

Qualitätssicherung der versicherungsmedizinischen Begutachtung

Manual zum Peer Review-Verfahren (PRV)

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



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Unter Verwendung des Prüfmanuals der Deutschen Rentenversicherung, Fassung 2018



Deutsche
Rentenversicherung

Inhaltsverzeichnis

I.	Einführung	2
II.	Grundsätze des Prüfverfahrens	4
III.	Hinweise für die Peers	7
IV.	Operationalisierung des Prüffragenkatalogs	11

I. Einführung

Die Entwicklung eines systematischen Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahren) der versicherungsmedizinischen Begutachtung ist Teil des Konzepts des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) zur Verbesserung der Qualität und Verlässlichkeit medizinischer Beurteilungen und Begutachtungen in der Invalidenversicherung. Ziel ist es, schweizweit einheitlich eine systematische Bewertung der Qualität von versicherungsmedizinischen Gutachten und somit eine vergleichbare Gutachtenprüfung zu ermöglichen. Dahinter steht das Anliegen der Invalidenversicherung, ein einheitliches Vorgehen bei der versicherungsmedizinischen Begutachtung und damit die Gleichbehandlung der Versicherten zu gewährleisten. Langfristig wird durch die Anwendung eines einheitlichen Qualitätssicherungsverfahrens nicht nur eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung bei den Gutachtenstellen bzw. den Begutachtenden ermöglicht, sondern auch die Vergleichbarkeit der Begutachtungsqualität zwischen den Gutachtenstellen oder auch den Kantonalen Durchführungsstellen (IV-Stellen) geschaffen.

Die Entwicklung und Umsetzung eines immer wieder juristisch und politisch empfohlenen schweizweiten Qualitätssicherungsverfahrens der versicherungsmedizinischen Begutachtung erfolgte in Anlehnung an das von der Deutschen Rentenversicherung erarbeitete Konzept, insbesondere das hierbei entwickelte Prüfverfahren mit Manual (DRV, 2013, 2018, 2020). In einem Konsensusverfahren unter Beteiligung der Leitenden Ärzte der Deutschen Rentenversicherung wurden 18 Qualitätskriterien als Messgrößen für das Peer-Review-Verfahren vereinbart und in entsprechenden Prüffragen operationalisiert. Die Erfassung der Qualität der Gutachten wird durch Qualitätskriterien abgebildet, die die Ergebnisqualität von versicherungsmedizinischen Gutachten determinieren.

Während im Bereich der Deutschen Rentenversicherung die Qualitätsüberprüfungen nur mittels Stichproben in einem von der Fallbearbeitung unabhängigen Peer-Review-Verfahren durchgeführt werden, sollen in der Schweiz zusätzlich zum fallunabhängigen Peer-Review-Verfahren die Gutachten nach ihrem Eingang bei der Versicherung mittels eines deutlich kürzeren Instruments im Sinne eines „Screening- Instruments“ (welches aber ausschliesslich aus Prüffragen des ausführlichen Prüfmanuals besteht) einheitlich und transparent auf ihre versicherungsmedizinische Qualität hin geprüft werden.

Im nachfolgenden Manual soll es nur um den ausführlichen Prüffragenkatalog für das Peer-Review-Verfahren in der Schweiz gehen.

In einer breit abgestützten Arbeitsgruppe unter der Leitung von Frau Dr. med. M. Hermelink im Auftrag des Eidgenössischen Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV) wurden mit Vertretern von Versicherten, Gutachterstellen und Gutachtern, Fachgesellschaften, Invalidenversicherung und Privatversicherungen ab 2019 in ausführlichen Diskussionsrunden Abläufe und Instrumente bzw. mögliche Qualitätsthemen erarbeitet. Von den 18 Themen aus dem Manual der DRV wurden 16 übernommen. Dabei wurden teilweise Anpassungen an die Verhältnisse in der Schweiz vorgenommen. 9 weitere Prüffragen und Kriterien wurden für die Verhältnisse in der Schweiz neu definiert (A2, C1, C4, D5, E2 bis E6). Alle Prüffragen zusammen bilden den sog. **Prüffragenkatalog**.

In der Schweiz werden gemäss öffentlicher Statistik des BSV mehr als 40% der in der Invalidenversicherung gutachterlich zu beurteilenden Fälle so genannte polydisziplinäre Gutachten extern in Auftrag gegeben. Diese bestehen jeweils aus mehreren Fachgutachten und einer zusätzlichen interdisziplinären Konsens-Beurteilung, die die Ergebnisse der einzelnen Fachgutachten in ihrer Gesamtwirkung integrativ beurteilt. Da Aufbau und Bestandteile von Fachgutachten und Konsensbeurteilung nicht identisch sind, werden aus der Gesamtzahl von 25 Prüffragen für die Überprüfung der Fachgutachten bzw. Konsensbeurteilung zwei verschiedene Instrumente generiert (mit 24 bzw. mit 11 Prüffragen).

Die 2023 von der Fachstelle der EKQMB durchgeführte Pilotstudie zeigte, dass alle 24 Prüffragen valide, zuverlässig und relevant sind (siehe PRV-Pilotstudie). Anfang 2024 wurden von einer Arbeitsgruppe der EKQMB fünf Prüffragen (A2, D1, D3, E5, E6) an die von der Kommission 2023 erarbeiteten und veröffentlichten Qualitätsindikatoren angepasst, um diese entsprechend zuverlässig zu messen.

Die EKQMB beabsichtigt den PRV-Prüffragenkatalog für eine repräsentative Zufallsstichprobe von mindestens 100 aus allen 11'000 jährlich in der Schweiz erstellten Gutachten in einem Doppelblind-Verfahren anonymisiert mit unabhängigen, erfahrenen und im PRV geschulten Reviewern ab 2024 zu verwenden, um den Stand der Qualität der medizinischen Gutachten zu messen (IST-Zustand-Messungen)¹ und die Qualitätsentwicklung in den nächsten Jahren zu verfolgen, sowie um allfällige Qualitätsmängel bei Audits von Gutachterstellen zu eruieren und in einem Qualitätsdialog mit den Betroffenen zu einer Verbesserung beizutragen.

Organisatorische Voraussetzungen. Die 2023 von der Fachstelle der EKQMB durchgeführte Pilotstudie zeigte, dass die Fachstelle der EKQMB über die organisatorischen Voraussetzungen verfügt, das PRV zur Anwendung zu bringen. Die Schulung der Peer-Reviewer wurde während der Pilotstudie etabliert und war erfolgreich verlaufen. Die Zufallsauswahl der Gutachten wird durch die Fachstelle EKQMB durchgeführt. Vor der Übermittlung an die Peer-Reviewer werden die Gutachten systematisch anonymisiert und ermöglichen keine Rückschlüsse auf die betroffenen Personen oder auf die Gutachter respektive auf die Gutachterstellen. Die elektronische Erfassungsform für die Eingabe der Prüfergebnisse funktionierte während der ganzen Pilotstudie einwandfrei und zur vollen Zufriedenheit aller Beteiligten.

Peers. Als Peers fungieren erfahrene Versicherungsmedizinerinnen und -mediziner mit umfassenden Kenntnissen in Bezug auf die Invalidenversicherung, die die Gutachten fachübergreifend prüfen. Das Verständnis und die praktische Anwendung der PRV-Prüffragen zur Beurteilung der Qualität der Gutachten ist eine wichtige Voraussetzung für die einheitliche und zuverlässige Durchführung. Deshalb werden die Peers anhand entsprechender Schulungsmaterialien (u. a. das vorliegende Manual) mit dem Verfahren vertraut gemacht und bewerten ausgesuchte Probegutachten allein und in der Gruppe. Durch die Bereinigung von allfälligen Differenzen wird ein gemeinsamer Bewertungsmaßstab entwickelt und mit der Erfahrung werden die Bewertungskriterien verinnerlicht. Eine längerfristige Verpflichtung der Peers zur Zusammenarbeit ist wünschenswert und sichert die Konstanz in der Qualitätsbeurteilung. Die Schulungen der Peers werden ebenfalls über die Kommission wissenschaftlich begleitet.

Die 2023 durchgeführte Pilotstudie zeigte, dass der Zeitaufwand der Bewertung eines Teilgutachtens im Durchschnitt für den PRV-Prüffragenkatalog ca. 90 Minuten betrug. Die Peer-Tätigkeit soll berufsbegleitend ausgeführt werden. Vollzeit-Peers sind nicht vorgesehen, da die Peers gerade aus ihrer praktischen Tätigkeit heraus die Peer-Tätigkeit ausführen sollen.

Die Anstellung der Peers erfolgt nach Prüfung der Voraussetzungen und aufgrund der Selektionskriterien durch die Kommission.

Berichtswesen. Es werden jährliche Qualitätsberichte erstellt, die je nach Schwerpunktthema des jeweiligen Berichtsjahres unterschiedliche Aussagen ermöglichen. Über die Jahre können zudem

¹ Zunächst geht es hier, um Gutachten z. Hd. von IV-Stellen. Für allfällige Anwendungen im UVG-Bereich wären Anpassungen des Verfahrens notwendig.

vergleichende Verlaufsbeurteilungen angestellt werden. Verantwortlich für die Veröffentlichung der Berichte ist die Kommission.

Evaluation. Das Qualitätssicherungsverfahren ist als lernendes System konzipiert, d. h. es erfolgt eine kontinuierliche Evaluation. Die Gütekriterien des Peer Review-Verfahrens werden voraussichtlich alle vier Jahre überprüft und das Verfahren den jeweils aktuellen Erkenntnissen angepasst.

II. Grundsätze des Prüfverfahrens

Die nicht fallbezogene Qualitätssicherung von Gutachten ist als Peer Review-Verfahren angelegt. Bei diesem Verfahren wird von erfahrenen Gutachtern (Peers) anhand des vorliegenden Manuals die Ergebnisqualität von versicherungsmedizinischen Gutachten bewertet.

Qualitätskriterien. Die Erfassung der Ergebnisqualität erfolgt anhand von Qualitätskriterien. Die Qualitätskriterien untergliedern sich in sechs *Einzelkriterien* und ein so genanntes *Übergeordnetes Kriterium*. Das Übergeordnete Kriterium *Nachvollziehbarkeit des Gutachtens* ist ein Qualitätskriterium, dessen Erfüllung als entscheidend und unbedingt erforderlich angesehen wird.

Mit den sechs Einzelkriterien *Formale Gestaltung*, *Verständlichkeit*, *Transparenz*, *Vollständigkeit*, *Fachliche Kompetenzen* und *Wirtschaftlichkeit* werden verschiedene Aspekte der Ergebnisqualität eines Gutachtens geprüft. Mängel, die bei der Bewertung festgestellt werden, können Ansatzpunkte für Rückmeldungen zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung auf Seiten der Gutachter liefern.

Einzelkriterien. Jedes Einzelkriterium wird durch vorgegebene **Prüffragen** operationalisiert. Dabei variieren sowohl die Anzahl der Prüffragen als auch der Umfang der erfragten Sachverhalte je Einzelkriterium.

Das Einzelkriterium **Formale Gestaltung** untergliedert sich in 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 des BSV (inkl. den Vorgaben zur Gliederung einer Konsensbeurteilung) eingehalten sind. Die Prüfung der Qualität bezieht sich hier ausschließlich auf rein formale Aspekte. Inhaltliche Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit der Darstellung sind hier nicht relevant und werden an anderer Stelle geprüft. Zusätzlich wird die Angemessenheit der Fristen zwischen Untersuchung und Gutachtenerstellung überprüft.

Das Einzelkriterium **Verständlichkeit** untergliedert sich in drei Prüffragen. Geprüft werden die sprachliche Darstellung des Gutachtens sowie der Umgang mit versicherungsrechtlichen 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.

Das Einzelkriterium **Transparenz** untergliedert sich in fünf Prüffragen. Hier soll bewertet werden, inwieweit die verwendeten Untersuchungsverfahren beschrieben wurden und ob die Kriterien zur Beurteilung der Befunde im Gutachten dargelegt sind. Die Herkunft, der Zeitpunkt und die Kernaussagen von anamnestischen Informationen und Befunden müssen erkennbar sein, echte Befunde müssen von berichteten Symptomen unterschieden werden. Beurteilungsrelevante Untersuchungsergebnisse müssen in Bezug auf Referenzwerte gesetzt werden. Zusätzlich muss Zeitpunkt und Zeitdauer der jeweiligen Untersuchung und Befragung dokumentiert sein.

Das Einzelkriterium **Vollständigkeit** untergliedert sich in fünf Prüffragen. Geprüft wird, inwieweit die Anamnese vollständig dargestellt ist, Diagnosen nachvollziehbar codiert, Abweichungen zu Vorberichten diskutiert sind und die versicherungsmedizinischen Fragestellungen vollständig beantwortet werden. Zusätzlich wird das Vorhandensein einer eigenständigen integrativen Beurteilung bei interdisziplinären Gutachten geprüft. Hier ist die Bewertung der Vollständigkeit, nicht aber der Richtigkeit der Beantwortung der versicherungsmedizinischen Fragestellung gefordert.

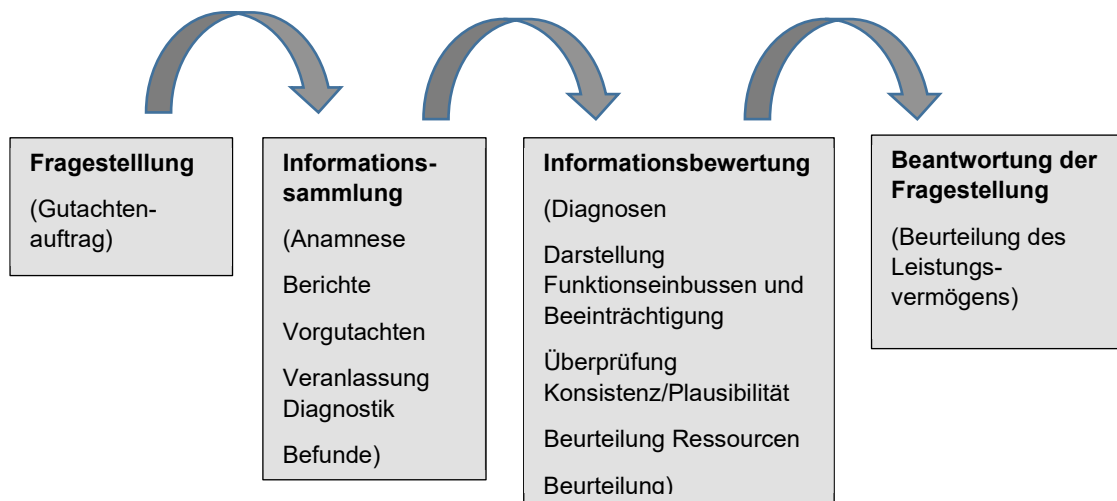
Das Einzelkriterium **Fachliche Kompetenzen** untergliedert sich in sieben Prüffragen. Geprüft wird, inwieweit der allgemein anerkannte Stand medizinischer Erkenntnisse (Darstellung in Leitlinien) eingehalten wird. Der Bezug zwischen Diagnosen und Funktionsdefiziten wird überprüft, ebenso die Integration von Zusatzdiagnostik in die entsprechenden Fachgutachten. Auch wird eine Darstellung der bisherigen Therapie(n) des Versicherten wie auch eine Stellungnahme zu weiteren, realistischen therapeutischen Optionen erwartet. Eine Würdigung von persönlichen Ressourcen und psychosozialen Faktoren wird ebenso geprüft, wie die kritische Auseinandersetzung mit Konsistenz und Plausibilität.

Das Einzelkriterium **Wirtschaftlichkeit** umfasst zwei Prüffragen. Diese beziehen sich auf die Diagnostik und orientieren sich am Wirtschaftlichkeitsgebot des IVG („einfach und zweckmäßig“). Verfahren, Methoden und Instrumente sollen dementsprechend ausgerichtet werden. Aufgabe des Peers ist zu prüfen, ob eine Gutachterin/ein Gutachter Sinn und Zweck einer Untersuchung ersichtlich gemacht hat und in der Beurteilung auch Schlüsse daraus zieht.

Übergeordnetes Kriterium.

Beim Übergeordneten Kriterium **Nachvollziehbarkeit des Gutachtens** wird das gesamte Gutachten im Zusammenhang betrachtet und die Nachvollziehbarkeit des Gutachtens anhand der Argumentationskette (s. nachfolgende Abb.) bewertet. Die Argumentationskette ist als sinnvolle Verknüpfung der einzelnen Begutachtungsschritte zu verstehen, indem beispielsweise ein Brückenschlag von der Anamnese und den Befunden zur Beurteilung und im Weiteren von der Beurteilung zur Beurteilung des Leistungsvermögens erfolgt. Zur Argumentationskette gehört zudem eine nachvollziehbare Darstellung der funktionellen Einschränkungen und Fähigkeitsstörungen.

Module der Argumentationskette



Der *Fragestellung* schliesst sich in der Argumentationskette die *Informationssammlung* an. Zu dieser *Informationssammlung* gehören das Aktenstudium, die Anamnese bzw. Befragung sowie Fremdinformationen und durch den Gutachter erhobene Untersuchungsbefunde. Anschliessend erfolgt in der Argumentationskette eine *Informationsbewertung* der vom Gutachter gesammelten bzw. dokumentierten Informationen mit Formulierung von Diagnosen (nach ICD oder DSM in der Psychiatrie) und den daraus folgenden Funktionseinschränkungen und einer kritischen Bewertung der Informationssammlung in der Beurteilung. Hierbei werden die Funktionseinschränkungen, die Kompensationsmöglichkeiten und Ressourcen des Antragstellers, mögliche Therapieoptionen wie auch differenzialdiagnostische Überlegungen vom Gutachter dargelegt und gewichtet. Den Abschluss der Argumentationskette bildet die *Beantwortung der Fragestellung*, die im Gutachtauftrag formuliert ist. Hierbei wird bewertet, inwieweit die versicherungsmedizinische Beurteilung des quantitativen und qualitativen arbeitsrelevanten Leistungsvermögens auf dem ersten Arbeitsmarkt sowie die Einschätzung verbleibender Therapieoptionen ein nachvollziehbares Ergebnis der Informationssammlung und Informationsbewertung ist.

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

Methodik zur Bewertung. Die Methodik zur Bewertung der Qualitätskriterien besteht in der Beantwortung der Prüffragen, die für jedes Kriterium formuliert werden. Für die Beantwortung der Prüffragen sind allein die Mängel, die im Gutachten zu einem Kriterium festgestellt werden, ausschlaggebend.

Für die Prüffragen der **Einzelkriterien** steht ein **Vier-Kategorien-Bewertungssystem** zur Verfügung:

- *Keine Mängel*
- *Leichte Mängel*
- *Deutliche Mängel*
- *Gravierende Mängel*

Jeder Mangel soll - zumindest in aussagekräftigen Stichworten - dokumentiert werden und muss sich in der Beantwortung der jeweiligen Prüffrage widerspiegeln. Liegen keine Mängel vor, wird die Kategorie *keine Mängel* angekreuzt. Die jeweilige Mängelbewertung folgt dabei einer zu jeder Prüffrage erläuterten Bewertungsmatrix (siehe Abschnitt Operationalisierung des Prüffragenkatalogs). Die Anzahl der Prüffragen je Einzelkriterium ist unterschiedlich, eine Gewichtung der Einzelkriterien ist daraus nicht abzuleiten.

Das **Übergeordnete Kriterium** Nachvollziehbarkeit wird mit Hilfe der **Ampelfarben** ROT, GELB oder GRÜN bewertet. Gegenstand der Bewertung ist die vom Gutachter im Gutachten dargelegte Argumentationskette. Treten Brüche in dieser Argumentationskette auf, so ist die Nachvollziehbarkeit des Gutachtens in Frage gestellt. Das Ausmass der Brüche in der Argumentationskette bestimmt die abschliessende Bewertung, die sich in der vom Peer vergebenen Ampelfarbe ausdrückt. Liegen keine nennenswerten Brüche vor, erfolgt die Bewertung GRÜN. Kann der Peer vorhandene Brüche in der Argumentationskette mittels eigener Expertise überbrücken, entspricht dies der Ampelbewertung GELB. Ist dies nicht mehr möglich, wird das Gutachten mit ROT bewertet.

Ein festgestellter Mangel – hier der Bruch in der Argumentationskette – soll wiederum konkret aus dem Gutachten belegt und dokumentiert werden.

Eine gravierende Verletzung des Neutralitätsgebotes stellt die Nachvollziehbarkeit des gesamten Gutachtens grundsätzlich in Frage. In diesem Fall muss die Voreingenommenheit und Parteilichkeit aus dem Text des Gutachtens eindeutig belegbar sein. Ein gravierender Verstoss gegen das Neutralitätsgebot führt zur Ampelbewertung ROT.

Wichtiger Hinweis:

Zusammenhang der Kriterienebenen. Es besteht kein zwangsläufiger Zusammenhang zwischen dem Übergeordneten Kriterium und den Einzelkriterien. So können Gutachten auf der Ebene der Einzelkriterien durchaus Mängel aufweisen, ohne dass sich diese negativ auf das Übergeordnete Kriterium auswirken. Andererseits kann das Übergeordnete Kriterium eine qualitativ schlechte Bewertung erhalten, obwohl die Einzelkriterien keine oder nur wenige Mängel aufweisen.

III. Hinweise für die Peers

Nur geschulte Peers dürfen Gutachten in diesem Verfahren bewerten. Eine Weitergabe des Gutachtens oder gemeinsame Bewertung mit hinzugezogenen Kolleginnen bzw. Kollegen ist nicht zulässig. Sollte trotz Anonymisierung ein Gutachten erkennbar aus der eigenen Institution kommen, muss die Fachstelle der EKQMB unmittelbar darüber informiert werden, und es sollte ein Ersatzfall zur Verfügung gestellt werden.

Die datenschutzrechtlichen Belange sind zu wahren.

Die Herangehensweise an die Bewertung eines versicherungsmedizinischen Gutachtens sollte stets einheitlich und entlang der vorgegebenen Reihenfolge der Prüffragen erfolgen. Es sollen Hinweise und Kommentare der Peers im dafür vorgesehenen Freitextfeld vorgenommen werden. Bei einer künftigen standardisierten maschinellen Auswertung werden die vorgegebenen Antwortkategorien statistisch erfasst. Die Freitextangaben können den IV-Stellen, aber auch den Gutachtern übermittelt werden und sind besonders wertvoll für die differenzierte Aufarbeitung der Ergebnisse.

Wichtig ist dabei, dass alle festgestellten Mängel konkret aus dem Gutachten belegt und zumindest in Stichworten im Freitextfeld dokumentiert sind. Dies soll dazu beitragen, dem Bewertungsprozess Transparenz zu verleihen und ihn nachvollziehbar zu gestalten, insbesondere für die angestrebten nachfolgenden Prozesse der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung.

Die standardisierte prüffragenbezogene Auswertung der Peer-Bewertungen zielt auf valide Aussagen. Deshalb ist auch wichtig, dass konsequent nur der erfragte Prüfinhalt einer Prüffrage und nicht benachbarte oder übergeordnete Prüffrageninhalte bewertet werden.

Der Peer sollte die für jede Prüffrage vorgegebene Bewertungsmatrix mit entsprechender Hinterlegung der Bewertungskategorien prüfen und anwenden. Entscheidend ist, dass die vorgenommene versicherungsmedizinische Beurteilung schlüssig aus den in den Gutachten dargestellten anamnestischen Angaben, Befunden und Funktionsstörungen hergeleitet wird.

In einem Manual können nicht alle Einzelfallkonstellationen dargestellt werden. Das vorliegende Manual ist deshalb nicht als alleinige Grundlage des Peer Review-Verfahrens konzipiert, sondern soll stets nur nach einer entsprechenden *Schulung* zum Einsatz kommen. Vorrangiges Ziel der Peer-Schulungen ist die Ausbildung eines gemeinsamen und einheitlichen Bewertungsmaßstabes.

Das vorliegende Manual wurde in seiner grundlegenden Systematik und einem Grossteil der Fragen von der Deutschen Rentenversicherung unter wissenschaftlicher Begleitung durch die Forschergruppe PD Dr. Vogel (Abteilung Medizinische Psychologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg) erstellt.

Die hiermit für die Schweiz vorliegenden Form wurde in einer breit abgestützten Expertengruppe unter der Leitung von Dr. Hermelink auf der Basis der langjährigen Arbeiten der Deutschen Rentenversicherung in einem mehrjährigen Prozess weiterentwickelt und ergänzt und wurde von der EKQMB 2023 validiert.

Es ist integraler Bestandteil der Peer-Schulungen und des Peer Review-Verfahrens.

Die Schweizerische Eidgenossenschaft möchte sich an dieser Stelle ausdrücklich für die grosszügige Bereitschaft der Deutschen Rentenversicherung bedanken, die wertvolle Entwicklungsarbeit für die versicherungsmedizinische Qualitätssicherung verwenden und auf die lokalen Bedürfnisse anpassen zu dürfen.

Die Tabellen 1 und 2 zeigen die jeweiligen Prüffragen im Überblick.

Tabelle 1 Überblick Prüffragenkatalog Peer-Review Fachgutachten	
Einzelkriterien (Vier-Kategorien-Bewertungssystem)	
Einzelkriterium A: <i>Formale Gestaltung</i>	
Prüffrage A1	Inwieweit werden die Gliederungsvorgaben inkl. Vorgaben zur Konsensbeurteilung gemäss den Anforderungen eingehalten?
Prüffrage A2	Sind die Fristen zwischen Untersuchungszeitpunkt und Gutachteneingang bei der IV angemessen?
Einzelkriterium B: <i>Verständlichkeit</i>	
Prüffrage B1	Ist das Gutachten sprachlich korrekt und unmissverständlich verfasst?
Prüffrage B2	Inwieweit sind Fachausdrücke und Abkürzungen, die für das Verstehen des Gutachtens wesentlich sind, allgemeinverständlich erklärt?
Prüffrage B3	Inwieweit wird die versicherungsmedizinische Terminologie richtig angewendet?
Einzelkriterium C: <i>Transparenz</i>	
Prüffrage C1	Ist die Untersuchungszeit (Datum, Uhrzeit von – bis) dokumentiert?
Prüffrage C2	Inwieweit sind Herkunft, zeitliche Einordnung und Kernaussagen von medizinischen Informationen erkennbar?
Prüffrage C3	Inwieweit wird benannt, mit welchen Untersuchungsverfahren die Befunde erhoben werden?
Prüffrage C4	Inwieweit werden die Informationsquellen bei der eigenen Befunderhebung unterschieden?
Prüffrage C5	Inwieweit wird dargestellt, auf welcher Grundlage die Beurteilung der Untersuchungsbefunde erfolgte?
Einzelkriterium D: <i>Vollständigkeit</i>	
Prüffrage D1	Inwieweit werden die Befragung und die Befunderhebung vollständig in Bezug auf die Komplexität der Problematik dargestellt?
Prüffrage D2	Inwieweit sind die Diagnosen nach einem anerkannten Diagnosesystem verschlüsselt
Prüffrage D3	Inwieweit werden wesentliche Abweichungen in der versicherungsmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens gegenüber relevanten Vorberichten beschrieben und bewertet?
Prüffrage D4	Inwieweit werden die vom Auftraggeber gestellten versicherungsmedizinischen Fragen inkl. evtl. Zusatzfragen vollständig beantwortet?
Einzelkriterium E: <i>Fachliche Kompetenzen</i>	
Prüffrage E1	Inwieweit wird der allgemein anerkannte Stand wissenschaftlicher medizinischer Erkenntnisse gemäss gültigen Leitlinien beachtet?
Prüffrage E2	Macht ein(-e) Facharzt/Fachärztin Beurteilungen/fachliche Wertungen in fremdem Fachgebiet?
Prüffrage E3	Würdigt der/die zuständige medizinische Gutachter/-in Zusatzdiagnostik integrativ?
Prüffrage E4	Werden Funktionsdefizite und dokumentierte Befunde in Bezug zu den gestellten Diagnosen gesetzt?
Prüffrage E5	Sind personenbezogene und psychosoziale Faktoren berücksichtigt?

Prüffrage E6	Wird die gutachterliche Beurteilung der Konsistenz und Plausibilität nachvollziehbar begründet?
Prüffrage E7	Inwieweit erfolgt eine Darstellung der bisherigen Therapie und eine Stellungnahme zu weiteren therapeutischen Optionen?
Einzelkriterium F: <i>Wirtschaftlichkeit</i>	
Prüffrage F1	Inwieweit ist die eingesetzte Diagnostik für die Beantwortung der versicherungsmedizinischen Fragestellung geeignet und notwendig?
Prüffrage F2	Inwieweit ist die eingesetzte Diagnostik für die Beantwortung der versicherungsmedizinischen Fragestellung ausreichend?
Übergeordnetes Kriterium (Ampelbewertung): <i>Nachvollziehbarkeit des Gutachtens</i>	
Übergeordnetes Kriterium	Bewerten Sie die Nachvollziehbarkeit des Gutachtens anhand der Argumentationsführung

Tabelle 2 Überblick Prüffragenkatalog Peer Review Interdisziplinäre Gesamtbeurteilung	
Einzelkriterien (Vier-Kategorien-Bewertungssystem)	
Einzelkriterium A: <i>Formale Gestaltung</i>	
Prüffrage A1	Inwieweit werden die Gliederungsvorgaben inkl. Vorgaben zur Konsensbeurteilung gemäss den Anforderungen eingehalten?
Prüffrage A2	Sind die Fristen zwischen Untersuchungszeitpunkt und Gutachteneingang bei der IV angemessen?
Einzelkriterium B: <i>Verständlichkeit</i>	
Prüffrage B1	Ist das Gutachten sprachlich korrekt und unmissverständlich verfasst?
Prüffrage B2	Inwieweit sind Fachausdrücke und Abkürzungen, die für das Verstehen des Gutachtens wesentlich sind, allgemeinverständlich erklärt?
Prüffrage B3	Inwieweit wird die versicherungsmedizinische Terminologie richtig angewendet?
Einzelkriterium D: <i>Vollständigkeit</i>	
Prüffrage D3	Inwieweit werden wesentliche Abweichungen in der versicherungsmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens gegenüber relevanten Vorberichten beschrieben und bewertet?
Prüffrage D4	Inwieweit werden die vom Auftraggeber gestellten versicherungsmedizinischen Fragen inkl. evtl. Zusatzfragen vollständig beantwortet?
Prüffrage D5	Gibt es bei interdisziplinären Gutachten eine echte integrative Beurteilung?
Einzelkriterium E: <i>Fachliche Kompetenzen</i>	
Prüffrage E6	Wird die gutachterliche Beurteilung der Konsistenz und Plausibilität nachvollziehbar begründet?
Prüffrage E7	Inwieweit erfolgt eine Darstellung der bisherigen Therapie und eine Stellungnahme zu weiteren therapeutischen Optionen?
Übergeordnetes Kriterium (Ampelbewertung): <i>Nachvollziehbarkeit des Gutachtens</i>	
Übergeordnetes Kriterium	Bewerten Sie die Nachvollziehbarkeit des Gutachtens anhand der Argumentationsführung

IV. Operationalisierung des Prüffragenkatalogs

Im Folgenden ist die Operationalisierung der einzelnen Prüffragen sowie des Übergeordneten Kriteriums für die Mängelbewertung dargelegt. Diese ist Grundlage für die Durchführung der Bewertung der Ergebnisqualität von Gutachten durch die Peers im Rahmen des Peer Review-Verfahrens.

Wie erfolgt die Bewertung?

Die Bewertung darf sich ausschliesslich auf den erfragten Prüfinhalt der Prüffrage beziehen und muss in den angegebenen Bewertungskategorien vorgenommen werden.

Zu jeder Prüffrage sind jeweils die *drei Bewertungskategorien* „Leichte Mängel“, „Deutliche Mängel“ und „Gravierende Mängel“ explizit definiert und zu jeder Prüffrage in einer Tabelle aufgelistet. Dabei ist zu beachten, dass bei unterschiedlichen Prüffragen verschiedene Formen der Mängelsteigerung zugrunde gelegt sind:

Die Mängelgraduierung kann in Form einer **quantitativen Steigerung** definiert sein:

Leichte Mängel	Eine Abkürzung wird nicht mindestens einmal ausgeschrieben.
Deutliche Mängel	Vereinzelt werden Abkürzungen nicht mindestens einmal ausgeschrieben
Gravierende Mängel	Überwiegend werden Abkürzungen nicht mindestens einmal ausgeschrieben.

Ebenfalls können **qualitativ unterschiedliche Inhaltsbereiche/ Aspekte** die Mängelstufen bestimmen:

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.

Auch kann die Kombination einzelner Qualitätsaspekte durch **ODER- und UND-Verknüpfungen** ausschlaggebend sein:

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

Schliesslich kann auch die **versicherungsmedizinische Relevanz** die Mängelstufen definieren:

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.

Durch die Kombination der verschiedenen Formen untereinander ergeben sich für jede Prüffrage jeweils eigene Mängelabstufungen. Die Bewertungskategorien müssen deshalb bei jeder Prüffrage genau gelesen werden.

Wenn keine der angeführten drei Mängelkategorien zutrifft, wird die Kategorie „kein Mangel“ kodiert. Die festgestellten Qualitätsdefizite, die der Mängelbewertung zugrunde liegen, müssen auf dem Prüfbogen dokumentiert werden.