vorliegt. Hier ist die Bewertung der Vollständigkeit, **nicht aber der Schlüssigkeit** der Beantwortung der versicherungsmedizinischen Fragestellung gefordert.

Prüffrage D3	**Einzelkriterium D: Vollständigkeit**

Inwieweit werden wesentliche Abweichungen in der versicherungsmedizinischen Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens gegenüber relevanten Vorberichten beschrieben und bewertet?

Geltungsbereich	interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung)

Hierbei geht es um abweichende Aussagen zur Beurteilung der Diagnostik und des Leistungsvermögens gegenüber Vorberichten, die eine andere versicherungsrechtliche Entscheidung nach sich ziehen könnten. Es wird erwartet, dass Abweichungen hinsichtlich des quantitativen und qualitativen Leistungsvermögens, von Beginn und Dauer der Funktionseinschränkungen oder des Behandlungsbedarfs in der (Verlaufs-)Beurteilung aufgezeigt und bewertet werden. Die Schlüssigkeit der Bewertung wird hier nicht beurteilt.

Unter Vorberichten wird dabei z. B. verstanden: Reha-Austrittsbericht, Gutachten der Sozialversicherungsträger, Gerichtsgutachten, Gutachten anderer Versicherer, Berichte von Behandlern und Spitälern

Ergeben sich aus dem Gutachten keine Hinweise auf abweichende Vorberichte, wird hier kein Mangel kodiert.

☐	**Kein Mangel**	
☐	**Leichte Mängel**	Es gibt wesentliche Abweichungen in der versicherungsmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens gegenüber Vorberichten. Diese werden im Gutachten aufgezeigt, es **unterbleibt** jedoch eine **Bewertung und Begründung von Teilaspekten** der Abweichungen **in der Beurteilung**.
☐	**Deutliche Mängel**	Es gibt wesentliche Abweichungen in der versicherungsmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens gegenüber Vorberichten. Diese werden im Gutachten aufgezeigt, es **unterbleibt** jedoch eine **Bewertung und Begründung dieser Abweichungen in der Beurteilung**.
☐	**Gravierende Mängel**	Es werden Vorberichte zitiert, aber ohne Aussage zum darin angegebenen Leistungsvermögen. **ODER** Es gibt wesentliche Abweichungen in der versicherungsmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens gegenüber Vorberichten, die **in der Beurteilung nicht aufgezeigt** werden.

Beurteilung: [Text]
Worin ist der festgestellte Mangel begründet: [Text]

Prüffrage D4	**Einzelkriterium D: Vollständigkeit**

Inwieweit werden die vom Auftraggeber gestellten versicherungsmedizinischen Fragen inkl. evtl. Zusatzfragen vollständig beantwortet?

Geltungsbereich	Aufführung und Beantwortung der Fragen in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung)

Hier geht es darum, dass alle Fragen der Gutachtengliederung gemäss geltender Gliederung unter den Punkten 4.5. bis 4.8. der Konsensbeurteilung beantwortet werden. Die Beantwortung von im Fall gestellten versicherungsmedizinischen Zusatzfragen, insbesondere Fragen zur Revision oder zum Haushalt werden hier ebenfalls überprüft. Wenn in den Zusatzfragen nur redundant die gleichen Inhalte wie bei den Standardfragen aufgeführt werden, und im Gutachten diese redundanten Fragen nicht nochmals explizit beantwortet werden, ist dies kein Mangel. Werden nicht rein medizinische Fragen gestellt (z.B. Frage nach Schadenminderungspflicht) und werden diese nicht beantwortet, ist hier kein Mangel zu kodieren.

Es geht hier nicht darum, zu beurteilen, ob die Fragen richtig beantwortet wurden.

4.5. Begründung der Gesamtarbeitsfähigkeit
(addieren sich die Teil-Arbeitsunfähigkeiten ganz, teilweise oder gar nicht)

4.6. Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit

- Wie viele Stunden pro Tag kann die versicherte Person in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit anwesend sein?
- Besteht während dieser Anwesenheitszeit auch eine Einschränkung der Leistung? Wenn ja, in welchem Umfang und warum?
- Wie gross schätzen Sie aktuell insgesamt die Arbeitsfähigkeit bzw. die Arbeitsunfähigkeit (bitte beide Werte angeben) in der bisherigen Tätigkeit, bezogen auf ein 100%-Pensum?
- Wie ist der zeitliche Verlauf der Entwicklung dieser Arbeitsfähigkeit?

4.7. Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit

- Welche Merkmale müsste eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit aufweisen?
- Welche maximale Präsenz wäre in einer solchen Tätigkeit möglich (in Stunden pro Tag)?
- Besteht während dieser Anwesenheitszeit auch eine Einschränkung der Leistung in einer solchen Tätigkeit? Wenn ja, in welchem Umfang und warum?
- Wie gross schätzen Sie aktuell insgesamt die Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit (bitte beide Werte angeben) in einer solchen Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt, bezogen auf ein 100%-Pensum?
- Wie ist der zeitliche Verlauf der Entwicklung dieser Arbeitsfähigkeit?

4.8. 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)?

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, reduzierte persönliche Ressourcen), die gegen die vorgeschlagene Therapie sprechen?

Fallspezifische Fragen

(bitte aus dem Auftrag übernehmen)

(Anmerkung aus der Gruppendiskussion: Hier ist wichtig, dass die Fragen aus der einheitlichen Gliederung ohne Änderungen genau übernommen werden. Hier geht es um die Vollständigkeit der Antworten. Damit wir im peer review-Verfahren auch nachprüfen können, ob evtl. Zusatzfragen auch richtig übernommen wurden, müssen mit den Gutachten auch die anonymisierten Aufträge der IV-Stellen verfügbar sein.)

☐	**Kein Mangel**	
☐	**Leichte Mängel**	Es **fehlen Aussagen zum Bedarf an medizinischen Massnahmen** bei der Beantwortung der Fragen.
☐	**Deutliche Mängel**	Es **fehlen Aussagen zu Beginn und / oder Dauer einer Leistungsminderung** (bezogen auf die bisherige Tätigkeit und den ersten Arbeitsmarkt bzw. eine Tätigkeit im Haushalt) bei der Beantwortung der Fragen.
☐	**Gravierende Mängel**	Es **fehlen bei der Beantwortung der Fragen Aussagen zum Leistungsvermögen** (qualitativ/quantitativ) bezogen auf den ersten Arbeitsmarkt bzw. auf eine Tätigkeit im Haushalt.

Beurteilung: [Text]

Worin ist der festgestellte Mangel begründet:

[Text]

Prüffrage D5	Einzelkriterium D: Vollständigkeit

Gibt es bei interdisziplinären Gutachten eine echte integrative Beurteilung?

Geltungsbereich	Interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) für bi- und polydisziplinäre Gutachten

Hier geht es darum, dass für die Konsensbeurteilung ein eigener, neuer, griffiger Text formuliert wird. Dieser soll die gesamte Krankheitsgeschichte, bezogen auf alle relevanten Gesundheitsstörungen, zusammenfassen, die Diagnosen auflisten, Belastungen, Ressourcen und Persönlichkeit mit ihren wechselseitigen Auswirkungen auf das gesamte Krankheitsgeschehen und die resultierenden Einschränkungen darstellen. Textkopien von Beurteilungen aus den für die AF überwiegend verantwortlichen Einzelgutachten sind zur Vermeidung von Missverständnissen oder Unklarheiten bei der Zusammenfassung erlaubt. Es muss klar werden, wie die Einzelgutachter diskutiert haben und welche gemeinsame Beurteilung daraus resultiert. Insbesondere muss auch ersichtlich sein, wie die Gesamt-Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Einzelgutachten zustande kommt.

☐	**Kein Mangel**	
☐	**Leichte Mängel**	Die interdisziplinäre Konsensbeurteilung übernimmt unerhebliche Passagen aus den Fachgutachten, es ist aber auch eine eigenständige integrative Beurteilung (in der alle Gesundheitsschäden berücksichtigt werden) vorhanden.
☐	**Deutliche Mängel**	Es bestehen Diskrepanzen zwischen den Aussagen in Fachgutachten und den Formulierungen in der interdisziplinären Konsensbeurteilung, die nicht angesprochen und erklärt werden.
☐	**Gravierende Mängel**	Die interdisziplinäre Konsensbeurteilung übernimmt die Position eines Fachgutachtens, ohne dass ersichtlich ist, ob Wechselwirkungen oder Kumulativeffekte zwischen scheinbar kleineren Einschränkungen in verschiedenen Fachgebieten diskutiert wurden. **ODER** Es fehlt in der interdisziplinären Konsensbeurteilung eine Begründung, wie die Gesamt-AUF/AF ermittelt wurde

Beurteilung: [Text]

Worin ist der festgestellte Mangel begründet:

[Text]

E. Einzelkriterium „Fachliche Kompetenzen“

Das Einzelkriterium „fachliche Kompetenzen“ besteht hier aus zwei Prüffragen. Geprüft wird, inwieweit der allgemein anerkannte Stand medizinischer Erkenntnisse eingehalten wird und inwieweit die Gutachter integrativ sämtliche zur Verfügung stehende Informationen würdigen.

Prüffrage E6	**Einzelkriterium E: Fachliche Kompetenzen**

Werden Konsistenz und Plausibilität beurteilt?

Geltungsbereich	interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) beim Gliederungspunkt 4.2. „Konsistenzprüfung“

Hier müssen nicht nur die Informationen aus den Vorakten, die Angaben der versicherten Person, die Beschwerden und die Befunde bei ihrer Beurteilung berücksichtigt werden, sondern auch mögliche Inkonsistenzen, die zwischen den Fachgutachten der einzelnen Disziplinen festgestellt wurden. Es soll darum gehen, zu überprüfen, ob die vorliegenden Informationen, Beschwerden, präsentierten Leistungen konsistent, in Bezug auf die in Frage kommenden Krankheitsbilder plausibel und für die Begutachtung von Relevanz sind. Nicht gemeint sind für die gutachtliche Beurteilung irrelevante Inkonsistenzen (bspw. Anzahl der gerauchten Zigaretten, irrelevante Abweichungen von Datumsangaben, etc.).

Die gutachtliche Beurteilung bezieht sich auf Konsistenz (bspw. Übereinstimmung von Selbstangaben, Akten und Befunden) und Plausibilität (Nachvollziehbarkeit aufgrund der Befunderhebung und der Differentialdiagnostik) beschriebener Beschwerden, gezeigter Symptome und Leistungseinschränkungen; sie führt aus, ob Diskrepanzen nach anerkanntem klinischem Wissensstand nachvollziehbar sind. Bestehen hierzu Zweifel, ist eine systematische Überprüfung von Konsistenz und Plausibilität erforderlich.

Die Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität und deren Bedeutung für die versicherungsmedizinische Leistungsbeurteilung erfolgt für den Längs- und den Querschnitt. Sie werden in den jeweiligen Fachgutachten, anschliessend integrativ in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung gewürdigt.

Inkonsistenzen werden zunächst wertfrei benannt und sind nicht primär gleichzusetzen mit "Aggravation", „Simulation“ oder „Dissimulation“. Sie sind in einem zweiten Schritt in Bezug auf deren versicherungsmedizinische Relevanz zu würdigen.

Folgende Punkte müssen berücksichtigt und diskutiert werden:

1. Stellungnahme, ob gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen bestehen.
2. Stellungnahme, ob entsprechend der geschilderten Symptome auch Therapien durchgeführt wurden (Leidensdruck). Sofern zutreffend, sollen allenfalls Medikamentenspiegel bestimmt und deren Ergebnisse diskutiert werden.
3. Stellungnahme, ob geklagte Symptome und / oder Funktionseinbussen konsistent und plausibel und Untersuchungsergebnisse valide und nachvollziehbar sind oder ob eine Diskrepanz der geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerdedarlegung oder ob Diskrepanzen zwischen subjektiven Beschwerden und (nicht) erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigungen in der Untersuchung / im Alltag bestehen.
4. Falls Beschwerdevalidierungsverfahren eingesetzt werden, sind deren Ergebnisse zu diskutieren.

5. Falls Observationsergebnisse vorliegen, sind diese im Rahmen der Plausibilitäts- und Konsistenzprüfung zu diskutieren.

Abschliessend soll beurteilt werden, ob die festgestellten Inkonsistenzen (sofern zutreffend) krankheitsbedingt sind oder ob sie in Zusammenhang mit nicht

☐	**Kein Mangel**	
☐	**Leichte Mängel**	Von den oben zu berücksichtigenden Punkten 1 bis 5 (sofern zutreffend) wird einer nicht oder ungenügend diskutiert, der Punkt 6 wird aber fachlich korrekt beurteilt. Die Unterlassung stellt jedoch die Gesamtbeurteilung „Versicherungsmedizinische Nachvollziehbarkeit des Gutachtens“ nicht in Frage.
☐	**Deutliche Mängel**	Von den oben zu berücksichtigenden Punkten 1 bis 5 (sofern zutreffend) wird mindestens einer nicht oder ungenügend diskutiert und/oder der Punkt 6 wurde fachlich nicht korrekt beurteilt. Die Unterlassung stellt die Gesamtbeurteilung „Versicherungsmedizinische Nachvollziehbarkeit des Gutachtens“ teilweise in Frage, ist aber durch Rückfragen oder Aktenbeurteilung (z.B. durch RAD) möglicherweise korrigierbar.
☐	**Gravierende Mängel**	Von den oben zu berücksichtigenden Punkten 1 bis 5 (sofern zutreffend) wird mindestens einer nicht oder ungenügend diskutiert und/oder der Punkt 6 wurde fachlich nicht korrekt beurteilt. Die Unterlassung verunmöglicht die Gesamtbeurteilung „Versicherungsmedizinische Nachvollziehbarkeit des Gutachtens“.

Beurteilung: [Text]

Worin ist der festgestellte Mangel begründet:

[Text]

Prüffrage E7	Einzelkriterium E: Fachliche Kompetenzen

Inwieweit erfolgt eine Darstellung der bisherigen Therapie und eine Stellungnahme zu weiteren therapeutischen Optionen mit Auswirkung auf das arbeitsrelevante Funktionsniveau?

Geltungsbereich	Interdisziplinäre Konsensbeurteilung unter 4.8.

Erwartet wird eine zusammenfassende Darstellung der bisherigen Behandlungen und deren Beurteilung im Gutachten oder in der versicherungsmedizinischen Leistungsbeurteilung eine Stellungnahme zu gegebenenfalls vorhandenen Therapien, die geeignet sind, das arbeitsrelevante Funktionsniveau deutlich zu steigern. Das betrifft die Diagnosen, die für die Beurteilung des Leistungsvermögens relevant sind.

Diese Stellungnahme soll Angaben enthalten, auf welche Empfehlungen (z.B. Leitlinien, Behandlungsempfehlungen) diese Stellungnahme konkret gründet, ob innert nützlicher Frist mit einer Verbesserung des Funktionsniveaus zu rechnen ist (begründete Prognose), ob die versicherte Person die individuellen Ressourcen für diese Behandlung hat und welche Risiken mit der Behandlung verbunden sind. Bezüglich dieser Behandlungsrisiken ist vom Gutachter im Einzelfall zu klären, ob es medizinische Gründe gibt, die gegen die erwähnten Therapieoptionen sprechen. Zusammenfassend geht es hier auch um die medizinischen Elemente in Hinblick auf eine nachfolgende Beurteilung der Zumutbarkeit einer Massnahme durch den Rechtsanwender.

☐	**Kein Mangel**	
☐	**Leichte Mängel**	Es fehlt eine **Darstellung** der bisher durchgeführten Therapie.
☐	**Deutliche Mängel**	Es fehlt eine im Einzelfall begründete **Stellungnahme** zu Therapien (unter Angaben von konkreten Quellen /Empfehlungen), die geeignet sind, das arbeitsrelevante Funktionsniveau innert nützlicher Frist deutlich zu steigern.
☐	**Gravierende Mängel**	Es fehlt eine **Darstellung** der bisherigen Behandlungen. **UND** Es fehlt eine im Einzelfall begründete **Stellungnahme** zu Therapien (unter Angaben von konkreten Quellen/ Empfehlungen), die geeignet sind, das arbeitsrelevante Funktionsniveau innert nützlicher Frist deutlich zu steigern.

Beurteilung: [Text]
Worin ist der festgestellte Mangel begründet: [Text]

Übergeordnetes Kriterium „Versicherungsmedizinische Nachvollziehbarkeit des Gutachtens“

Das Übergeordnete Kriterium **Nachvollziehbarkeit des Gutachtens** ist ein Qualitätskriterium, dessen Erfüllung als entscheidend und unbedingt erforderlich angesehen wird. Im übergeordneten Qualitätskriterium wird das gesamte Gutachten im Zusammenhang betrachtet und die Nachvollziehbarkeit des Gutachtens anhand der Argumentationskette bewertet.

Mit der Bewertung dieses Kriteriums gibt die beurteilende Fachperson ein Gesamturteil zur Nachvollziehbarkeit des von ihr geprüften Gutachtens ab. In diesem Zusammenhang soll auch die Neutralität des Gutachters geprüft werden.

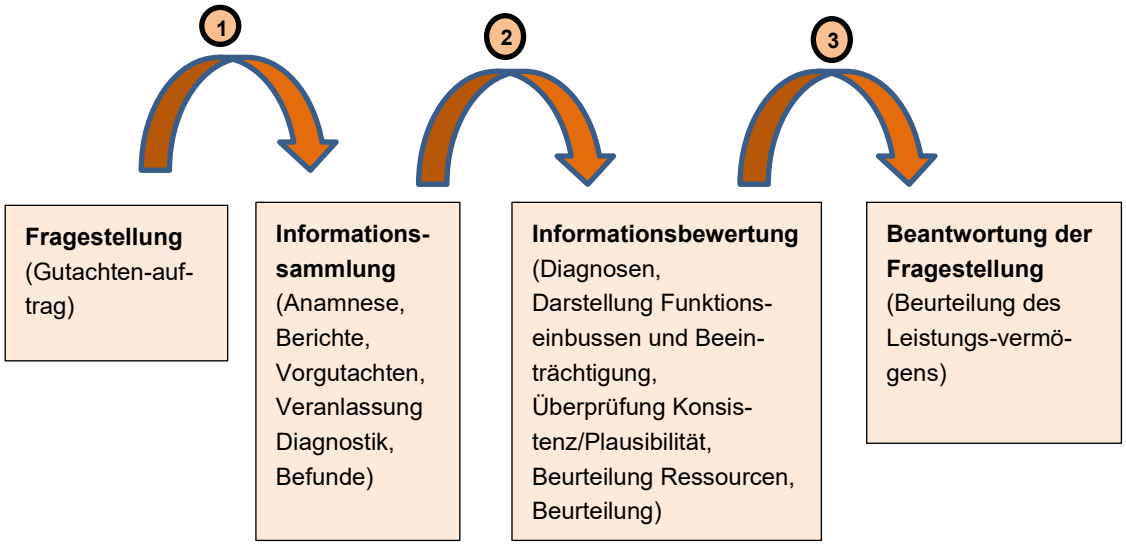
Übergeordnetes Kriterium „Versicherungsmedizinische Nachvollziehbarkeit des Gutachtens“

Bewerten Sie die Nachvollziehbarkeit des Gutachtens anhand der Argumentationsführung

Geltungsbereich	interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung)

Beim übergeordneten Kriterium wird das gesamte Gutachten im Zusammenhang betrachtet und die Nachvollziehbarkeit des Gutachtens anhand der Argumentationskette (s. Abb.) bewertet.

Module der Argumentation



Der *Fragestellung* schliesst sich in der Argumentationskette die Informationssammlung an. Zu dieser *Informationssammlung* gehören die Anamnese/Befragung (gemäss Vorgaben) sowie Fremdinformationen, Vorberichte und durch den Gutachter erhobene oder in Auftrag gegebene Untersuchungsbefunde, gefolgt von der Überprüfung von Konsistenzen, Inkonsistenzen und Plausibilität bezüglich Akten, Anamnese, und Befunden mit begründeter Bewertung. Anschliessend erfolgt in der Argumentationskette eine *Informationsbewertung* mittels Formulierung von Diagnosen (nach aktuellem ICD oder DSM) inklusive der differenzialdiagnostischen Überlegungen mit daraus folgenden Funktionseinschränkungen (z.B. mithilfe von ICF). Hierbei sind die Funktionseinschränkungen, die Kompensationsmöglichkeiten der versicherten Person (inkl. Ressourcen und evtl. psychosoziale Faktoren), sowie mögliche Therapieoptionen vom

Gutachter darzulegen und zu gewichten. Den Abschluss der Argumentationskette bildet die *Beantwortung der Fragestellung*, die im Gutachtenauftrag formuliert ist.

Die Bewertung dieses Kriteriums bezieht sich ausschliesslich auf die Nachvollziehbarkeit des geprüften Gutachtens im Hinblick auf das **Leistungsvermögen (Arbeitsfähigkeit) auf dem ersten Arbeitsmarkt oder im Haushalt**. Grundlage der Bewertung ist die Schlüssigkeit der Argumentationskette, d. h. die sinnvolle Verknüpfung der einzelnen Begutachtungsschritte und nachvollziehbare Herleitung der Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt. Bei der Bewertung des Gutachtens sollen die Brüche in der Argumentationskette von der Beurteilenden Fachperson benannt und konkret belegt werden.

Die **Bewertung der Nachvollziehbarkeit des Gutachtens** hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit für den ersten Arbeitsmarkt bzw. von Einschränkungen im Haushalt wird über ein Ampelsystem vorgenommen:

- Die Ampelbewertung **GRÜN** kennzeichnet, dass keine nennenswerten Brüche in der Argumentationskette vorliegen, das Gutachten damit in sich schlüssig ist.
- Bei der Ampelbewertung **GELB** liegen Brüche in der Argumentationskette vor, jedoch ermöglichen die im Gutachten enthaltenen versicherungsmedizinischen Informationen dem Versicherungsmediziner, diese durch entsprechende Neubewertung zu überbrücken und das Gutachtenergebnis (quantitatives Leistungsvermögen, erster Arbeitsmarkt) damit nachzuvollziehen, oder es besteht die berechtigte Aussicht, durch gezielte Rückfragen an die Gutachter die Brüche in der Argumentationskette schliessen zu können.
- Bei der Ampelbewertung **ROT** liegen Brüche in der Argumentationskette vor, die vom Versicherungsmediziner auch mittels Neubewertung der versicherungsmedizinischen Informationen nicht mehr überbrückt werden oder durch Rückfragen an die Gutachter „geheilt“ werden können.

Da eine gravierende Verletzung des Neutralitätsgebotes die Nachvollziehbarkeit des gesamten Gutachtens grundsätzlich in Frage stellt, ist an dieser Stelle auch die Neutralität zu überprüfen. Eine Verletzung der Neutralität liegt vor, wenn offensichtlich herabsetzende und beleidigende Äusserungen vom Gutachter gegenüber einer Person oder Bevölkerungsgruppe gemacht werden. Die Voreingenommenheit und Parteilichkeit muss aus dem Text des Gutachters eindeutig belegbar sein.

Ein gravierender Verstoss gegen das **Neutralitätsgebot** führt zu der Ampelbewertung ROT.

☐	**GRÜN**	Die Argumentationskette für die versicherungsmedizinische Beurteilung hinsichtlich des Leistungsvermögens für den ersten Arbeitsmarkt (oder den Haushalt) ist in sich schlüssig. Es sind keine nennenswerten Brüche in der Argumentationskette vorhanden.
☐	**GELB**	Die Argumentationskette für die versicherungsmedizinische Beurteilung ist lückenhaft. Aus den vorhandenen Angaben ist es dem Versicherungsmediziner jedoch möglich, die im Gutachten beschriebene Arbeitsfähigkeit für den ersten Arbeitsmarkt (oder Einschränkungen im Haushalt) nachzuvollziehen. **ODER** Die Argumentationskette für die versicherungsmedizinische Beurteilung ist lückenhaft. Es besteht berechtigte Aussicht, durch gezielte Rückfragen an die Gutachter die Brüche in der Argumentationskette zu schliessen.

☐	**ROT**	Die Argumentationskette für die versicherungsmedizinische Beurteilung ist unterbrochen, die Brüche können auch vom Versicherungsmediziner nicht überbrückt oder durch Rückfragen an die Gutachter «geheilt» werden. Das quantitative Leistungsvermögen für den ersten Arbeitsmarkt kann damit nicht nachvollzogen werden. **ODER** Es liegt ein gravierender Verstoss gegen das Neutralitätsgebot vor.

Welche Mängel wurden festgestellt?
Die festgestellten Qualitätsdefizite, die der Mängelbewertung zugrunde liegen, müssen auf dem Prüfbogen dokumentiert werden. [Text]

Literatur

Brüggemann S., Niehues C., Rose A., Schwöbel B. (Hrsg.) (2015): Pschyrembel Sozialmedizin und Public Health, 2. Auflage. de Gruyter, Berlin/ Boston.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (Januar 2007): Abschlussbericht der Projektgruppe „Qualitätssicherung der Deutsche Rentenversicherung (2020): Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung, Manual zum Peer-Review-Verfahren, Fassung Februar 2020

Versicherungsmedizinischen Begutachtung (PGQSBEGUT)“. Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (November 2012): Qualitätssicherung der versicherungsmedizinischen Begutachtung – Bericht zur Umsetzung des „Qualitätssicherungsverfahrens der versicherungsmedizinischen Begutachtung“ – Aktueller Sachstand. Berlin.

Deutsche Rentenversicherung (2018): Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung, Manual zum Peer-Review-Verfahren, Fassung Februar 2018

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2011): Versicherungsmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. 7. Auflage, Springer, Berlin/ Heidelberg.

Eidgenössische Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung EKQMB (2024): Bericht der Pilotstudie zum Peer Review Verfahren (PRV) zur Qualitätsbeurteilung von medizinischen Gutachten der IV. Erstellt von der Fachstelle EKQMB und verabschiedet von der EKQMB an ihrer Sitzung vom 25. Oktober 2023. Publiziert im Internet: Peer Review Verfahren (PRV) (admin.ch).

Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) des BSV, (gültig ab 1.1.2022; Stand 1.1.2024), Anhang V

Legner, R., Cibis, W. (2007): Qualitätssicherung in der versicherungsmedizinischen Begutachtung. *Rehabilitation*, ***48***, 57-61.

Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung mit Aussagen zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben oder/und zur Rehabilitationsbedürftigkeit (Reha-Zugang für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und/oder für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) finden Sie immer aktuell auf unserer Homepage unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Aerzte/Begutachtung/begutachtung.html

Strahl, A., C. Gerlich, H.-D. Wolf, J. Gehrke, A. Müller-Garnn, H. Vogel (2016): Qualitätssicherung in der Versicherungsmedizinischen Begutachtung durch Beurteilende Fachperson Review – ein Pilotprojekt der Deutschen Rentenversicherung *Gesundheitswesen* ***78***; 156-160

Strahl et al. (2018): Development and evaluation of a standardized beurteilende Fachperson-training in the context of beurteilende Fachperson review for quality assurance in work capacity evaluation. [accessed Aug 13 2018]. *BMC Medical Education,* ***18***, 135ff.

Ueberschär, I. (2008): Qualitätssicherung bei der versicherungsmedizinischen Sachaufklärung in der Deutschen Rentenversicherung. *Gesundheitswesen,* ***70***, 690-695.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (2004): Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung (SOMEKO). DRV-Schriften Band 53, Frankfurt/Main.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (2000): Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung – Hinweise zur Begutachtung. DRV-Schriften Band 21, Frankfurt/ Main. Überarbeitete Fassung in Vorbereitung (Stand: Juli 2018). Auch unter: http://www.deutsche-rentenversicherung.de.

Hoffmann-Richter U. Die psychiatrische Begutachtung. Thieme 2005. Stuttgart

Marelli R, Kopp HG, Küchenhoff J. Mulitidmensionale Beurteilung somatoformer Störungen im versicherungpsychiatrischen Kontext. SANP 2010;161(4) :117–27