Prüffragenkatalog Peer-Review Fachgutachten

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.**
Fachrichtung des Gutachtens	

Inhaltsverzeichnis

A. Einzelkriterium „Formale Gestaltung“ 2
B. Einzelkriterium „Verständlichkeit“ 5
C. Einzelkriterium „Transparenz“ 8
D. Einzelkriterium „Vollständigkeit“ 13
E. Einzelkriterium „Fachliche Kompetenzen“ 19
F. Einzelkriterium „Wirtschaftlichkeit“ 29
Übergeordnetes Kriterium „Versicherungsmedizinische Nachvollziehbarkeit des Gutachtens“ 31
Literatur 34

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	Fachgutachten

Hier geht es ausschliesslich um die Struktur der Fachgutachten und der interdisziplinären Gesamtbeurteilung.

Folgende Überschriften, die in der Gliederungsvorgabe dargelegt sind, müssen in jedem Fachgutachten vorhanden sein, gemäss Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) des BSV, Anhang IV:

1. Ausgangslage und Formelles
2. Aktenauszug (im interdisziplinären Kontext: allfällige zusätzliche, fachspezifische Aktenstücke)
3. Befragung
4. Befund
5. Allfällige Angaben von Dritten
6. Medizinische Beurteilung
7. Versicherungsmedizinische Beurteilung
8. Aufführung und Beantwortung der Fragen
9. Beilagen

Diese Überschriften sind im freien Teil des Gutachtens bzw. 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	Monodisziplinäres Fachgutachten

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 monodisziplinäre Gutachten wird die Dauer zwischen Untersuchungsdatum und dem Datum des Gutachteneingangs bei der IV-Stelle in Anzahl Tagen berechnet und soll nicht mehr als 100 Tage betragen.

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	Fachgutachten

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. Zu Wiederholungen zählt 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	Fachgutachten ab dem Gliederungspunkt „Medizinische Beurteilung“,

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 bzw. ausgeschrieben 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	Fachgutachten ab dem Gliederungspunkt „Medizinische Beurteilung“

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]

C. Einzelkriterium „Transparenz“

Das Einzelkriterium „Transparenz“ untergliedert sich in fünf Prüffragen. Erfasst wird, inwieweit die Untersuchungsdauer, die verwendeten Verfahren, Methoden und Instrumente beschrieben werden und die Kriterien zur Beurteilung der Befunde im Gutachten dargelegt sind. Die Herkunft von anamnestischen Informationen und Befunden muss erkennbar sein.

Prüffrage C1	**Einzelkriterium C: Transparenz**

Ist die Untersuchungszeit (Datum, Uhrzeit von – bis) dokumentiert?

Geltungsbereich	Fachgutachten Präzisierung: Dieser Punkt muss für jedes Gutachten, auch für alle Fachgutachten bei Polydisziplinären Abklärungen geprüft werden.

Es geht hier v.a. um Transparenz. Es geht nicht um eine Wertung der Dauer. Es wird nur überprüft, ob sich die Zeitangabe (Datum, Uhrzeit von – bis) im Gutachten findet.

☐	Zeitangabe (Datum, Uhrzeit von – bis) vorhanden
☐	Zeitangabe (Datum, Uhrzeit von – bis) **nicht oder unvollständig** vorhanden

Prüffrage C2	**Einzelkriterium C: Transparenz**

Inwieweit sind Herkunft, zeitliche Einordnung und Kernaussagen von medizinischen Informationen erkennbar?

Geltungsbereich	Fachgutachten, dazugehörige Aktenauszüge

Alle im Gutachten erwähnten medizinischen Informationen müssen dokumentiert sein. Dabei wird erwartet, dass Herkunft (Quelle), zeitliche Einordnung (Datum) und Kernaussagen der vorliegenden medizinischen Informationen erkennbar sind.

Medizinische Informationen sind insbesondere:

- Angaben, die der Versicherte selbst gemacht hat
- Angaben von dritten Personen
- Ärztliche Berichte
- Spital- und Reha-Austrittsberichte
- Medizinische Vorgutachten
- (Medizinische) Akten von der beauftragenden Sozialversicherung sowie von anderen Sozialversicherungsträgern oder Privatversicherern,

- Akten aus den Bereichen Strafrecht, Verkehrsrecht, Kinder- und Erwachsenenschutzrecht etc.
- Selbst erhobene und in Auftrag gegebene Befunde
- Zusätzlich angeforderte, oder zur Begutachtung mitgebrachte bzw. nachgereichte medizinische Befunde bzw. Unterlagen

Als Kernaussage von Vorgutachten bzw. Vorberichten ist insbesondere die versicherungsmedizinische Beurteilung zu berücksichtigen. Die Angabe "Siehe Befundbericht Dr. XXX" ist nichtzulässig.

☐	**Kein Mangel**	
☐	**Leichte Mängel**	Herkunft, zeitliche Einordnung oder Kernaussagen der medizinischen Informationen fehlen **einmalig**.
☐	**Deutliche Mängel**	Herkunft, zeitliche Einordnung oder Kernaussagen fehlen bei **vereinzelten** medizinischen Informationen.
☐	**Gravierende Mängel**	Herkunft, zeitliche Einordnung oder Kernaussagen der medizinischen Informationen fehlen **überwiegend**.

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

Prüffrage C3	**Einzelkriterium C: Transparenz**

Inwieweit wird benannt, mit welchen Untersuchungsverfahren die Befunde erhoben werden?

Geltungsbereich	Alle bei der Begutachtung erhobene Befunde im jeweils zu prüfenden Fachgebiet

Erwartet wird, dass bei vom Gutachter selbst erhobenen Befunden die angewendeten Untersuchungsverfahren benannt werden. Beispielsweise ist bei psychologischen Tests anzugeben, ob es sich um Leistungs- oder Persönlichkeitstests handelt, bei Rating-Skalen, ob es sich um Selbst- oder Fremdbeurteilung handelt, dass der psychopathologische Befund gemäss Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) erhoben wurde, bei körperlicher Untersuchung, welche Organsysteme wie überprüft wurden (z.B. welche neurologischen Prüfungen/Manöver durchgeführt wurden), bei apparativen Untersuchungen, was genau gemacht wurde (z.B. Spirometrie oder Bodyplethysmografie, oder ob eine Ergometrie im Sitzen oder im Liegen durchgeführt wurde). Eine Erläuterung, wie Untersuchungsmethoden mit Eigennamen (z.B. Unterberger Tretversuch) genau vonstattengehen, und was die Ergebnisse aussagen, ist hier nicht erforderlich.

☐	**Kein Mangel**	
☐	**Leichte Mängel**	Bei für die **versicherungsmedizinische Beurteilung nicht relevanten** Befunden fehlt die Darstellung der Untersuchungsverfahren.
☐	**Deutliche Mängel**	Bei einem für die **versicherungsmedizinische Beurteilung relevanten** Befund fehlt die Darstellung der Untersuchungsverfahren.
☐	**Gravierende Mängel**	Bei **mindestens 2** für die **versicherungsmedizinische Beurteilung relevanten** Befunden fehlt die Darstellung der Untersuchungsverfahren.

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

Prüffrage C4	**Einzelkriterium C: Transparenz**

Inwieweit werden die Informationsquellen bei der eigenen Befunderhebung unterschieden?

Geltungsbereich	Alle bei der Begutachtung durchgeführten Untersuchungen im jeweils zu prüfenden Fachgebiet

Es wird erwartet, dass bei vom Gutachter selbst erhobenen Befunden genau unterschieden wird, ob der Befund wirklich selbst beobachtet wurde oder ob es sich um eine Information des Versicherten oder Dritter handelt (z.B. bzgl. Schlafstörungen, Schmerzen, Atemnot, Schwächegefühle, Sensibilitätsstörungen etc.).

Hier wird empfohlen, die Angaben des Versicherten in der indirekten Rede wiederzugeben, also „er habe Schmerzen, könne nicht schlafen, habe Sensibilitätsstörungen, werde von seinem Chef schlecht behandelt etc. …“.

Diese Form der Wiedergabe sollte auch bei fremdanamnestischen Angaben verwendet werden.

☐	**Kein Mangel**	
☐	**Leichte Mängel**	bei einem Befund oder einer im Befund dokumentierten Information fehlt die Quellenangabe
☐	**Deutliche Mängel**	bei 2-3 Befunden oder im Befund dokumentierten Informationen fehlen Quellenangaben

☐	**Gravierende Mängel**	bei mehr als 3 Befunden oder im Befund dokumentierten Informationen fehlen Quellenangaben

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

Prüffrage C5	**Einzelkriterium C: Transparenz**

Inwieweit wird dargestellt, auf welcher Grundlage die Beurteilung der Untersuchungsbefunde erfolgte?

Geltungsbereich	Alle bei der Begutachtung durchgeführten Untersuchungen im jeweils zu prüfenden Fachgebiet

Es wird erwartet, dass bei vom Gutachter selbst erhobenen apparativ-technischen Untersuchungen einschliesslich psychometrischer Testverfahren die erhobenen Messwerte und Referenzbereiche aufgeführt werden. Dies gilt auch für nicht-apparative Untersuchungen, wie z. B. die Neutral-Null-Methode. Beurteilungsrelevante Werte werden in Bezug zu Normalbefunden oder Referenzgruppen gesetzt.

Entscheidend ist, dass es dem Leser anhand der im Gutachten benannten Normwerte und Referenzbereiche möglich ist, das Ausmass beschriebener Abweichungen vom Normalen bzw. angegebener Schweregrade nachzuvollziehen. Angaben von Referenzbereichen für Blutdruck und Body-Mass-Index sind nicht erforderlich. Beispielsweise sollte bei psychiatrischen Ratingskalen wie der Hamilton-Depressions-Skala oder dem Beck-Depressionsinventar angegeben werden, welche Punktwert-Bereiche für welchen Schweregrad der Depression stehen.

Bei Beschwerdevalidierungstests müssen die Angaben nicht zu detailliert sein. Hier genügen die Angaben der cut-off-Werte und der erreichten scores. Bei speziellen Laborwerten in komplexen medizinischen Situationen genügt eine Würdigung der Aussagekraft des Wertes in der Beurteilung.

Unauffällige Befundergebnisse sollen als solche gekennzeichnet sein. Bei pathologischen Ausprägungen müssen Laborwerte mit Referenzbereichen exakt angegeben werden; die Kenntlichmachung +/- (im Sinne von über bzw. unter dem Referenzwert) reicht nicht aus.

☐	**Kein Mangel**	
☐	**Leichte Mängel**	Es fehlt der Wert/Bezug auf eine Referenzgrösse für **einen versicherungsmedizinisch nicht relevanten** Messwert.
☐	**Deutliche Mängel**	Es fehlt der Wert/Bezug auf Referenzgrösse für **mindestens einen versicherungsmedizinisch relevanten** Messwert.

☐	**Gravierende Mängel**	Es fehlen Werte/Bezüge auf Referenzgrössen für **mindestens 2 versicherungsmedizinisch relevante** Messwerte.

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

D. Einzelkriterium „Vollständigkeit“

Das Einzelkriterium **Vollständigkeit** gliedert sich hier in vier Prüffragen. Geprüft wird, inwieweit Anamnese, Befunde, medizinische Beurteilung, Diagnosen und “Prognose und Fähigkeiten“ vollständig dargestellt sind und die versicherungsmedizinischen Fragestellungen vollständig beantwortet werden. Hier ist die Bewertung der Vollständigkeit, **nicht aber der Schlüssigkeit** der Beantwortung der versicherungsmedizinischen Fragestellung gefordert.

Die vom Gutachter zugrunde gelegten Befunde sollen ausreichend dokumentiert sein.

Der Gutachter muss sich auch mit den von der/dem Versicherten geltend gemachten Beschwerden im Gutachten auseinandersetzen. Bei umfangreichen Beschwerdeschilderungen können diese gegebenenfalls in einer zusammenfassenden Würdigung dargestellt werden. Auch wird eine gutachtliche Stellungnahme zu bisherigen Therapien der versicherten Person und zu weiteren therapeutischen Optionen erwartet. Wesentliche Abweichungen in der versicherungsmedizinischen Beurteilung gegenüber Vorberichten und insbesondere Vorgutachten müssen diskutiert werden.

Prüffrage D1	**Einzelkriterium D: Vollständigkeit**

Inwieweit wird die Befragung und die Befunderhebung vollständig in Bezug auf die Komplexität der Problematik dargestellt?

Geltungsbereich	Fachgutachten im Gutachtenabschnitt „Befragung“ und «Befund»

Befragung:

In psychiatrischen Gutachten werden alle nachfolgend aufgeführten Aspekte erwartet, in Gutachten anderer Fachdisziplinen können einzelne Aspekte unter Angabe/Erklärung des fehlenden Bezugs des Einzelaspekts zur Fragestellung weggelassen werden. Dies zählt nicht als Fehlen des Aspekts.

Es wird nicht erwartet, dass sich zu allen teilweise in Klammern notierten Teilaspekten und Beispielen Angaben finden, es sollte jedoch deutlich werden, dass der jeweilige Aspekt seriös erfragt wurde.

- Jetziges Leiden (freier Vortrag und strukturierte Nachfrage);
- Aktuelle Beschwerden; Entstehung, Verlauf der Beeinträchtigung, bisherige Behandlungsmassnahmen, eigene Krankheitskonzepte, Umgang mit den Beschwerden im Alltag, Bewältigungsstrategien, Zukunftsvorstellungen bzgl. Krankheitsverlauf;
- Systematische, psychiatrische und/oder somatische Anamnese, Konsum psychotroper Substanzen;
- Familienanamnese / Heredität;
- Besonderheiten bei der Geburt, frühkindliche Entwicklung, Beziehungen innerhalb der Primärfamilie, Verhaltensauffälligkeiten in Vorschulzeit und Schulzeit;
- Schulischer und beruflicher Werdegang, Ehrenämter, Militär;
- Arbeitsbiografie [z.B. berufliche Tätigkeiten und Stellungen im Beruf, Umstände früherer (erfolgreicher) beruflicher Tätigkeiten, Datum und Umstände der Arbeitsaufgabe. Erfahrungen mit Eingliederungsmassnahmen oder Arbeitsversuchen];
- Arbeitsbezogenes Beschwerdebild (subjektive Wertung und Begründung des Versicherten, was bei der Arbeit noch geht bzw., was nicht mehr möglich ist);

- 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);
- Einschneidende Erlebnisse inkl. frühere Konflikte mit dem Gesetz (auch im Strassenverkehr);
- Tagesablauf (detailliert, repräsentativ), Freizeitgestaltung, Hobbies, detaillierte Beschreibung der möglichen Tätigkeit im Haushalt (bei Personen mit Teilerwerb oder ausschliesslicher Haushalttätigkeit besonders ausführlich), benötigte Hilfen in Haushalt und Alltag, Benutzung von Verkehrsmitteln, Art der Anreise, Ferienreisen etc.;
- Bisherige Behandlung(en) inklusive Medikamente (auch Angaben zu Methoden in der Alternativ- oder Komplementärmedizin, auch Angaben, wenn keine Therapie erfolgt;
- Zukunftsvorstellungen allgemein und in Bezug auf berufliche Tätigkeiten bzw. Eingliederung;
- Besprechung von sich evtl. ergebenden Inkonsistenzen:
- Besprechung von allfälligem Observationsmaterial.

Zu den letzten beiden Punkten (Besprechung von Inkonsistenzen und Observationsmaterial) werden nur bei Vorliegen entsprechender Sachverhalte Angaben erwartet.

Befunderhebung:

Ist die Befunderhebung vollständig in Bezug auf die Komplexität des Falles? Dazu gehören folgende Punkte:

- Verhaltensbeobachtung
- somatischer und/oder psychiatrischer Befund
- Zusatzbefunde: Labor, apparative Untersuchungen, Testverfahren.

Vollständig heisst:

In Bezug auf die oben erwähnten Punkte wurden alle notwendigen Befunde erhoben.

Ausreichend heisst:

- Es wurden nicht alle notwendigen Befunde erhoben, aber die Befundlage ist ausreichend für die gutachterliche Beurteilung
- Zum Beispiel: Die Verhaltensbeobachtung ist nur rudimentär dargestellt, die erhobenen und dokumentierten Befunde erlauben jedoch ein ausreichendes Bild.

Nicht ausreichend:

- Es wurden wichtige Untersuchungen nicht durchgeführt, was die gutachterliche Beurteilung stark beeinträchtigt.
- Zum Beispiel: Es fehlt eine kognitive Testung nach schweren Schädelhirntraumata.
-

☐	**Kein Mangel**	
☐	**Leichte Mängel**	Es fehlen Angaben zu ein oder zwei wichtigen Aspekten der Befragung, die erfolgte Befunderhebung ist jedoch vollständig in Bezug auf die Komplexität des Falles

☐	**Deutliche Mängel**	Es fehlen Angaben zu höchstens drei wichtigen Aspekten der Befragung, die erfolgte Befunderhebung ist mindestens ausreichend in Bezug auf die Komplexität des Falles
☐	**Gravierende Mängel**	Es fehlen Angaben zu mindestens vier wichtigen Aspekten und/oder die erfolgte Befunderhebung ist nicht ausreichend in Bezug auf die Komplexität des Falles

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

Zusatzfrage: Angemessenheit der Untersuchungsdauer:
Kommentar: Wenn kein Mangel besteht, dann wird die Dauer der Untersuchung als angemessen betrachtet.

Wenn unter D 1 Mängel festgestellt worden sind, sind diese mit einer zu kurzen Untersuchungszeit erklärbar: Ja / Nein

☐	**Kein Mangel**	Beantwortung mit Nein oder kein Mangel bei D1
☐	**Leichte Mängel**	Beantwortung mit Ja und leichter Mangel bei D1
☐	**Deutliche Mängel**	Beantwortung mit Ja und deutlicher Mangel bei D1
☐	**Gravierende Mängel**	Beantwortung mit Ja und gravierender Mangel bei D1

Prüffrage D2	**Einzelkriterium D: Vollständigkeit**

Inwieweit sind die Diagnosen nach einem anerkannten Diagnosesystem verschlüsselt?

Geltungsbereich	Fachgutachten Abschnitte Medizinische Beurteilung und Diagnosen (Gliederung Punkt 6)

Das jeweils verwendete Diagnose- oder Klassifikationssystem muss benannt werden. Es muss klar erkennbar sein, aufgrund welcher Beschwerden und Befunde diese Diagnose gestellt wird. Eine Verschlüsselung nach ICD (bei psychischen Störungen in begründeten Fällen nach DSM) ist verpflichtend.

Es geht hier nicht um die Richtigkeit, sondern nur um die Vollständigkeit.

Wenn keine Diagnose gestellt wird, muss auch nichts verschlüsselt werden.

☐	**Kein Mangel**	
☐	**Leichte Mängel**	Bei mindestens einer Diagnose fehlt die ICD/DSM- Verschlüsselung, diese Diagnose ist aber für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht relevant
☐	**Deutliche Mängel**	Bei mindestens einer für die Arbeitsfähigkeit relevanten Diagnose fehlt die ICD/DSM-Verschlüsselung
☐	**Gravierende Mängel**	Bei mindestens zwei für die Arbeitsfähigkeit relevanten Diagnosen fehlt die ICD/DSM-Verschlüsselung

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

Prüffrage D3	**Einzelkriterium D: Vollständigkeit**

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

Geltungsbereich	Fachgutachten

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, des Beginns und der 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 Fachgutachten

Hier geht es darum, dass alle Fragen der Gutachtengliederung unter Punkt 9 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.

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?

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 insgesamt die Arbeitsfähigkeit bzw. die 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?

Medizinische Massnahmen und Therapien mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

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

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 Therapie-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]

E. Einzelkriterium „Fachliche Kompetenzen“

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

Prüffrage E1	**Einzelkriterium E: Fachliche Kompetenzen**

Inwieweit wird der allgemein anerkannte Stand wissenschaftlicher medizinischer Erkenntnisse beachtet?

Geltungsbereich	Fachgutachten

Geprüft wird, ob bei der Erhebung der Krankheitsgeschichte und der Befunde, Herleitung der Diagnosen, Feststellung der Funktionseinschränkungen, sowie der Darstellung der Prognose und der Therapieoptionen der allgemein anerkannte Stand medizinischer Erkenntnisse eingehalten wird, z. B. gemäss Fach- oder Lehrbüchern oder den von den medizinischen Fachgesellschaften anerkannten Leitlinien. Nicht anerkannte Methoden entsprechen nicht dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse.

Die Schlüssigkeit der Diagnose und deren Ableitung werden hier nicht geprüft.

☐	**Kein Mangel**	
☐	**Leichte Mängel**	Fallbezogen werden nicht anerkannte Methoden verwendet, jedoch nicht zur versicherungsmedizinischen Beurteilung herangezogen.
☐	**Deutliche Mängel**	Nicht anerkannte Methoden werden zusätzlich zur Herleitung der versicherungsmedizinischen Beurteilung herangezogen.
☐	**Gravierende Mängel**	Die versicherungsmedizinische Beurteilung wird mit nicht anerkannten Methoden begründet.

Beurteilung: [Text]

Worin ist der festgestellte Mangel begründet:

[Text]

Prüffrage E2	**Einzelkriterium E: Fachliche Kompetenzen**

Macht ein(e) Facharzt/ Fachärztin Beurteilungen/fachliche Wertungen in fremdem Fachgebiet?

Geltungsbereich	Fachgutachten

Hier geht es darum, zu überprüfen, ob sich die jeweiligen Fachpersonen auf ihren Beurteilungsbereich beschränken oder ob sie auch aktiv Beurteilungen in anderen Fachgebieten vornehmen. Hier wird beurteilt, ob fachfremd Diagnosen gestellt oder fachfremde Diagnosen ohne Bezug zum eigenen Fachgebiet selbständig bewertet werden. Diese Beurteilungen würden als Mangel beurteilt. Dies wäre z.B. der Fall, wenn der Rheumatologe auch noch eine Depression diagnostiziert.

Die Würdigung des Einflusses von zuvor fachärztlich dokumentierten Komorbiditäten auf den Krankheitsverlauf im eigenen Fachgebiet ist ausdrücklich erlaubt und vielfach sogar erforderlich. Ebenso ist möglich und sinnvoll, dass ein Gutachter sämtliche (im Dossier dokumentierte und gesicherte) Diagnosen von Belang aufführt, auch um ein umfassendes Bild vom Versicherten zu haben. Dies soll nicht als Mangel beurteilt werden. Möglich und kein Mangel ist auch die Konstellation, dass sich gelegentlich bei polydisziplinären Gutachten in den Bereichen Orthopädie/Rheumatologie/Neurologie (z.B. bei chronischen Rückenschmerzen mit somatischen Befunden) gewisse Überschneidungen der Beurteilungsbereiche ergeben. Erlaubt ist auch, dass ein Gutachter (insbesondere bei monodisziplinären Gutachten) darauf hinweist, dass aufgrund seiner Untersuchung sich scheinbar (begründet) noch ein Abklärungsbedarf in einem anderen medizinischen Fachgebiet ergeben hat.

Bemerkung nach der Diskussion im Rahmen der Schulung der Pilotstudie 2023: In diesem Item sollen nicht nur Diagnosen, sondern auch medizinische Beurteilungen im fachfremden Fachgebiet berücksichtigt werden. Diese können beispielsweise auch Stellungnahmen zu Therapien, therapeutischen Empfehlungen und auch Prognosen auf dem fremden Fachgebiet betreffen.

☐	**Kein Mangel**	
☐	**Leichte Mängel**	Der Gutachter stellt fachfremd Verdachtsdiagnosen. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wird aber nur im eigenen Fachgebiet begründet
☐	**Deutliche Mängel**	Der Gutachter stellt fachfremd Diagnosen. Die Begründung der Arbeitsfähigkeit beschränkt sich auf den eigenen Fachbereich.
☐	**Gravierende Mängel**	Die Beurteilung /Begründung der Arbeitsfähigkeit erfolgt unter Berücksichtigung selbstgestellter fachfremder Diagnosen.

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

Prüffrage E3	Einzelkriterium E: Fachliche Kompetenzen

Würdigt der/die zuständige medizinische Sachverständige beurteilungsrelevante Zusatzdiagnostik integrativ?

Geltungsbereich	Fachgutachten

Hier geht es darum, zu beurteilen, wie intensiv sich der Gutachter mit der Zusatzdiagnostik auseinandersetzt und davon seine sämtlichen diagnostischen und funktionsbezogenen Überlegungen leiten lässt. Dabei soll sichtbar werden, dass der Gutachter seine Überlegungen nicht schon vor dem Vorliegen aller zusätzlichen Untersuchungsergebnisse festgelegt hat. Die Ausführungen des medizinischen Gutachters müssen mit den Aussagen aus der Zusatzdiagnostik abgestimmt sein bzw. muss der Gutachter erklären, wie er die Befunde einordnet und durch welche Diagnosen oder Phänomene diese erklärbar sind. Dies gilt in besonderem Masse für die umfassenden Abklärungen wie Neuropsychologische Diagnostik oder EFL.

(Anmerkung aus der Gruppendiskussion: Hier wurde diskutiert, dass es insbesondere bei einem GA-Auftrag inkl. Neuropsychologie bereits vom Auftraggeber her klar sein sollte, ob die NP zur Ergänzung des psychiatrischen oder des neurologischen Gutachtens dienen soll. Im Grunde müssten gemäss Slick-Kriterien evtl. beide med. Gutachter Stellung nehmen, denn es muss ganz klar sein, ob evtl. Auffälligkeiten durch eine psychische Störung erklärbar sind oder durch eine neurologische Störung oder durch keine von beiden.)

Der Gutachter muss auch darlegen, welche zusätzlich erhobenen Befunde aus medizinischer Sicht nicht erklärbar sind. Bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit durch den medizinischen Gutachter ist eine gesamthafte Würdigung des Leistungsvermögens vorzunehmen, die nicht nur die aktuellen Ergebnisse der Diagnostik, sondern den gesamten Krankheitsverlauf berücksichtigt. Die einfache Übernahme eines Ergebnisses aus Testuntersuchungen als ungewürdigte Leistungsbeurteilung in einem versicherungsmedizinischen Gutachten ist nicht statthaft.

(Anmerkung aus der Gruppendiskussion: Aktuell wird z.B. bei psychiatrischen Gutachten die Untersuchung und Bewertung meist ohne Kenntnis der Ergebnisse der Neuropsychologie durchgeführt. Die Gutachten werden dann meist nicht mehr inhaltlich verändert. Die Ergebnisse der Teilgutachten und der Zusatzdiagnostik werden in der Konsensbeurteilung zwar besprochen, die Einzelgutachten haben die Ergebnisse der NP aber eher kommentiert denn als Basis ihrer Überlegungen integriert.)

Beurteilungsrelevante Zusatzdiagnostik wurde durchgeführt: ja/nein
(bei nein verschwindet die Frage E3)

☐	**Kein Mangel**	
☐	**Leichte Mängel**	Die Zusatzdiagnostik und ihre Ergebnisse werden im medizinischen Gutachten erwähnt und diskutiert, ohne dass klar wird, wie die Ergebnisse letztendlich diagnostisch einzuordnen sind. Der Einfluss der Ergebnisse auf die Arbeitsfähigkeit (oder die Leistungsfähigkeit im Haushalt) ist nachvollziehbar.
☐	**Deutliche Mängel**	Die Zusatzdiagnostik und ihre Ergebnisse werden im medizinischen Gutachten erwähnt und diskutiert. Der Einfluss

		der Ergebnisse auf die Arbeitsfähigkeit (Haushalt) ist nicht nachvollziehbar
☐	**Gravierende Mängel**	Im medizinischen Gutachten findet sich keine kritische Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der Zusatzdiagnostik, die Ergebnisse werden bei der medizinischen Beurteilung im entsprechenden Einzelgutachten nicht berücksichtigt oder unkommentiert übernommen.

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

Prüffrage E4	Einzelkriterium E: Fachliche Kompetenzen

Werden Funktionsdefizite und dokumentierte Befunde in Bezug zu den gestellten Diagnosen gesetzt?

Geltungsbereich	Fachgutachten ab Medizinische Beurteilung

Hier soll überprüft werden, ob im Gutachten die Funktionen bzw. Funktionsdefizite und alles, was zur Diagnose gehört, in wechselseitigen Bezug gesetzt werden. Dazu gehört auch der Bezug zu den dokumentierten Befunden einschliesslich den dokumentierten Befunden aus der Aktenlage. Bei Funktionen bzw. Funktionsdefiziten sind nicht die Funktionsbereiche gemäss ICF gemeint, sondern die tatsächlichen Einschränkungen, die bei den vorliegenden Diagnosen und den damit konkret verbundenen Ausprägungen und Krankheitsverläufen zu erwarten sind. Somit kann an dieser Stelle auch geprüft werden, ob der Langzeitverlauf berücksichtigt wird.

Grundsätzlich sollen alle vorhandenen und geschilderten Einschränkungen in Bezug zu den gestellten Diagnosen gesetzt werden. Bei den (nachvollziehbar hergeleiteten – wird andernorts geprüft) Diagnosen ist grundsätzlich darzustellen, wie sich die damit verbundenen Symptome auf die Funktionsfähigkeit des Versicherten in Alltag und Beruf auswirken. Dabei können auch verschiedene Diagnosen gemeinsam eine verstärkte Einschränkung der Funktionsfähigkeit bewirken. So kann beispielsweise ein Versicherter mit einer depressiven Störung bei gleichzeitig vorhandener akzentuierter Persönlichkeit deutlich grössere Schwierigkeiten haben, wieder positive Perspektiven zu entwickeln oder sich überhaupt auf eine Therapie einzulassen.

☐	**Kein Mangel**	
☐	**Leichte Mängel**	Ein konkreter Bezug zwischen Diagnosen und Funktionseinschränkungen sowie zwischen Befunden und Diagnosen fehlt in einzelnen Aspekten, ist jedoch grundsätzlich vorhanden.
☐	**Deutliche Mängel**	Ein konkreter Bezug zwischen Diagnosen und Funktionseinschränkungen wird nicht hergestellt. **ODER** Ein konkreter Bezug zwischen Diagnosen und Befunden wird nicht hergestellt.
☐	**Gravierende Mängel**	Ein konkreter Bezug zwischen Diagnosen und Funktionseinschränkung wird nicht hergestellt. **UND** Ein konkreter Bezug zwischen Diagnosen und Befunden wird nicht hergestellt.

Beurteilung: [Text]

Worin ist der festgestellte Mangel begründet:

[Text]

Prüffrage E5	Einzelkriterium E: Fachliche Kompetenzen

Sind personenbezogene und psychosoziale Faktoren berücksichtigt?

Geltungsbereich	Fachgutachten ab Gliederungspunkt „Würdigung von Fähigkeiten und Ressourcen“

Grundsätzlich ist hier der Anspruch an die differenzierte Ressourcenbeurteilung bei psychischen und psychosomatischen Krankheitsbildern deutlich höher. Aus diesem Grund gibt es unterschiedliche Kriterien für somatische und psychiatrische Gutachter.

Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind alle relevanten physischen und psychischen Gegebenheiten sowie die Persönlichkeit und die relevanten Umweltfaktoren einer Person zu berücksichtigen. Dazu gehören ihre Stärken und Fähigkeiten (Ressourcen) ebenso wie die persönlichkeitsbedingten Funktionseinschränkungen, als auch die Herausforderungen und Belastungen, denen sie im Arbeitskontext begegnen kann.

Es geht hier um die Betrachtung der tatsächlichen Gestaltungsmöglichkeiten der versicherten Person in den verschiedenen Lebensbereichen und deren Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf:

- Krankheits- und Therapieverständnis (z.B. externale Krankheitsattribuierung, passive Behandlungserwartungen ohne eigenes Dazutun, Ablehnung einer Krankheitsgenese, einer Behandlung, oder differenziertes Krankheitsverständnis, partizipative Einstellung zur Behandlung etc.);
- Verhalten im Rahmen der Befragung und Untersuchung (z.B. kooperativ, spontaner und differenzierter Beschwerdenvortrag, oder verschlossen, abweisend, gereizt, impulsiv etc.);
- Interaktionen mit Drittpersonen, Verhaltensmuster (z.B. wird von Vorgesetztem, von Arbeitskolleginnen geschätzt versus Schwierigkeiten, negative Reaktionen vom Umfeld, emotionale Ausgeglichenheit versus Schwierigkeiten mit diesen, mit der Impulskontrolle etc.);
- psychosoziale Ressourcen und Defizite, wie die persönlichkeitsbedingten Funktionseinschränkungen, als auch die Herausforderungen und Belastungen, denen sie im Arbeitskontext sowie in anderen Lebensbereichen begegnen kann (z.B. familiäres, soziales Umfeld unterstützend, Arbeitgeber befürwortet und unterstützt Eingliederung. Migrationshintergrund mit guter Integration, guten Sprachkenntnissen, gute Schulbildung, hohe intellektuelle Kapazität versus konflikthaftes, wenig unterstützendes oder fehlendes familiäres Umfeld, Arbeitgeber möchte Versicherten loswerden oder ist an Integration desinteressiert, Migrationshintergrund mit schlechter Integration, schlechten oder fehlenden Sprachkenntnissen, geringe Schulbildung, begrenzte intellektuelle Kapazitäten).

Es geht hier nicht darum, dass der somatische Gutachter die versicherte Person psychisch/psychiatrisch bewerten soll, sondern darum, dass sich die begutachtende Person äussert, wie im vorliegenden Fall aus ihrer Sicht die Prognose (das sind ja letztlich die realistischen Gestaltungsmöglichkeiten) ist. So, wie der behandelnde Arzt die noch in Frage kommenden therapeutischen Möglichkeiten abwägen und überlegen muss, ob der Versicherte/Patient tatsächlich davon profitieren könnte. Hierzu gehören Überlegungen, warum bisherige Therapien nicht erfolgreich waren. Ein lapidarer Satz, dass die Einschränkungen somatisch nicht vollumfänglich erklärbar seien, ist hier nicht ausreichend. Es muss gezeigt werden, dass eine sorgfältige differentialdiagnostische Abklärung der aktuellen Befunde und Beurteilung der Vorberichte stattgefunden haben. Ein Somatiker soll hier auch klar deklarieren, falls ihm Aspekte auffallen, die einer psychiatrischen Abklärung bedürfen, oder dass ihm im klinischen Eindruck keine relevanten Persönlichkeitsaspekte auffallen.

☐	**Kein Mangel**	
☐	**Leichte Mängel**	Im Psychiatrischen Gutachten werden die personenbezogenen und psychosozialen Faktoren (Ressourcen und Defizite) und deren Auswirkungen auf das Krankheitsgeschehen dargestellt. Es ist nicht nachvollziehbar, wie diese Faktoren die Höhe der geschätzten Arbeitsfähigkeit (oder Leistungsfähigkeit im Haushalt) beeinflussen.
☐	**Deutliche Mängel**	Im Psychiatrischen Gutachten werden die personenbezogenen und psychosozialen Faktoren (Ressourcen und Defizite) dargestellt. Die Auswirkungen auf das Krankheitsgeschehen sind nicht nachvollziehbar dargelegt. **ODER** Verhalten und Erscheinungsbild werden im somatischen Gutachten erwähnt, ohne dass ein bildlicher Eindruck vom Exploranden entsteht.
☐	**Gravierende Mängel**	Im Psychiatrischen Gutachten werden die personenbezogenen und psychosozialen Faktoren (Ressourcen und Defizite) nicht dargestellt. **ODER** Verhalten und Erscheinungsbild werden im somatischen Gutachten nicht erwähnt.

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

Prüffrage E6	Einzelkriterium E: Fachliche Kompetenzen

Wird die gutachterliche Beurteilung der Konsistenz und Plausibilität nachvollziehbar begründet?

Geltungsbereich	alle Fachgutachten ab dem Gliederungspunkt „Medizinische Beurteilung“

Hier müssen die Informationen aus den Vorakten, die Angaben der versicherten Person, die Beschwerden und die Befunde bei ihrer Beurteilung berücksichtigt werden. 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 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.
6. Abschliessend soll beurteilt werden, ob die festgestellten Inkonsistenzen (sofern zutreffend) krankheitsbedingt sind oder ob sie in Zusammenhang mit nicht authentischen Beschwerden stehen oder ob es andere nichtmedizinische Gründe oder Erklärungen für sie gibt.

☐	**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	Alle Fachgutachten unter dem Gliederungspunkt 7.1. „Therapieverlauf und Heilungschancen“ und 8. «Medizinische Massnahmen und Therapien mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit»

Erwartet wird eine Darstellung der bisherigen Behandlungen und deren Beurteilung im Gutachten und 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, innert welcher Frist mit einer

Verbesserung der Arbeitsfähigkeit 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, die Arbeitsfähigkeit 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, die Arbeitsfähigkeit deutlich zu steigern.

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

F. Einzelkriterium „Wirtschaftlichkeit“

Das Einzelkriterium **Wirtschaftlichkeit** umfasst zwei Prüffragen. Diese beziehen sich auf die Diagnostik und orientieren sich am Wirtschaftlichkeitsgebot des IVG. Verfahren, Methoden und Instrumente sollten dementsprechend ausgerichtet werden. Hier soll geprüft werden, ob eine Gutachterin/ein Gutachter Sinn und Zweck einer Untersuchung ersichtlich gemacht hat und in der Beurteilung auch Schlüsse daraus zieht.

Prüffrage F1	**Einzelkriterium F: Wirtschaftlichkeit**

Inwieweit ist die eingesetzte Diagnostik für die Beantwortung der versicherungsmedizinischen Fragestellung geeignet und notwendig?

Geltungsbereich	Fachgutachten: bei der Begutachtung eingesetzte Diagnostik

Es wird erwartet, dass die vom Gutachter eingesetzte medizinisch-technische Diagnostik und eventuellen testpsychologischen Untersuchungen zur Beantwortung der Fragestellung geeignet sind und das Mass des Notwendigen nicht überschreiten. Geprüft wird, inwieweit die vom Gutachter eingesetzte Diagnostik tatsächlich erforderlich und geeignet ist, um zu einer versicherungsmedizinischen Beurteilung zu kommen. Zum Beispiel würde bei Vorliegen aktueller Fremdbefunde auf erneute Diagnostik verzichtet. Auch ist z.B. bei psychiatrischen Begutachtungen eine routinemässige psychologische Testdiagnostik nicht gerechtfertigt. Die Indikation für die eingesetzte Diagnostik muss sich aus dem Gutachten ergeben.

☐	**Kein Mangel**	
☐	**Leichte Mängel**	Die vom Gutachter eingesetzte Diagnostik ist für die Beantwortung der versicherungsmedizinischen Fragestellung geeignet. **Ein- oder zweimal** wird das Mass des Notwendigen überschritten.
☐	**Deutliche Mängel**	Die vom Gutachter eingesetzte Diagnostik ist für die Beantwortung der versicherungsmedizinischen Fragestellung geeignet. **Mehr als zweimal** wird das Mass des Notwendigen überschritten.
☐	**Gravierende Mängel**	Die vom Gutachter eingesetzte Diagnostik ist für die Beantwortung der versicherungsmedizinischen Fragestellung **nicht geeignet** und damit auch nicht notwendig.

Beurteilung: [Text]

Worin ist der festgestellte Mangel begründet:

[Text]

Prüffrage F2	Einzelkriterium F: Wirtschaftlichkeit

Inwieweit ist die eingesetzte Diagnostik für die Beantwortung der versicherungsmedizinischen Fragestellung ausreichend?

Geltungsbereich	Fachgutachten: bei der Begutachtung eingesetzte Diagnostik

Es wird erwartet, dass die eingesetzte medizinisch-technische Diagnostik und die eventuellen testpsychologischen Untersuchungen zur Beantwortung der Fragestellung ausreichend sind.

Bei nicht ausreichenden Vorbefunden soll der Gutachter eigene Diagnostik einsetzen oder anregen bzw. veranlassen. Auch basale Daten der körperlichen Untersuchung (z.B. Gewicht, Grösse, Allgemeinzustand, Muskulatur) können je nach Fragestellung unverzichtbar sein.

Unter Wirtschaftlichkeitsaspekten kann umgekehrt auch das Fehlen von Diagnostik relevant sein, wenn dadurch zusätzlicher Bearbeitungsaufwand entsteht oder weitere Diagnostik oder Gutachten notwendig werden.

Dabei sollen drei Stufen von Unterlassungen unterschieden werden:

Fehlt eine Untersuchung, die zur Stützung der versicherungsmedizinischen Beurteilung angezeigt gewesen wäre (z.B. fehlende Blutgasanalyse bei COPD), ist dies ein leichter Mangel. Zusätzlicher Bearbeitungsaufwand entsteht nicht.

Wenn einzelne Untersuchungen fehlen, die zur Unterlegung der Beurteilung nötig gewesen wären, ist die Beurteilung erschwert. Dies wäre ein deutlicher Mangel. Dies trifft zu, wenn z. B. bei COPD nur die Untersuchung der Lungenfunktion (LuFu) durchgeführt wird, eine Bodyplethysmografie fehlt, oder wenn z.B. bei V.a. ADHS oder Autismus-Spektrum-Störungen keine entsprechende Diagnostik durchgeführt wird.).

Wenn für die Beantwortung der versicherungsmedizinischen Fragestellung wesentliche Untersuchungen fehlen, ist dies ein gravierender Mangel. Solche Unterlassungen ziehen weiteren Bearbeitungsaufwand (ggf. nachgeholte Untersuchungen) nach sich: z. B. bei COPD nur körperliche Untersuchung durchgeführt, Lungenfunktion (LuFu) und Bodyplethysmografie fehlen, z.B. bei Hirnschädigung keine neuropsychologische Leistungsdiagnostik durchgeführt.

Wenn im Gutachtenauftrag der Einsatz von spezifischen Diagnostikinstrumenten gefordert wird und diese Diagnostik vom Gutachter oder der Gutachtenstelle nicht für nötig befunden und deswegen nicht durchgeführt wird, und die gutachtlich gestellten Fragen dennoch schlüssig beantwortet werden, ist hier kein Mangel zu kodieren.

☐	**Kein Mangel**	
☐	**Leichte Mängel**	**Eine zur Stützung der versicherungsmedizinischen Beurteilung** indizierte Untersuchung fehlt. Zusätzlicher Bearbeitungsaufwand ist jedoch nicht notwendig.
☐	**Deutliche Mängel**	**Einzelne** zur Unterlegung der versicherungsmedizinischen Beurteilung indizierte Untersuchungen fehlen und erschweren die Beurteilung

☐	**Gravierende Mängel**	Es fehlen **wesentliche** Untersuchungen, die zur Beantwortung der versicherungsmedizinischen Fragestellungen erforderlich gewesen wären. Dies zieht zusätzlichen Bearbeitungsaufwand nach sich

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.

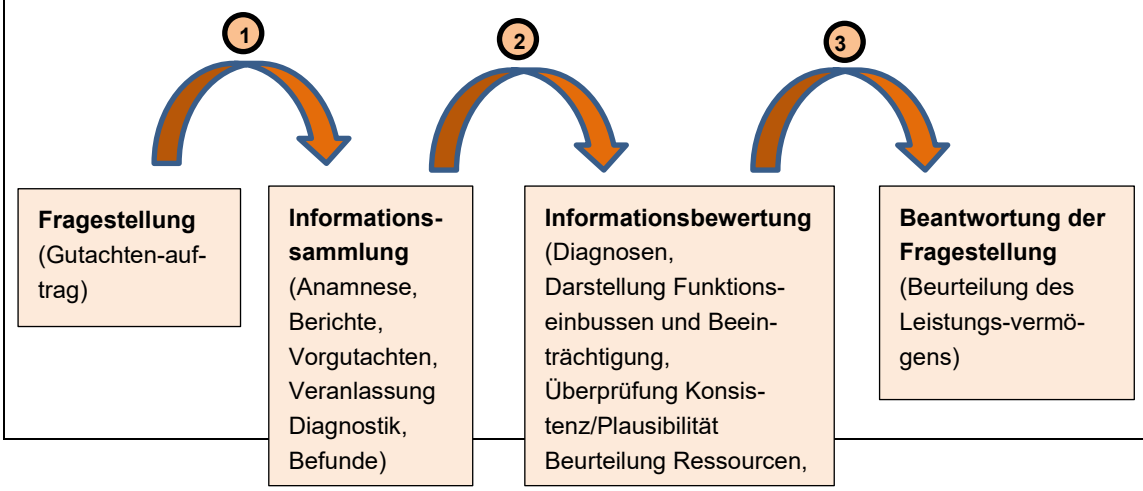
Übergeordnetes Kriterium „Versicherungsmedizinische Nachvollziehbarkeit des Gutachtens“

Bewerten Sie die Nachvollziehbarkeit des Gutachtens anhand der Argumentationsführung

Geltungsbereich	Fachgutachten

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

Module der Argumentationskette



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.

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

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