



7. November 2023

Überprüfungsbericht über die Gutachten der PMEDA AG der Jahre 2022/2023

EKQMB und Fachstelle der EKQMB

Aktenzeichen: 304.4-1/2



Zusammenfassung der Überprüfung

Zwischen Juni und September 2023 erhielt die Eidgenössische Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung (EKQMB) unaufgefordert von Betroffenen, Behinderter- und Patientenverbänden und von Anwältinnen und Anwälten diverse Unterlagen, einschliesslich Gutachten, medizinische sowie juristische Stellungnahmen und Gerichtsurteile über Sachverständigenbeurteilungen der PMEDA AG und entschied daraufhin, eine umfassendere Qualitätsüberprüfung der Gutachten durchzuführen.

Diese Überprüfung zielte darauf ab, die Einhaltung der basalen BSV-Vorgaben zu untersuchen, insbesondere die Vorgaben für eine einheitliche Struktur von Gutachten, die ab 2022 in Kraft traten. Auch wurden grundlegende medizinische und fachliche Standards in Betracht gezogen. Es wurden somit keine neu entwickelten oder für Fachärztinnen und Fachärzte unbekannte Prüfkriterien angewendet.

Im Rahmen der Qualitätsüberprüfung der Sachverständigenbeurteilungen der PMEDA AG wurden 32 zufällig ausgewählte poly- und bidisziplinäre Gutachten aus den Jahren 2022 und 2023 analysiert.

Die Untersuchung der PMEDA AG-Gutachten aus den Jahren 2022-2023, ergänzt durch den Blick auf Beschwerdefälle seit 2013, offenbarte unter Berücksichtigung der geltenden BSV-Vorgaben gravierende formale und inhaltliche Mängel.

Hauptbefunde:

Aktenzusammenfassung: Viele Gutachten enthielten unvollständige Zusammenfassungen der medizinischen und beruflichen Unterlagen, wobei insbesondere Eingliederungsberichte entgegen den Vorgaben des BSV systematisch unberücksichtigt blieben.

Anamnese: Die Anamnese basierte hauptsächlich auf schriftlichen Selbstauskünften, was in Fällen, in denen Dolmetscher benötigt wurden, problematisch ist. Die schriftliche Dokumentation der Anamnese war oft unzureichend und die Tonaufzeichnungen waren oft die einzige verlässliche Quelle, was die Überprüfbarkeit der Gutachten verunmöglicht bzw. erheblich erschwert.

Befunderhebung: Bei der psychopathologischen Befunderhebung im Bereich von psychiatrischen Teilgutachten kam es zu Anwendungsfehlern des AMDP-Manuals und bei neuropsychologischen Gutachten blieb häufig unklar, wer diese tatsächlich durchgeführt hatte bzw. in welcher Form und in welchem Umfang Sachverständige beteiligt waren. Zudem wurde auch festgestellt, dass die Ergebnisse der Beschwerdevalidierung nicht transparent dargestellt und damit nicht nachvollziehbar waren.

Beurteilung: Die Bewertung der Konsistenz in den Gutachten blieb aus Sicht der EKQMB oft oberflächlich. Relevante Befunde aus Teilgutachten wurden häufig nicht in der abschliessenden Beurteilung berücksichtigt. Es gab Fälle, in denen trotz weitreichender und umfassender, vordiagnostizierter Störungen keine Diagnosen gestellt wurden, ohne dass seitens der Sachverständigen der PMEDA AG eine hinreichende Auseinandersetzung mit diesen bestehenden Vorbefunden erfolgt wäre.

Therapieempfehlungen: Aus der Perspektive der EKQMB lässt sich feststellen, dass in einzelnen Fällen die gutachterlichen Therapieempfehlungen nicht den etablierten fachlich-medizinischen Standards entsprachen, nicht hinreichend begründet waren und daher potenziell ungünstige Auswirkungen auf die Versicherten hätten entfalten können.

Konsensbeurteilung: Es mangelte an klaren Informationen darüber, wer das Gutachten erstellt hat und wie der Konsens erzielt wurde. Viele Konsensbeurteilungen entsprachen nicht den BSV-Vorgaben.

Insgesamt zeigte die Überprüfung erhebliche Mängel in den Gutachten, die in vielen Bereichen den BSV-Vorgaben und allgemein anerkannten medizinischen Standards sowie den geltenden Begutachtungsleitlinien widersprachen. Bei einem grossen Teil der untersuchten Gutachten war die Nachvollziehbarkeit der medizinischen und versicherungsmedizinischen Argumentation nicht gegeben.

Angesichts der zahlreichen festgestellten Mängel und Defizite in den analysierten Gutachten der PMEDA AG sowie der Nichteinhaltung der Vorgaben des BSV und anderer relevanter Standards empfiehlt die Kommission dem BSV, die Auftragsvergabe an die Gutachterstelle PMEDA AG zu beenden.

Inhalt

1.	Ausgangslage, Hintergründe und Ziele	5
2.	Vorgehen, angewendete Methodik und Kriterien	5
3.	Ergebnisse, Befunde und Kommentierungen	7
3.1	Überblick über die Zufallsstichprobe	7
3.2	Aktenzusammenfassung	11
3.3	Anamnese	12
3.4	Tonbandaufnahmen	15
3.5	Befunderhebung	15
3.6	Beurteilung	17
3.7	Konsensbeurteilung	19
3.8	Weitere Bemerkungen	21
4.	Gesamtbeurteilung und Würdigung durch die EKQMB	21
5.	Empfehlungen	23
	Anhang 1: Beschwerdefälle	24
	Anhang 2: Beurteilung eines anonymisierten PMEDA-Gutachtens durch fachärztliche Reviewer	27
	Anhang 3: Vorschlag für die Evaluation von PMEDA AG Gutachten	31

1. Ausgangslage, Hintergründe und Ziele

Mit Mail vom 08.06.2023 wurden der EKQMB seitens des BSV diverse Unterlagen und Beschwerden zur Gutachterstelle PMEDA AG zugestellt und um eine Rückmeldung gebeten.

Zusätzlich erhielt die Kommission im Zeitraum von Juni bis September 2023 von verschiedenen externen Stellen unaufgefordert diverse Unterlagen und Beschwerden, darunter mehrere Gutachten der PMEDA AG, dazugehörige Dossiers, medizinische und juristische Stellungnahmen sowie verschiedene Gerichtsurteile.

Weiterhin wurden die Ergebnisse einer initialen Evaluation der öffentlichen Liste der beauftragten Sachverständigen und Gutachterstellen in der Invalidenversicherung - 2022 gemäss Art. 41 b IVV durch die Fachstelle von der Kommission in die weiteren Überlegungen miteinbezogen¹.

In der Folge wurde gestützt auf einen einstimmigen Kommissionsbeschluss vom 21.06.2023 eine vertiefte Überprüfung der Gutachten der PMEDA AG für den Zeitraum ab Einsetzung der EKQMB (01.01.2022) im Hinblick auf die Einhaltung der zu diesem Zeitpunkt schon geltenden und allgemein bekannten Qualitätskriterien eingeleitet. Im Rahmen dieser Sitzung verständigte sich die Kommission auf eine Vorgehensweise und die anzuwendende Methodik, die unter 2. dargestellt ist.

2. Vorgehen, angewendete Methodik und Kriterien

Gestützt auf den erwähnten Kommissionsbeschluss vom 21.06.2023 wurde das BSV am 12.07.2023 über die Prüfung formal informiert und gleichzeitig Unterlagen zur PMEDA AG bzw. eine Gutachtens- und Dossierstichprobe gemäss Art. 7p Ziff. 4 ATSV angefordert.

Folgende Dokumente wurden von der EKQMB angefordert:

- a) Eine Zufallsstichprobe von 32 PMEDA AG Gutachten, die im Jahr 2022 in Auftrag gegeben wurden. Diese Gutachten wurden somit in den Jahren 2022 und teilweise 2023 fertiggestellt.
- b) Das Dossier des BSV zur PMEDA AG inkl. bestehender Verträge, Betriebskonzept etc.
- c) Allfällige dem BSV bekannte weitere Beschwerden zur PMEDA AG aus den Jahren 2018-2023.
- d) Nachträglich wurden in 7 Fällen die vollständigen Dossiers der zuständigen IV-Stellen sowie in 2 Fällen die Tonaufnahmen der Abklärungsgespräche angefordert.

Folgende Dokumente lagen der EKQMB ebenfalls vor:

- e) Öffentliche Liste über beauftragte Sachverständige und Gutachterstellen in der Invalidenversicherung - 2022 gemäss Art. 41 b IVV.
- f) Beschwerdefälle im Zusammenhang mit der PMEDA AG aus den Jahren 2013-2023.
- g) Ergebnisse des Peer Reviews eines anonymisierten Gutachtens der PMEDA AG aus einer Pilotstudie (hier der Vollständigkeit halber im Anhang aufgeführt).

¹ <https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/de/dokumente/iv/uebersichten/SuisseMEDAP%20-%20medizinische%20Gutachterstellen/liste-sachverstaendige-iv-2022.pdf.download.pdf/Liste-Sachverstaendige-iv-2022.pdf>

Im Rahmen der Überprüfung der oben genannten Daten wurde ein modifizierter Mixed-Method-Ansatz angewendet. Im quantitativen Teil des Ansatzes wurden die Daten zur Verteilung der Arbeitsunfähigkeit systematisch ausgewertet und mit den Daten aus der öffentlichen Liste über beauftragte Sachverständige und Gutachterstellen in der Invalidenversicherung - 2022 nach Art. 41 b IVV verglichen. Diese quantitative Analyse diente als Grundlage, um ein tiefergehendes Verständnis der Verteilungsmuster der bescheinigten Arbeitsfähigkeiten zu erlangen.

Der qualitative Ansatz hingegen konzentrierte sich auf die gründliche Lektüre und Analyse aller verfügbaren Gutachten aus den verschiedenen Fachdisziplinen sowie der weiteren vorhandenen Dokumente. Der Fokus lag dabei auf den Gutachten aus den Jahren 2022-2023. Jedes Gutachten wurde sorgfältig gelesen und in einem ersten Schritt auf die Einhaltung der oben genannten Vorgaben des BSV hin analysiert. In einem weiteren Schritt wurden auch inhaltliche Auffälligkeiten identifiziert und von den Kommissionsmitgliedern aus somatisch-medizinischer, psychiatrischer und juristischer Sicht beurteilt. Die Analyse wurde von Mitgliedern der EKQMB an mehreren Sitzungen sowie mittels schriftlicher Zirkulation durchgeführt.

Die beteiligten Mitglieder wiesen dabei folgende Qualifikationen auf:

Facharzttitel: Chirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Rheumatologie, Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation.

Schwerpunkttitel: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen.

Weitere Zusatzbezeichnungen und Qualifikationen: zertifizierter Gutachter SIM, Vertrauensarzt SGV, MAS Versicherungsmedizin, zertifizierter Arbeitsfähigkeitsassessor SIM.

Juristen.

Die personenbezogenen Daten der Kommissionsmitglieder, die Organisationen bzw. Ständesorganisationen, die sie vertreten, sowie ihre Interessenbindungen sind öffentlich einsehbar²

Die Analyse zielte darauf ab, die Einhaltung der basalen BSV-Vorgaben^{3 4 5} zu überprüfen, insbesondere die Vorgaben für eine einheitliche Struktur von Gutachten, die ab 2022 in Kraft traten. Auch wurden grundlegende medizinische und fachliche Standards in Betracht gezogen⁶. Damit wurden keine neu entwickelten oder für Fachärztinnen und Fachärzte unbekannte

² https://www.admin.ch/ch/d/cf/ko/gremium_10641.html

³ Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI). Gültig ab 1.01.2022. Anhänge IV und V.

⁴ Alte Vereinbarung zwischen den Gutachterstellen und dem BSV (gültig bis Ende 2022), Anhang I: «Kriterien für die Durchführung von polydisziplinären medizinischen Gutachten zur Beurteilung von Leistungsansprüchen in der IV». Siehe S. 6 mit Hinweisen auf «das aktuelle wissenschaftliche Krankheitsverständnis, die jeweils aktuellen fachspezifischen Begutachtungselektlinien und die relevante Rechtsprechung»

⁵ Neue Vereinbarungen zwischen den Gutachterstellen und dem BSV (gültig ab 2023), Anhang I., insbesondere Kapitel 5a) etc.

⁶ Hier insbesondere die Leitlinien der Swiss Insurance Medicine. Zugriff unter: [Leitlinien medizinische Begutachtung | SIM – Swiss Insurance Medicine \(swiss-insurance-medicine.ch\)](https://www.swiss-insurance-medicine.ch/leitlinien/medizinische-begutachtung-sim)

Prüfkriterien angewendet, sondern nur bekannte Kriterien im Rahmen der Überprüfung berücksichtigt.

Zur besseren Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse wurden wiederkehrende Themen, Konzepte und Merkmale identifiziert und unter Berücksichtigung der geltenden BSV-Vorgaben und medizinischen Leitlinien in zusammenfassender, narrativer Form dargestellt sowie Häufigkeiten ermittelt. Um die Ergebnisse transparenter und anschaulicher zu gestalten, wurden direkte Zitate und wörtliche Übernahmen aus den Gutachten herausgearbeitet.

Diese methodische Kombination ermöglichte eine ganzheitliche Betrachtung und Interpretation der vorliegenden Gutachten und trug dazu bei, ein detailliertes und nuanciertes Bild im Hinblick auf die Fragestellung zu zeichnen.

Für die Erstellung dieses Überprüfungsberichts wurden die Namen und potenziell identifizierenden Informationen der betroffenen Versicherten in den von Sachverständigen angefertigten Gutachten entfernt bzw. anonymisiert, um die Privatsphäre der Betroffenen zu schützen.

Die Gesamtwürdigung und die daraus abgeleiteten Empfehlungen wurden von der Gesamtkommission nach eingehender interdisziplinärer bzw. interprofessioneller Diskussion der Einzelergebnisse einstimmig verabschiedet. Ein erster Entwurf des Berichts wurde dem BSV am 23.10.2023 zugestellt. Die Rückmeldungen des BSV wurden in der Kommissionssitzung vom 25.10.2023 eingehend diskutiert und Vorschläge für die Finalisierung des Überprüfungsberichtes erarbeitet.

3. Ergebnisse, Befunde und Kommentierungen

Im folgenden Kapitel werden zunächst die Ergebnisse der Analyse der Zufallsstichprobe dargestellt und im Anschluss daran die aus Sicht der Kommission als problematisch identifizierten Teilbereiche der Gutachten beschrieben. Diese betreffen die Aktenzusammenfassung, die Anamnese, die Befunderhebung, die Beurteilung u.a. hinsichtlich Konsistenz und Plausibilität, die Therapieempfehlungen sowie die Konsensbeurteilung.

3.1 Überblick über die Zufallsstichprobe

Aus allen im Jahr 2022 in Auftrag gegebenen Gutachten wurden insgesamt 32 poly- und bidisziplinäre Gutachten nach dem Zufallsprinzip gezogen. Die folgenden Gutachten wurden demnach in den Jahren 2022 bzw. 2023 erstellt.

Tabelle 1: Überblick über die Zufallsstichprobe

Nr.	Bearb. Dauer (Tage)	Disziplin 1	U-Dauer (min)	Disziplin 2	Dauer (min)	Disziplin 3	Dauer (min)	Disziplin 4	Dauer (min)	Disziplin 5	Dauer (min)	Disziplin 6	Dauer (min)	AF (%) angestammt	AF (%) angepasst
1	85	Innere Medizin	90	Psychiatrie	90	Orthopädie	75							50	100
2	81	Innere Medizin	90	Psychiatrie	90	Neurologie	90	Orthopädie	75					50	100
3	37	Innere Medizin	90	Psychiatrie	90	Neurologie	90							50	50
4	58	Innere Medizin	90	Psychiatrie	90									50	50
		Innere Medizin		Psychiatrie		Kardiologie									

5	85		90		90		90							20	100
6	85	Innere Medizin	90	Psychiatrie	90	Neurologie	90	Orth. Chirurgie	90					100	100
7	88	Innere Medizin	90	Psychiatrie	90	Neurologie	90	Orth. Chirurgie	90					0	50
8	83	Innere Medizin	90	Psychiatrie	90									0	0
9	60					Neurologie	90	Neurochirurgie	120					0	100
10	66	Innere Medizin	90	Psychiatrie	90	Neuropsychologie	120	Rheumatologie	90					100	100
11	61	Innere Medizin	90	Psychiatrie	90	Neurologie	90	Orthopädische Chirurgie	90	Kardiologie	90	Dermatologie	90	0	0
12	81	Innere Medizin	90	Psychiatrie,	90			Orthopädische Chirurgie	90					100	100
13	100	Innere Medizin	90	Psychiatrie	90	Neurologie	90	Orthopädische Chirurgie	90					0	100
14	69	Innere Medizin	90	Psychiatrie	90	Neurologie	90	Orthopädische Chirurgie	90	Assistent + Neuropsychologie	120			50	100
15	104			Psychiatrie	90			Orthopädische Chirurgie	75					100	100
16	99	Innere Medizin	90	Psychiatrie	90	Neurologie	90	Orthopädische Chirurgie	90					0	0
17	74			Psychiatrie	90			Rheumatologie	90					0	0
18	95			Psychiatrie	90			Rheumatologie	90					0	100
19	152	Innere Medizin	90	Psychiatrie	90									70	70
20	79	Innere Medizin	90	Psychiatrie	90	Neurologie	90	Rheumatologie	90					0	100
21	72	Innere Medizin	90	Psychiatrie	90	Neurologie	90	Orthopädische Chirurgie	90	Neurochirurgie	90			100	100
22	73	Innere Medizin	90	Psychiatrie	90	Neurologie	75	Orthopädische Chirurgie	90					25	80
23	90	Innere Medizin	90	Psychiatrie	90	Neurologie,	90	Assistent + Neuropsychologie	120					100	100
24	62			Psychiatrie	90			Orthopädische Chirurgie	90					0	100
25	33	Innere Medizin	90	Psychiatrie	90	Neurologie	90	Orthopädische Chirurgie	90					0	75
26		Innere Medizin	90	Psychiatrie	90	Neurologie	90	Orthopädische Chirurgie	90	Assistent + Neuropsychologie	120			0	100

27	42	Innere Medizin	150	Psychiatrie	90	Assistent + Neuropsychologie	120	Orthopädische Chirurgie	90					100	100
28		Innere Medizin	90	Psychiatrie,	90	Neurologie	90	Orthopädische Chirurgie	90					0	100
29	49	Innere Medizin	90	Psychiatrie	90	Neurologie	90	Orthopädische Chirurgie	90					0	0
30		Innere Medizin	90	Psychiatrie	90	Neurologie	90	Orthopädische Chirurgie	90	Assistent + Neuropsychologie	120			75	100
31		Innere Medizin	120	Psychiatrie	90	Neurologie FMH	90			Rheumatologie	90			0	100
32		Innere Medizin	90	Psychiatrie	90	Assistent + Neuropsychologie	120	Orthopädische Chirurgie	90					100	100

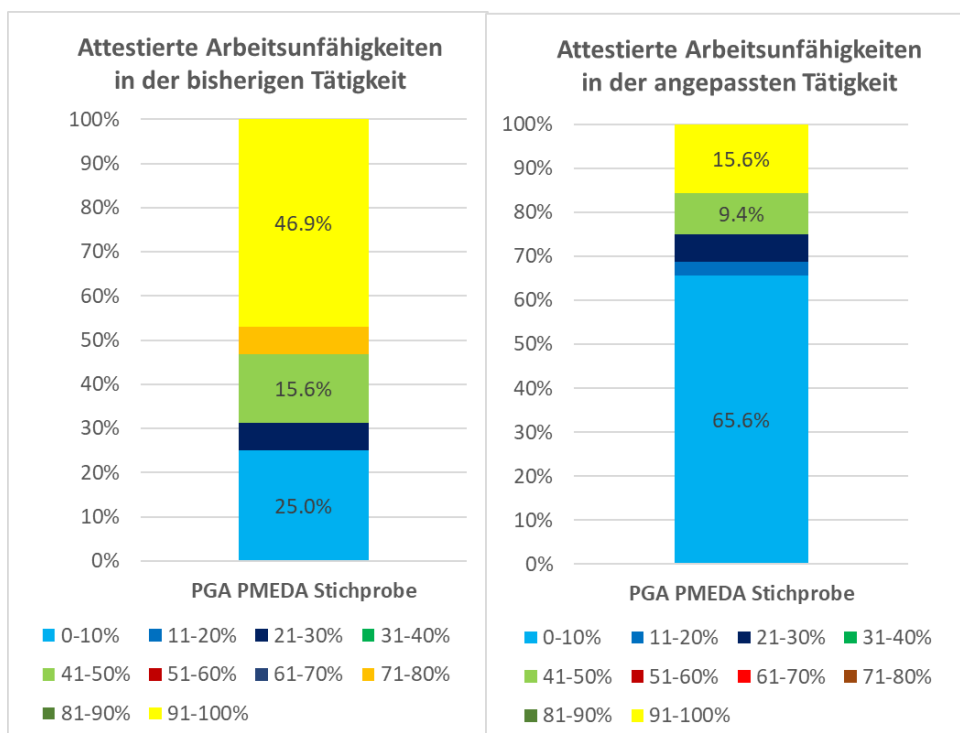
Die bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten wurden für diese Zufallsstichprobe von 32 Gutachten berechnet.

Tabelle 2: Attestierte Arbeitsunfähigkeiten in der bisherigen Tätigkeit der Stichprobe von PMEDA

	PMEDA: attestierte Arbeitsunfähigkeiten in der bisherigen Tätigkeit										Total
	0-10%	11-20%	21-30%	31-40%	41-50%	51-60%	61-70%	71-80%	81-90%	91-100%	
Anzahl	8	0	2	0	5	0	0	2	0	15	32
Anteile	25.0%	0.1%	6.2%	0.0%	15.6%	0.0%	0.0%	6.2%	0.0%	46.8%	100.0%

	PMEDA: attestierte Arbeitsunfähigkeiten in der angepassten Tätigkeit										Total
	0-10%	11-20%	21-30%	31-40%	41-50%	51-60%	61-70%	71-80%	81-90%	91-100%	
Anzahl	21	1	2	0	3	0	0	0	0	5	32
Anteile	65.6%	3.1%	6.2%	0.0%	9.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	15.6%	100.0%

Abbildung 1: Attestierte Arbeitsunfähigkeiten in der Stichprobe von PMEDA



Auf der Y-Achse beziehen sich die Prozentzahlen auf den Anteil der Gutachten in der jeweiligen Arbeitsunfähigkeitskategorie (0-10% AUF, 11-20% AUF, 21-30% AUF, 31-40% AUF, 41-50% AUF, 51-60% AUF, 61-70% AUF, 71-80% AUF, 81-90% AUF, 91-100% AUF).

Die Abbildung 1 zeigt nahezu die gleiche Verteilung der Arbeitsunfähigkeiten wie in der Grundgesamtheit aller PMEDA-Gutachten (siehe Abbildung 2). Die Daten stammen aus der öffentlichen Liste der Sachverständigen und Gutachterstellen der Invalidenversicherung gemäss Art. 41b IVV.

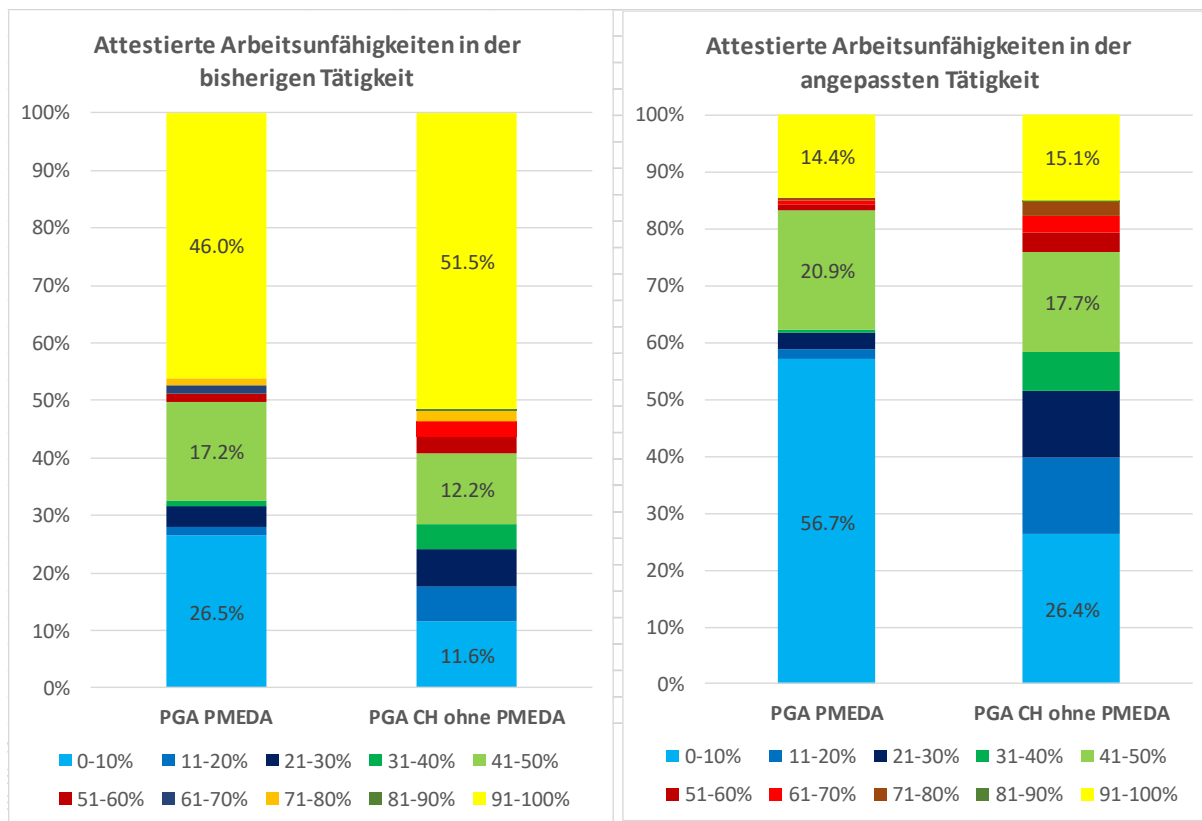
Tabelle 3: Vergleich der attestierten Arbeitsunfähigkeiten PMEDA vs. CH-Durchschnitt

Attestierte AUF	% -Anteile in der bisherigen Tätigkeit									
	0-10%	11-20%	21-30%	31-40%	41-50%	51-60%	61-70%	71-80%	81-90%	91-100%
PGA PMEDA	26.5%	1.4%	3.7%	0.9%	17.2%	1.4%	1.4%	1.4%	0.0%	46.0%
PGA CH ohne PMEDA	11.6%	6.1%	6.5%	4.5%	12.2%	2.9%	2.6%	2.0%	0.2%	51.5%

Attestierte AUF	% -Anteile in der angepassten Tätigkeit									
	0-10%	11-20%	21-30%	31-40%	41-50%	51-60%	61-70%	71-80%	81-90%	91-100%
PGA PMEDA	56.7%	1.9%	2.8%	0.5%	20.9%	0.9%	0.9%	0.5%	0.0%	14.4%
PGA CH ohne PMEDA	26.4%	13.5%	11.8%	6.7%	17.7%	3.4%	3.0%	2.5%	0.2%	15.1%

Bei PMEDA-Begutachtungen wurde in 56,7% der Fälle eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestiert. Im Vergleich dazu wird von allen anderen polydisziplinären Gutachterstellen nur in 26,4% der Fälle eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestiert.

Abbildung 2: Vergleich der attestierten Arbeitsunfähigkeiten PMEDA vs. CH-Durchschnitt



Die obige Abbildung zeigt, dass die PMEDA bei der Attestierung von Arbeitsunfähigkeiten nicht sehr differenziert, im Gegensatz zu anderen Gutachterstellen, die eine differenzierte Rückmeldung geben und auch Arbeitsunfähigkeiten von 10%, 20% oder 30% attestieren.

Seitens der EKQMB wurde betont, dass derartige statistische Auffälligkeiten zusammen mit anderen Anhaltspunkten eine vertiefte Überprüfung der entsprechenden Gutachterstellen rechtfertigen.

3.2 Aktenzusammenfassung

Die meisten Gutachten enthalten keine vollständige Zusammenfassung der Akten. In mehreren Gutachten erklären die Gutachterinnen und die Gutachter die vom Auftraggeber übermittelten Unterlagen des Auftraggebers zum «integralen Bestandteil» des Gutachtens.

Abbildung 3: Einführender Satz zur Aktenzusammenfassung in mehreren Gutachten

Aktenzusammenfassung

Die Gutachter stellen fest, dass sie das vom Auftraggeber zusammengestellte Aktendossier geprüft haben und dies integraler Bestandteil dieses polydisziplinären Gutachtens ist.

Nach Durchsicht aller Gutachten finden sich in mehreren Fällen keine Erwähnungen von Eingliederungsakten (Angaben zum Eingliederungspotential) oder anderen beruflichen Unterlagen im Aktenauszug. Dementsprechend wird in den meisten Fällen auch im Gutachten nicht dazu Stellung genommen. Dies widerspricht u.a. den Vorgaben des BSV (Punkt 7.1. des Anhangs IV der KSVI: «Beurteilung des bisherigen Verlaufs von Behandlungen, Rehabilitationen, Eingliederungsmassnahmen etc., Diskussion von Heilungschancen»).

In einigen Fällen fehlen in der Zusammenfassung relevante Unterlagen, auf die in der Bewertung und Diskussion verwiesen wird (z. B. ZS 14).

3.3 Anamnese

Die Anamnese wird in fast allen Teilgutachten durch schriftliche Selbstauskünfte der versicherten Personen in deutscher Sprache dokumentiert. In mehreren Fällen ist jedoch aus den Akten bekannt, dass die Versicherten einen Dolmetscher benötigten. In diesen Fällen ist die Zuverlässigkeit der schriftlichen Selbstauskunft fraglich. Auch in anderen Fällen ist die Validität der schriftlich erhobenen anamnestischen Daten schwer zu beurteilen. Unklar bleibt, ob die Fragebögen z.B. mit Hilfe von anderen Personen oder auch von anderen Personen als den Versicherten bearbeitet wurden.

Die folgenden Abbildungen zeigen Beispiele aus diesem Fragebogen.

Abbildung 4: Beispiele aus dem «Fragebogen für Versicherte» (z. B. Gutachten ZS 1)

PMEDA

Funktionen

Bitte zutreffendes ankreuzen

	ungestört	gestört
Konzentration		X
Merkfähigkeit		X
Stimmung		X
Schlaf		X
Appetit		X
Gewicht		X
Stuhlgang	X	
Wasserlassen	X	

Bei gestörten Funktionen: beschreiben Sie diese bitte näher (z.B. Auswirkungen im Alltag):

*Appetit verlust, gewicht auch, Schlafstörungen
Konzentration störungen, negative denken*

Allergien

ja nein

Abbildung 5: Beispiele aus dem «Fragebogen für Versicherte» (Gutachten ZS 8)

Bitte schildern Sie Ihren üblichen Tagesablauf:

Mein üblicher Tagesablauf ist: Aufstehen um 7 Uhr, Frühstück, 2 Stunden Ausdauersport, Mittagessen, 2-3 Stunden Ausdauersport, abends Lesen, Fernsehen, Schlafen.

6

In den meisten Fällen finden sich zusätzlich handschriftliche Notizen der Gutachterinnen und der Gutachter zur Anamnese, die oft schwer lesbar und meist sehr knapp gehalten sind. Der Aufbau der Anamnesebögen ist für alle Disziplinen identisch, ohne fachspezifische Aspekte. In einigen Fällen finden sich noch kurze schriftliche Zusammenfassungen der Anamnese, wobei in fast allen Fällen (nur in einem Fall wurde auf die Tonaufzeichnung verzichtet) explizit auf die Dokumentation in Form der Tonaufzeichnung verwiesen wird. Es wird darauf hingewiesen, dass die Tonaufzeichnung allein massgeblich ist und hinsichtlich der Anamnese die alleinige Grundlage der gutachterlichen Beurteilung darstellt.

Abbildung 6: Beispiele aus der Anamnesedokumentation (ZS 2, psychiatrisches Gutachten)

PMEDA

Schule und Bildung

Schulbildung/Studium (Abschluss): Realistische
mittelschwere Schule, v. esult. Problemen u. Lehrer + Kollegen
sie plant zu reden

Berufsausbildung: ↳

Bisher ausgeübte Tätigkeiten:

K- statt- u. Kildbeherr bei F-ibe,
S-FD-VP

zeitlich Akkordarbeit (vord. Kopierarbeiten mit Löhnen), wurde
Kochtopf, da [] bei [] nicht mehr []

Letzte ausgeübte Tätigkeit / Arbeitgeber: IV-Unterhalt []

Abbildung 7: Dokumentation des üblichen Tagesablaufs im psychiatrischen Gutachten ZS 3 (vollständige Darstellung)

Schilderung des üblichen Tagesablaufs:

4⁰⁰ / wache 5. FR-VP
20⁰⁰ z. Zell

In den handschriftlichen Aufzeichnungen finden sich immer wieder Verweise auf den «Fragebogen für Versicherte» anstelle einer konkreten Dokumentation der erhobenen Informationen.

In mehreren Fällen sind relevante Anamnesepunkte nicht leitliniengemäss dokumentiert^{7 8}.

Die grobe Unzulänglichkeit der schriftlichen Dokumentation beeinträchtigt aus Sicht der EKQMB die Nachvollziehbarkeit der anamnestischen Angaben sowohl für die anderen beteiligten Disziplinen als auch für die Fallführung z. B. bei der Erstellung der Konsensbeurteilung⁹. Dieses Vorgehen widerspricht den Anforderungen an die medizinische Dokumentation sowohl im Rahmen der Behandlung als auch im Rahmen der Begutachtung.^{10 11} Das Gutachten bleibt sowohl für die Versicherten als auch z.B. für deren Ärztinnen und Ärzte ohne ein aufwändiges und im Alltag kaum praktikables Abhören und ggf. Transkribieren der Tonbandaufnahmen nicht nachvollziehbar und auch nicht überprüfbar. Zudem ist das Gutachten ohne schriftlich dokumentierte Anamnese auch für die RAD-Ärztinnen und Ärzte, die keinen Zugang zu den Tonbandaufnahmen haben, schwer überprüfbar. In 7 Fällen, in denen vollständige Unterlagen vorlagen, wurden die Stellungnahmen des RAD ohne Bezugnahme auf Tonbandaufnahmen abgegeben. Dieses Vorgehen erschwert auch die Arbeit der Ober- und Zweitgutachterinnen und -Gutachter bzw. der Verlaufsgutachterinnen und -Gutachter, die ebenfalls keinen Zugang zu den Tonbandaufnahmen erhalten können.

⁷ Vgl. Leitlinien Rheumatologische Begutachtung: www.rheuma-net.ch/images/pdf/DEUTSCH/Leitlinien-fr-die-rheumatologische-Begutachtung-12-2016.pdf. S. 4-5 und

⁸ Vgl. Begutachtungsleitlinien Versicherungsmedizin: www.swiss-insurance-medicine.ch/storage/app/media/Downloads/Dokumente/Fachwissen/Gutachten/leitlinien-allgemeiner-teil-stand-szs-fur-homepages-04122020.pdf S. 16

⁹ Der Abgleich der anamnestischen Angaben der Versicherten mit anderen Berichten und Gutachten gehört eindeutig zu den Aufgaben der Gutachterinnen und der Gutachter. Vgl. Venzlaff/ Foerster/ Dressing/ Habermeyer (2020) Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. 7. Auflage. 2020. Urban & Fischer. ISBN 978-3-437-22903-9. S. 97.

¹⁰ Hüsler Markus (2013) Die häufigsten Mängel in medizinischen Gutachten. SUVA Medical 2013, 106-116. S. 110ff.

¹¹ Leitfaden für die Berufsausübung als Ärztin oder Arzt im Kanton Zürich (zh.ch) Kap. 5.2. : «Wie die Patientendokumentation im Detail ausgestaltet sein muss, kann sich je nach Fachgebiet unterscheiden. Es handelt sich um eine medizinische Fachfrage. Sie muss aber auf jeden Fall so geführt sein, dass sowohl die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt als auch eine allfällige Stellvertretung oder nachbehandelnde Person die Behandlung sicher und ohne unnötige Doppelspurigkeit weiterführen können. Auch der Aufsichtsbehörde muss es möglich sein, bei einer allfälligen Kontrolle eine Behandlung nachzuvollziehen.»

Die Bedeutung einer gründlichen Anamnese für die Diagnose und Beurteilung ist sehr grundlegend und sollte jeder Gutachterin und jedem Gutachter bekannt sein^{12 13}. Aus Sicht der EKQMB ersetzt zudem eine schriftliche Auskunft der versicherten Personen vor oder nach der eigentlichen Untersuchung keine ordentlich erhobene und lesbar dokumentierte gutachterliche Anamnese im Rahmen des Untersuchungsgespräches.

Insgesamt kann die erhobene Anamnese in den meisten Fällen nicht aus dem schriftlichen Gutachtenbericht nachvollzogen werden. Generell ist ohne Transkription der Tonbandaufnahmen unklar, wie die Gutachter zu ihren Schlussfolgerungen bezüglich der diagnostischen Beurteilung, der Konsistenz und Plausibilität sowie der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung gelangen.

3.4 Tonbandaufnahmen

In zwei Fällen erhielt die EKQMB Zugang zu den Tonbandaufnahmen. Einer dieser Fälle wird hier ausführlicher behandelt.

Die Tonbandaufnahme des Internisten dauert 36 Min., diejenige des Orthopäden 33 Min. und diejenige des Psychiaters 71 Min. Angesichts des Zeitaufwandes für die bidirektionale Übersetzung durch die anwesende Dolmetscherin ist die aufgewendete Zeit für die Anamnese sehr kurz¹⁴. Alle drei Fachärzte berufen sich beim Untersuchungsgespräch auf den vorgängig ausgefüllten Fragebogen für Versicherte, der von der versicherten Person trotz offensichtlich ungenügenden Sprachkenntnissen in deutscher Sprache ausgefüllt wurde. Unklar bleibt, ob die versicherte Person den Fragebogen selbständig ausgefüllt hat. Bei allen drei Tonbandaufnahmen stehen die Informationen aus dem Fragebogen im Vordergrund der Exploration. Bei der Anamnese wurden die Fragen unterschiedlich behandelt: Der Internist fragt eher offen: «Erhalten Sie fremde Hilfe für die Körperpflege, zum Beispiel beim Waschen, Anziehen oder beim Rasieren?» und notiert, dass ein Freund dem Versicherten beim Rasieren und seine Frau häufig beim Waschen helfen (Minute 6:50), während der Orthopäde in Minute 3:15 lediglich aus dem Fragebogen abliest: «keine fremde Hilfe» und nicht weiter nachfragt. Der Psychiater stellt ebenfalls auf die zuvor im Fragebogen schriftlich getätigten Angaben ab und verzichtet auf eine eigene (Nach-)Exploration dieser Punkte im Rahmen der Anamneseerhebung. Er stellt eine offene Frage zur Psychotherapie und unterbricht den Versicherten dann in Minute 5:10: «Ja, Sie waren zwei Mal in der Klinik, ja das habe ich gelesen» und ohne als Psychiater weiter auf die psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung einzugehen, wechselt er das Thema: «Haben Sie Herzbeschwerden?» etc. Er beendet die Tonaufnahme nach 71 Min. «Dann machen wir das Gespräch hier zu Ende und gehen nun in den Befund».

3.5 Befunderhebung

Bezüglich der psychiatrischen Befunderhebung nach Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (im Folgenden AMDP) wird in allen Gutachten darauf hingewiesen, dass die subjektiven Variablen aus dem AMDP die Angaben aus der Tonbandaufnahme sind und im schriftlich dokumentierten AMDP-Befund nur objektive Merkmale dokumentiert werden (vgl. nachfolgende Abbildung). Ein solches Vorgehen widerspricht grundlegendem Lehrbuchwissen in der Psychiatrie, konkret dem Vorgehen nach dem AMDP-Manual.: Dort ist

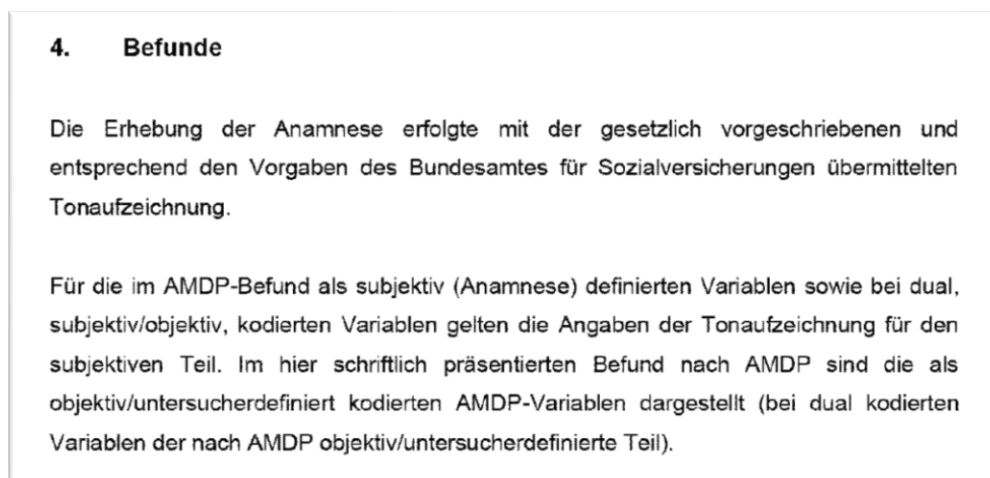
¹² Venzlaff/ Foerster/ Dressing/ Habermeyer S. 97

¹³ Hoffmann-Richter U., Jeger J., Schmidt H. (2012) Das Handwerk ärztlicher Begutachtung. Kohnhammer.S. 56 ff

¹⁴ Vgl. dazu u.a. Schleifer, R., Dittmann, V., Ebner, G., Seifritz, E., & Liebreiz, M. (2015). Einsatz von Dolmetschern im Rahmen der versicherungs-psychiatrischen Begutachtung. Praxis, 104(6), 293-300.

festgelegt, dass bei SF- und sF- sowie Sf-Items sowohl die Selbst- als auch die Fremdbeurteilung zu berücksichtigen sind. Die systematische Nicht-Dokumentation der Selbstbeurteilung entspricht nicht dem Vorgehen gemäss AMDP-Manual.¹⁵

Abbildung 8: Einführungstext zur psychiatrischen Befunderhebung



Alle erhaltenen neuropsychologischen Gutachten (siehe Überblick unter 2.1) wurden von Herrn M. G., Assistent, sowie von Herrn M. A., Fachpsychologe für Neuropsychologie, unterschrieben. In allen Fällen wird im Kapitel zu den neuropsychologischen Testverfahren Herr M. G. alleine als Untersucher angegeben. Insgesamt bleibt unklar, welche Anteile des Gutachtens vom «Assistenten» und welche durch den Supervisor erstellt worden sind.

Abbildung 9: Angaben im neuropsychologischen Gutachten (ZS 2)

4.3.2 Neuropsychologische Testverfahren (Mag. rer. nat. M. G.)

Auffallend ist, dass in allen Fällen die Ergebnisse der Beschwerdevalidierung nur als «auffällig» bezeichnet werden, ohne die entsprechenden Rohwerte und Grenzwerte anzugeben. Die Dokumentation der Ergebnisse ist damit intransparent und für andere Fachpersonen nicht überprüfbar. In den neuropsychologischen Leitlinien wird dabei Folgendes festgehalten: «Um die Transparenz des Gutachtens zu erhöhen und bei eventuellen Nachbegutachtungen eine geeignete Testauswahl zu ermöglichen, sollen die verwendeten Tests benannt und die Testergebnisse in Form allgemein bekannter Skalenwerte (z.B. PR, T-Werte, z-Werte) mitgeteilt werden. Dabei ist auch die Art der herangezogenen Normen zu erwähnen (Alters- und/oder Bildungsnormen etc.)»¹⁶.

¹⁵ Vgl. Das AMDP System, 7 Auflage S. 8 ff.

¹⁶ [Leitlinien neuropsych. Begutachtung D 110219 \(swiss-insurance-medicine.ch\)](#) S. 6

In mehreren Fällen finden sich in den psychiatrischen Teilgutachten, die laut Dokumentation 1,5 Stunden dauerten, zusätzlich ausführliche testpsychologische und auch neuropsychologische Befunde. Es bleibt jeweils unklar, wer diese Untersuchung durchgeführt hat, welche Qualifikation der Untersucher hat und wie lange die Untersuchung gedauert hat. Die Untersuchungsdokumentationen sind jeweils ausführlich und entsprechen vom Umfang her einem neuropsychologischen Gutachten.

Weder in den psychiatrischen Gutachten noch in den Konsensbeurteilungen finden sich Unterschriften von psychologischen Sachverständigen. In mehreren Fällen spielen die Befunde eine relevante Rolle für die Gesamtbeurteilung, z.B. im Rahmen der ADHS-Diagnostik oder der Beschwerdevalidierung (ZS 4, ZS 8, ZS 15, ZS 18, ZS 19).

Abbildung 10: Darstellung der Ergebnisse der Testuntersuchung im psychiatrischen Gutachten (ZS 8)

Tabelle 1: Ergebnisse der Diagnostik

Funktion	Verfahren	RW	PR	Bewertung
Lernen und Gedächtnis				
Kurzzeitgedächtnis visuell	WMS-IV: Visuelle Wiedergabe I	28	2	-
	Mittelfristiges Gedächtnis visuell	WMS-IV: Visuelle Wiedergabe II	12	1
Aufmerksamkeit				
Alertness visuell (Intrinsische)	Alertness-TAP: Mittlere Reaktionszeit	306	16	0
	Alertness-TAP: Standardabweichung	133	1	--
Alertness visuell (phasische)	Alertness-TAP: Mittlere Reaktionszeit	242	24	0
	Alertness-TAP: Standardabweichung	34	42	0
Verarbeitungsgeschwindigkeit	WAIS-IV - Symbolsuche	10	0,4	--
	WAIS-IV - Zahlen-Symbol-Test	18	0,1	--
	TMT - A - Trail Making Test	>60	<2	--
Exekutive Funktionen				
Divergentes Denken-figural	DF - Design Fluency - kognitive Flexibilität - Richtige	15	1	--
	DF - Design Fluency - kognitive Flexibilität - Perseveration	0	73	0
Divergentes Denken- verbal	RWT- S- Wörter (formale/lexikalische Wortflüssigkeit) 1 Minuten	9	4	-
	RWT- Vornamen (semantisch - kategoriale Wortflüssigkeit) 1 Minuten	14	<1	--
Arbeitsgedächtnis	WAIS-IV: Zahlen nachsprechen	16	1	--
Fluide Intelligenz	WAIS-IV - Matrizentest	10	2	-
Kognitive Flexibilität	TMT - B - Trail Making Test	>90	<2	--
Symptomvalidierung				
Symptomvalidierung	TOMM - Durchgang 1			
	TOMM - Durchgang 2			auffällig
	Rey Fifteen Item Memory Test			auffällig
	The Dot Counting Test			auffällig

Insgesamt muss davon ausgegangen werden, dass in den vorliegenden Fällen de facto neuropsychologische Untersuchungen stattgefunden haben, wobei unklar ist, von wem diese Untersuchungen durchgeführt wurden, wie lange sie dauerten und ob die Untersuchungen auf Tonband aufgezeichnet wurden.

Es bleibt unklar, inwieweit die gesetzlichen Vorgaben (Art. 7m Abs. 3 ATSV) zur Qualifikation der neuropsychologischen Sachverständigen eingehalten wurden. Aus Sicht der Kommission fehlt eine transparente Darstellung, durch welche Fachperson bzw. Assistenzperson die jeweiligen Erhebungen und Untersuchungen durchgeführt wurden. In diesem Zusammenhang wird auch auf die Beschwerdefälle 10 und 11 verwiesen.

3.6 Beurteilung

Die Konsistenzprüfung in den Teilgutachten ist in den meisten Fällen sehr rudimentär und bezieht sich lediglich auf niedrige Medikamentenspiegel von Analgetika (die z.T. nur bei Bedarf eingenommen wurden) und Antidepressiva sowie auf einen «objektiv schmerzfreien» Eindruck der versicherten Personen. Solche Einschätzungen sind aus Sicht der EKQMB unzureichend und fachlich nicht begründet (vgl. auch Ausführungen und Beispiele in Kap. 2.2).

Typisch sind knappe Standardsätze ohne weitere Begründung: «Die Indikatoren weisen derzeit keine internistisch begründbare relevante Beeinträchtigung der Selbständigkeit, der Selbstversorgung und sozialer Aktivitäten der versicherten Person aus.» (ZS 14, S. 71). Orthopäde (S. 165): «Die in der gesetzlichen Tonbandaufnahme gemachten Angaben zu den Indikatoren deuten auf eine nicht gravierend limitierte Selbstständigkeit, Selbstversorgung und soziale Aktivität hin». Nach Durchsicht der handschriftlichen Fragebögen finden sich jedoch sehr wohl Angaben der Versicherten zum Unterstützungsbedarf.

In einigen Fällen werden relevante Befunde aus den Teilgutachten in der Konsensbeurteilung nicht mehr diskutiert (z.B. ZS 1 bezüglich Konsistenz und Plausibilität im psychiatrischen Gutachten, ZS 2 Intelligenzminderung im neuropsychologischen Gutachten, ZS 7). In ZS 18 werden auffällige Befunde in der ADHS-Abklärung (ADHS SB) aufgrund des Cannabiskonsums als «nicht interpretierbar» bezeichnet und daher die ADHS-Diagnose (trotz ADHS in der Kindheit) verneint.

Im ZS 1 finden sich unter der internistischen und orthopädischen Konsistenzprüfung Diskrepanzen in den Angaben zur Beschwielung der Hände (stark vs. leicht). Diese Diskrepanzen werden in der Konsensbeurteilung nicht aufgelöst.

In ZS 19 werden testpsychologisch festgestellte Einschränkungen (leicht bis mittelgradig bei unauffälliger Beschwerdevalidität) im psychiatrischen Gutachten als irrelevant bezeichnet, da «kein klinisches Befundkorrelat fehlt, der zerebrale Bildbefund keine Auffälligkeiten zeigt». Hauptdiagnose ist eine seit Jahrzehnten bestehende Anorexie/Bulimie.

In ZS 14 finden sich diskrepante Befunde, die in der Konsensbewertung nicht aufgelöst werden: Diskussion Internist (S. 78): «In der vorliegenden Aktensammlung wurde bereits 2020 eine zunehmende Pallhypästhesie der Füße bei klinisch eingeschränkter Vibration beschrieben, wie es sich auch aktuell zeigte (Vibrationsempfinden Malleolus medialis rechts 3/8, links 8/8).». Diskussion Neurologe (S. 115): «In der hiesigen Untersuchung bestand kein namhaftes objektivierbares spinales oder radikuläres Syndrom bei einem nicht schmerzgeplagt wirkenden Versicherten mit guter Beweglichkeit der Wirbelsäule, ohne provozierbare radikuläre Reizzeichen. Die allseits mittlebhaft erhaltenen Dehnungsreflexe sprechen zudem gegen eine namhafte radikuläre Störung. Bei zudem unauffälligen Gang- und Standversuchen sprechen die Untersuchungsbefunde gegen eine namhafte Polyneuropathie».

Die Auseinandersetzung mit den Vorakten erfolgt in mehreren Fällen sehr pauschal bzw. auf formale Aspekte reduziert (ZS 5, ZS 7, ZS 14). Beispielhaft sei auch GA ZS 23 erwähnt, wo trotz 21 stationärer psychiatrischer Aufenthalte in der Vorgeschichte keine psychiatrische Diagnose gestellt wurde. In der überwiegenden Zahl der Fälle wurden die Ergebnisse der beruflichen Eingliederung nicht berücksichtigt bzw. nicht diskutiert.

Die Empfehlungen zu therapeutischen Massnahmen sind in einigen Fällen unbegründet und stehen im Widerspruch zu geltenden Lehrmeinungen bzw. könnten sich in einigen Fällen ungünstig auswirken.

So wird im ZS 10 bei einer versicherten Person mit einer ADHS-Diagnose und negierten «Suchtmerkmalen» eine Cannabis-Entgiftung und Entwöhnung sowie die «Sistierung der Fahrerlaubnis», nicht aber eine multimodale Therapie der ADHS empfohlen. Damit wird nicht die Behandlung der zugrundeliegenden Störung empfohlen, die nachweislich mit der Verbesserung

der Funktionsfähigkeit einhergeht, sondern einzig die Therapie allfälliger komorbider Suchtmerkmale. Die EKQMB betrachtet jedoch leitliniengerechte ADHS-Behandlungskennntnisse als Basiswissen, da diese inzwischen auch in gängigen Lehrbüchern verankert sind.¹⁷

Bei einer seit 20 Jahren bestehenden schweren Abhängigkeitserkrankung mit mehreren stationären Behandlungen und dauerhafter Opiatsubstitution wird eine «stationäre Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung» mit «nachfolgender Langzeitabstinenz» empfohlen (vgl. S. 8 sowie das psychiatrische Gutachten). Wie in anderen vergleichbaren Fällen (Suchtdiagnose) wird eine vergleichbare Empfehlung zur Entgiftung und Kontrollbegutachtung in 6 Monaten gegeben (ZS 16).

Diese Empfehlung steht im Widerspruch zu den geltenden Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit zur Substitutionsbehandlung¹⁸ sowie zu den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin¹⁹.

3.7 Konsensbeurteilung

Unsere Überprüfung richtete sich hier insbesondere nach den Vorgaben des BSV in Bezug auf die einheitliche Struktur für Gutachten in der IV, die ab dem 01.01.2022 gültig ist, und nach den Vorgaben der Leitlinien zur der Konsensbeurteilung bei bi- und polydisziplinären Begutachtungen in der Versicherungsmedizin²⁰.

Der Aufbau der Konsensbeurteilungen ist in den meisten Fällen identisch: Kapitel 3: «Kontext des Auftrags» - hier wird häufig das Auftragsschreiben der IV-Stelle vollständig zitiert. Auch in den folgenden Punkten «Medizinischer Sachverhalt» und «Fragestellung» werden die Angaben aus dem Auftragsschreiben lediglich erneut wiedergegeben.

Im Kapitel 4 «Interdisziplinäre Gesamtbeurteilung» wird unter 4.1. nochmals die Zusammenfassung des Auftraggebers wiedergegeben, d.h. die Angaben aus Kap. 3 «Medizinischer Sachverhalt» werden wiederholt. Es folgen einige ergänzende Angaben zu den angegebenen Beschwerden und eigene klinische Befunde, wobei die Abgrenzung zwischen zitierten Angaben und eigenen Ausführungen nicht immer erkennbar ist. Es folgt eine Aktenzusammenfassung,

¹⁷ <https://www.guidelines.fmh.ch/pdfs/39755f9c9c9ca479c94b28c9db129916-de.pdf>

¹⁸ Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit (2013) Substitutionsgestützte Behandlung bei Opioidabhängigkeit. Zugriff unter: [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/sucht/hegebe/substitutionsgestuetzte-behandlungen-bei-opioid-abhaengigkeit.pdf.download.pdf/BAG_Brosch_SGB_d\(5\)_def.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/sucht/hegebe/substitutionsgestuetzte-behandlungen-bei-opioid-abhaengigkeit.pdf.download.pdf/BAG_Brosch_SGB_d(5)_def.pdf)

¹⁹ SSAM (2020) Medizinische Empfehlungen für Opioidagonistherapie (OAT) bei Opioidabhängigkeits-Syndrom 2020. Zugriff unter: https://www.ssam-sapp.ch/securedl/sdl-eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJpYXQiOiJlE2OTgzOTQwNjAsImV4cCI6MTY5ODQ4NDA1OSwidXNlciI6MCwiZ3JvdXBzIjpbMCwtMV0sImZpbGUiOiJmaWxIY-WRtaW5cL1NTQU1cL3VzZXJfdXBsb2FkXC9FbXBm-ZWVhscW5nZW5cL09BVf9NYXN0ZXJmaWxIe2RlXzE2LjA3LjIjwMjBfZGVmLnBkZilsInBhZ2UiOiJlEzMDd9.JwtZsNVaM-rrcelqzWVv19ayVnsjox4WLS3NMkia2718/OAT_Masterfile_de_16.07.2020_def.pdf

²⁰ SIM (2020) Leitlinien zur Konsensbeurteilung bei bi- und polydisziplinären Begutachtungen in der Versicherungsmedizin. Zugriff unter: www.swiss-insurance-medicine.ch/storage/app/media/Downloads/Dokumente/Fachwissen/Gutachten/LL%20Poly%20Publikationsversion%20D%2004.12.2020.pdf

die in mehreren Fällen mit wenigen Sätzen kommentiert wird: z.B. «Die hausärztlichen Einschätzungen können nicht bestätigt werden, da sie sich weitgehend auf die subjektive Darstellung und Bildbefunde stützen, keine eigenen objektivierenden klinischen Befunde und keine Plausibilitätsprüfung erkennen lassen».

Die Beurteilung der Konsistenz und Plausibilität beschränkt sich in vielen Fällen auf oberflächliche Feststellungen im Sinne von «kein schmerzbelasteter Eindruck bei der Untersuchung», zusätzlich werden niedrige Medikamentenspiegel von Analgetika und/oder Antidepressiva zur Beurteilung herangezogen. Darüber hinausgehende Ausführungen werden nicht gemacht (Siehe dazu Beispiel in der unteren Abbildung).

Abbildung 11: Beispiel 1 aus der Konsistenzprüfung

4.2 Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität

Die Plausibilitätsprüfung zeigt wirksame Spiegel der geprüften Medikation.

4.3. Relevante Diagnosen mit kurzer Darstellung der aus den Befunden

Abbildung 12: Beispiel 2 aus der Konsistenzprüfung

4.2 Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität

Die hiesigen Befunde zeigen keine namhafte somatische Auffälligkeit und eine mittelgradige depressive Episode.

Die Plausibilitätsprüfung ergibt keine namhafte Schmerzbeeinträchtigung im klinischen Eindruck und teils nicht wirksame Medikamentenspiegel.

Die Indikatorenprüfung zeigt eine zumindest partielle Selbständigkeit, Selbstversorgungsfähigkeit und soziale Integration.

In mehreren Gutachten findet sich unter der Konsensbeurteilung die Feststellung, dass die Tonaufnahme das gültige Anamnese-/Beschwerdedokument ist. Dabei ist es den anderen PMEDA Teilgutachtern jedoch nicht möglich auf die Tonbandaufnahme der anderen Disziplinen zuzugreifen. Dieser Umstand ist den PMEDA-Gutachtern bekannt, die dies in einigen Gutachten sogar selbst konstatieren. Ergänzend soll darauf hingewiesen werden, dass auch der fallführenden Gutachterin bzw. dem fallführenden Gutachter sowie der Supervisorin bzw. dem Supervisor der Zugang zu den Tonaufnahmen der jeweils anderen Disziplinen nicht möglich ist. Wiederum halten die Sachverständigen der PMEDA AG selbst fest, dass die eigene Qualitätskontrolle nicht die Überprüfung von Tonaufnahmen umfassen könne (z.B. ZS 10). Aus Sicht der EKQMB ist den Sachverständigen der PMEDA AG in einer derartigen Konstellation eine Konsensbeurteilung nicht möglich. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass «die Prüfung der Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit aller Teilgutachten sowie die Identifikation inhaltlicher Diskrepanzen der Fallführerin oder dem Fallführer obliegt»²¹ (Leitlinien polydisziplinäre Gutachten SIM).

²¹ Leitlinien zur Konsensbeurteilung bei bi- und polydisziplinären Begutachtungen in der Versicherungsmedizin (2020), Kap. 4

In der Konsensbewertung wird bei polydisziplinären Gutachten in den meisten Fällen nicht angegeben, wer das Gutachten erstellt hat, wann die Besprechung erfolgt ist und wer den Konsens formuliert hat. Diese Angaben (Fallführer) sind nur bei einigen bidisziplinären Gutachten vorhanden.

Abbildung 13: Angaben zur Entstehung der Konsensbeurteilung

5. Angaben zur Entstehung des Konsenses mit Unterschriften

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

Die beteiligten Gutachter (Dres. ██████, ██████) haben in ihrer Besprechung vom ██████.2022 den Konsens einstimmig gutgeheissen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass mehrere Bestimmungen der BSV-Vorgaben zur Gliederung des Gutachtens²² nicht eingehalten werden. So sollen unter Punkt 4.1. (Kurze Zusammenfassung der Krankheitsentwicklung) keine Textpassagen aus dem Gutachten wiedergegeben werden. Unter Punkt 5 der Konsensbeurteilung (Angaben zum Entstehen des Konsenses mit Unterschriften) sind folgende Angaben zu erwarten: «Wann fand die Besprechung statt, wer hat formuliert, wer war anwesend, mündlich, fernmündlich, wurde ausnahmsweise aufgrund der Sachlage auf die Teilnahme am Konsens verzichtet und warum». Diese Angaben sind in den meisten Fällen nicht zu finden, damit bleiben die Anforderungen nicht erfüllt. Es sei darauf hingewiesen, dass ein solches Vorgehen im Standardlehrbuch zur medizinischen Begutachtung von Förster als grob fehlerhaft bezeichnet wird²³.

3.8 Weitere Bemerkungen

Bei keinem der an den Untersuchungen mitwirkenden Sachverständigen lautet die Bewilligungsadresse gemäss Medizinalberufsregister MedReg (Stand 03.07.2023) auf die Adresse der PMEDA AG. Aus den Gutachten geht nicht hervor, in welchen Räumlichkeiten die Untersuchungen durchgeführt werden. Zu bemerken ist ferner, dass die Dauer der Untersuchungen in fast allen Fällen mit 75 oder 90 Minuten angegeben wird, dies gilt auch für aufwändigere Fälle mit bidirektionaler Übersetzung und für Fälle mit komplexer Vorgeschichte. Hinsichtlich der Untersuchungsdauer wird auch auf den Beschwerdefall 11 (BF 11) verwiesen.

4. Gesamtbeurteilung und Würdigung durch die EKQMB

Im folgenden Kapitel werden die zentralen Befunde der Qualitätsüberprüfung der Gutachten der PMEDA AG aus den Jahren 2022 und 2023 systematisch zusammengefasst und bewertet. Der umfangreiche Prüfprozess, welcher zwischen Juni und September 2023 stattfand, stützt sich auf zahlreiche Unterlagen, die sowohl von der Kommission als auch von Drittparteien bereitgestellt wurden. Unsere Überprüfung berücksichtigt sowohl strukturelle Aspekte, die sich

²² KSVI, Anhang V.

²³ Venzlaff/ Foerster/ Dressing/ Habermeyer (2020) Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. 7. Auflage. 2020. Urban & Fischer. ISBN 978-3-437-22903-9. S. 99.

auf die Einhaltung bestehender Vorgaben beziehen, als auch inhaltliche Qualitätsmerkmale. Im Fokus steht insbesondere, inwieweit die Gutachten den Anforderungen der Vollständigkeit, Nachvollziehbarkeit und medizinischen Korrektheit genügen. Zentrales Anliegen dieses Kapitels ist es, nicht nur die festgestellten Mängel und Unstimmigkeiten transparent zu machen, sondern auch die Relevanz dieser Befunde für die Praxis herauszuarbeiten. Dies ist wichtig angesichts der zentralen Rolle, welche die medizinischen Gutachten für die Rechtsentscheide im Bereich des Sozialversicherungsrechts spielen.

Die folgenden Feststellungen wurden im Rahmen der interdisziplinären Evaluation durch die EKQMB getroffen:

Aktenzusammenfassung: Viele Gutachten enthalten unvollständige Aktenzusammenfassungen und vernachlässigten berufliche Unterlagen, was den BSV-Richtlinien widerspricht. (Diese Mängel wurden in 23 von 32 Fällen festgestellt).

Anamnese: Die schriftlich dokumentierte Anamnese basiert hauptsächlich auf schriftlichen Selbstauskünften der Versicherten, was in Fällen, in denen Dolmetscher benötigt wurden, problematisch ist. Die schriftliche Dokumentation ist oft unzureichend, und die Tonaufzeichnungen waren oft die einzige verlässliche Quelle, was die Überprüfbarkeit der Gutachten verunmöglicht bzw. erheblich erschwert. (Diese Mängel traten in 29 von 32 Fällen auf, in 8 Fällen füllten die versicherten Personen die Fragebögen in deutscher Sprache aus, obwohl eine Übersetzung im Rahmen der Begutachtung erforderlich war).

Befunderhebung: Bei der psychopathologischen Befunderhebung im Bereich von psychiatrischen Teilgutachten kam es zu Anwendungsfehlern des AMDP-Manuals und bei neuropsychologischen Gutachten blieb häufig unklar, wer diese tatsächlich durchgeführt hatte bzw. in welcher Form und in welchem Umfang Sachverständige beteiligt waren. Zudem wurde auch festgestellt, dass die Ergebnisse der Beschwerdevalidierung nicht transparent dargestellt und damit nicht nachvollziehbar waren (Mängel bei der Befunderhebung wurden in 28 von 32 Fällen festgestellt).

Beurteilung: Die Bewertung der Konsistenz in den Gutachten war oft oberflächlich. Relevante Befunde aus Teilgutachten wurden häufig nicht in der abschliessenden Beurteilung berücksichtigt. Es gab Fälle, in denen trotz weitreichender und umfassender, vordiagnostizierter Störungen keine Diagnosen gestellt wurden, ohne dass seitens der Sachverständigen der PMEDA AG eine hinreichende Auseinandersetzung mit diesen bestehenden Vorbefunden erfolgt wäre. (Derartige Mängel fanden sich in 23 von 32 Fällen).

Therapieempfehlungen: Die gutachterlichen Therapieempfehlungen entsprachen in einigen Fällen nicht den etablierten fachlich-medizinischen Standards, waren nicht hinreichend begründet und hätten daher potenziell ungünstige Auswirkungen auf die Versicherten entfalten können. (In 4 Fällen wurden solche Mängel festgestellt).

Konsensbeurteilung: Es mangelte an klaren Informationen darüber, wer das Gutachten erstellt hat und wie der Konsens erzielt wurde. Viele Konsensbeurteilungen entsprachen nicht den BSV-Vorgaben (Diese Mängel wurden in 29 von 32 Fällen festgestellt).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im Rahmen der Qualitätsprüfung der Gutachten der PMEDA AG 32 nach dem Zufallsprinzip ausgewählte poly- und bidisziplinäre Gutachten der PMEDA aus den Jahren 2022 und 2023 untersucht wurden. Zwischen Juni und September 2023 erhielt die Kommission von Privatpersonen, Behinderten- und Patientenverbänden sowie Rechtsanwälten unaufgefordert verschiedene Unterlagen, darunter Gutachten der PMEDA, medizinische und juristische Stellungnahmen sowie Gerichtsurteile, die ebenfalls berücksichtigt wurden.

Ziel unserer Prüfung war es, die Einhaltung der ab 2022 geltenden grundsätzlichen Vorgaben für einen einheitlichen Aufbau der Gutachten sowie der anzuwendenden Leitlinien zu überprüfen. Darüber hinaus wurden die grundlegenden medizinischen und fachlichen Standards berücksichtigt.

Bei der Auswertung der Konsensgutachten zeigte sich, dass viele Vorgaben des BSV nicht eingehalten wurden und häufig wichtige Informationen zum Prozess der Konsensfindung fehlten. Darüber hinaus enthielten viele Gutachten keine vollständige Zusammenfassung der wichtigsten medizinischen Unterlagen sowie der relevanten Eingliederungsberichte. Die Eingliederungsakten und andere berufliche Unterlagen wurden häufig nicht diskutiert. Bei der Anamnese war es gängige Praxis, die Selbstauskünfte der versicherten Personen in einem Fragebogen in deutscher Sprache zu erfassen. Die Verlässlichkeit dieser Selbstauskünfte musste jedoch bei vielen Personen, die eigentlich einen Dolmetscher benötigten, in Frage gestellt werden. Zudem erschwerte die unzureichende schriftliche Dokumentation der Anamnese die Nachvollziehbarkeit für andere Fachkräfte und stellte generell die Qualität und Verlässlichkeit solcher Gutachten in Frage. Auch im Bereich der psychiatrischen Befunderhebung sind Mängel festzustellen. Dieser Umstand und weitere beobachtete Mängel, wie z.B. die unzureichende Auseinandersetzung mit den Vorakten oder die fehlende Diskussion relevanter Befunde, untergraben das Vertrauen in die erstellten Gutachten. Einige Therapieempfehlungen waren unbegründet, standen im Widerspruch zu den geltenden medizinischen Standards oder waren sogar für die versicherten Personen potenziell kontraproduktiv.

Die Überprüfung zeigt, dass die Gutachten erhebliche Mängel aufweisen, sowohl in Bezug auf die Einhaltung der formalen Vorgaben des BSV als auch in Bezug auf die fachlich-inhaltliche Qualität und Nachvollziehbarkeit.

Einschränkungen: Bei der Bewertung ist zu berücksichtigen, dass zwar die unter den Punkten a) und d) angeforderten Unterlagen (vgl. Kapitel 2) der EKQMB zur Verfügung gestellt und in die Überprüfung einbezogen wurden, die Dokumente gemäss b) und c) jedoch zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts nicht vorlagen. Dieser Umstand hatte keinen direkten Einfluss auf die abschliessende Beurteilung, stellt jedoch eine Limitation im Kontext der Gesamtbewertung dar. Es ist anzumerken, dass die PMEDA AG keine direkte Rückmeldung von der EKQMB erhielt. Dies ist damit zu begründen, dass das BSV am 29.09.2023 mitteilte, die PMEDA AG habe ihre Verträge mit dem BSV beendet bzw. werde künftig keine neuen Aufträge mehr annehmen.

5. Empfehlungen

Aus Sicht der Kommission weist die überwiegende Anzahl der überprüften Gutachten gravierende formale und inhaltliche Mängel auf, weshalb am 04.10.2023 eine Empfehlung zur Beendigung der Auftragsvergabe an die PMEDA AG veröffentlicht wurde.

Darüber hinaus hat die Kommission einen Vorschlag zur Bewertung der noch ausstehenden Gutachten erarbeitet, dieser findet sich in Anhang 3. Abschliessend sei nochmals darauf hingewiesen, dass auch die im Annex 3 formulierten Vorschläge den derzeit geltenden und allgemein bekannten Vorgaben und Leitlinien entsprechen.

Kontakt/Rückfragen:

Fachstelle EKQMB

E-Mail: fachstelleekqmb@bsv.admin.ch

Telefon: +41 58 462 46 80

Anhang 1: Beschwerdefälle

Psychiatrisches Gutachten aus dem Jahr 2021 (BF 1):

(Es liegt nur das psychiatrische Teilgutachten einer polydisziplinären Untersuchung vor). Die Untersuchung wurde laut Vermerk im Gutachten im August 2021 durchgeführt:

- Das Gutachten enthält eine schriftliche Befragung der Versicherten vom September 2021 (also nach der eigentlichen Untersuchung), wobei unklar bleibt, inwieweit diese Angaben verwendet werden (S. 99 ff.). Im Folgenden wird jedoch die Anamnese erhoben (S. 110 ff.). Es erscheint sehr ungewöhnlich, einen solchen Fragebogen als Teil der Anamnese zu deklarieren.
- Auffällig sind die Einschätzungen zum möglichen schädlichen Gebrauch von Opioiden und Cannabinoiden. Es wurde ein möglicher schädlicher Gebrauch von Opioiden (Tapentadol) (ICD 10 F 11.1) und Cannabinoiden (ICD 10 F 12.1) diagnostiziert (S. 118). Die diagnostische Einschätzung ist nicht begründet und steht sogar im Widerspruch zu den erhobenen Befunden: So geht die Gutachterin davon aus, dass Opioide gar nicht eingenommen werden. «... der Blutspiegel von Palexia lag jedoch unter der Nachweisgrenze» (S. 120) Die Nichteinnahme des Opioids wurde als Indiz für die Unglaubwürdigkeit der Schmerzbeschwerden postuliert. Gleichzeitig wurde auf einen möglichen schädlichen Gebrauch dieser Substanz hingewiesen. Warum die Einnahme des ärztlich verordneten Cannabinoids einen schädlichen Gebrauch darstellen soll, bleibt unklar. Die Kriterien für einen schädlichen Gebrauch nach ICD 10 werden nicht diskutiert (S. 120).
- Die Nichtberücksichtigung der Integrationsberichte (was erst aus den Anwaltsschreiben ersichtlich wird) ist scharf zu kritisieren. Denn die angeführten Zitate aus diesen Berichten (Schreiben vom 06.06.2019, 04.07.2019, 06.09.2019 sowie Bericht vom 25.02.2019) weisen auf erhebliche Dysfunktionen der versicherten Person hin. Diese hätten unbedingt diskutiert werden müssen.

Schlussfolgerung: Es findet eine sehr selektive Interpretation der Befunde zu Ungunsten der zu begutachtenden Person statt. Scharf zu kritisieren ist die fehlende Diskussion relevanter Eingliederungsberichte, die deutliche Hinweise auf alltagsrelevante Defizite enthalten.

Polydisziplinäres Gutachten aus dem Jahr 2022 (BF 2):

- Die Anamnese wird mittels eines handschriftlichen, schwer leserlichen Fragebogens dokumentiert, teilweise nur stichwortartige Eintragungen, die unübersichtlich erscheinen. (S. 146 ff, S. 192 ff, S. 234 ff, S. 276 ff). Insgesamt wird auf die Tonbandaufzeichnungen verwiesen. «Die folgende Darstellung stellt eine Zusammenfassung der in der Tonbandaufnahme dokumentierten Anamnese dar.» (S. 322)
- Im psychiatrischen Gutachten wird lediglich eine Zusammenfassung der Anamneseerhebung (< 1 Seite) dokumentiert (S. 322).
- Bezüglich der psychiatrischen Befunderhebung (nach Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, im Folgenden AMDP) wird für die subjektiven Anteile des AMDP-Befundes auf die Tonbandaufnahme verwiesen: «Für die im AMDP-Befund als subjektiv definierten Variablen sowie für dual, subjektiv/objektiv kodierte Variablen gelten für den subjektiven Anteil die Angaben der Tonbandaufnahme...» (S. 323). Hierzu ist anzumerken, dass die Tonbandaufnahme nur die Fragen der Untersucherin bzw. die Antworten der Explorandin enthalten kann und nicht die nach AMDP dokumentierten Befunde. Die Befunddokumentation erfolgte somit nicht nach AMDP-Vorgaben, ist unvollständig (S. 324 ff) und damit schlecht nachvollziehbar.

Abbildung: BF 2: Kommentar zur Befunderhebung

4. Befunde

Die Erhebung der Anamnese erfolgte mit der gesetzlich vorgeschriebenen und entsprechend den Vorgaben des Bundesamtes für Sozialversicherungen übermittelten Tonaufzeichnung. Im Verwaltungsverfahren ist die Tonaufzeichnung zu berücksichtigen, die Tonaufzeichnung ist integraler Bestandteil dieses Gutachtens.

Für die im AMDP-Befund als subjektiv (Anamnese) definierten Variablen sowie bei dual, subjektiv/objektiv, kodierten Variablen gelten die Angaben der Tonaufzeichnung für den subjektiven Teil. Im hier schriftlich präsentierten Befund nach AMDP sind die als objektiv/untersucherdefiniert kodierten AMDP-Variablen dargestellt, bei dual kodierten Variablen der nach AMDP objektiv/untersucherdefinierte Teil.

Schlussfolgerung: Wesentliche Erhebungen und Befunde werden nicht schriftlich dokumentiert, sondern es wird auf die Tonaufzeichnung verwiesen. Dies ist insbesondere hinsichtlich der Erhebung des psychopathologischen Befundes nach AMDP unzulässig und grob fehlerhaft.

Polydisziplinäres Gutachten aus dem Jahr 2021 (BF 3):

Auch in diesem Gutachten werden die bereits erwähnten handschriftlichen Fragebögen verwendet (S. 70 ff, S. 88 ff, S. 128, S. 152 ff, S. 180 (im psych. Gutachten)). Die eigentliche psychiatrische Anamnese findet sich dort auf den Seiten 191-194. Sie ist insgesamt zu knapp gehalten. Im psychiatrischen Gutachten wurde die Vorgeschichte nicht ausreichend berücksichtigt.

Fazit: Im vorliegenden Fall war die Anamneserhebung sehr knapp und relevante Vorbefunde wurden nicht ausreichend berücksichtigt.

Polydisziplinäre Gutachten aus dem Jahr 2016 (BF 4):

Kurze Zusammenfassung des Falles: Im damaligen Gutachten wurde die Diagnose einer hirnorganischen psychischen Störung aufgrund unzureichender Untersuchungen nicht gestellt. Das PMEDA-Gutachten war zweifellos fehlerhaft, was in einem aktuellen Folgegutachten der MEDAS Zürich nachvollziehbar dokumentiert wurde.

Polydisziplinäres Gutachten aus dem Jahr 2013 (VVG-Fall) (BF 5):

Von diesem Gutachten wurde eine (versteckte) Tonaufnahme angefertigt, das Explorationsgespräch habe keine halbe Stunde gedauert, wobei mehr als 3 ½ Stunden abgerechnet worden seien.

Polydisziplinäres Gutachten aus dem Jahr 2023 (nur Kommentar zum Gutachten) (BF 6):

Der Beschwerdeführer kritisiert den formalen Aufbau der Gutachten (Fragebögen, identische redundante Textpassagen in allen Teilgutachten etc.). Es sei unklar, wie das Konsensgutachten zustande gekommen sei und wer es formuliert habe. Im Gutachten sei festgehalten, dass nur die Tonaufnahme die eigentliche Anamnese darstelle. Damit sei für die Konsensbeurteilung davon auszugehen, dass die jeweiligen anamnestischen Erhebungen den anderen Gutachtern gar nicht bekannt sein können.

Darüber hinaus wird auch inhaltliche Kritik am neurologisch-psychiatrischen Gutachten vorgebracht.

Bidisziplinäres Gutachten aus dem Jahr 2022 (VVG) (BF 7):

Es fällt auf, dass bei dieser Begutachtung zuhanden des Taggeldversicherers keine handschriftlichen Fragebögen etc. verwendet werden.

Polydisziplinäres Gutachten PMEDA aus dem Jahr 2021 (BF 8):

Die vollständigen Akten wurden übermittelt. Es wird vorgebracht, dass das letztlich vom Gericht bestätigte Gutachten in starkem Widerspruch zu den Vorakten stehe und der formale Aufbau bzw. die Gliederung des Gutachtens kritisiert.

Anwaltliche Beschwerden zum Gutachten aus dem Jahr 2023 (BF 9):

Unter anderem wird darauf hingewiesen, dass bei der Akteneinsicht die Tonaufzeichnungen dem Rechtsvertreter nicht zugestellt wurden. Erst nach nochmaliger Intervention sei die Tonaufzeichnung mittels eines provisorischen und 3 Monate gültigen Links zugestellt worden. Eine Überprüfung des Gutachtens durch behandelnde Ärzte und Vertrauenspersonen sei nicht möglich gewesen.

Hinsichtlich des Gutachtens wurden verschiedene inhaltliche und auch formale Punkte bemängelt.

Polydisziplinäre Begutachtung aus dem Jahr 2023 (BF 10):

Laut Anwaltsschreiben wurde die neuropsychologische Untersuchung nicht wie angekündigt durch den Diplom-Neuropsychologen M. Sc. M. A. durchgeführt, sondern durch Herrn M. G., klinischer Psychologe. Es wurde kritisiert, dass Herr M. G. nicht auf der Homepage der PMEDA aufgeführt sei. Darüber hinaus seien weder der Versicherte noch sein gesetzlicher Vertreter über die Untersuchung durch Herrn M. G. informiert worden.

In einem persönlichen Telefonat eines Mitarbeiters der Fachstelle mit dem Versicherten berichtete dieser, dass Herr M. G. sich nicht richtig vorgestellt habe und der Versicherte nur zufällig erfahren habe, dass es sich beim neuropsychologischen Gutachter nicht um Herrn M. A. gehandelt habe.

Nach entsprechender Intervention der Rechtsvertreterin des Versicherten bei der zuständigen IV-Stelle wurde der Versicherte zu einer Nachuntersuchung eingeladen.

Gutachten aus dem Jahr 2023 (BF 11):

In der Beschwerde wird bemängelt, dass die PMEDA AG die Anamneseerhebung nicht sorgfältig dokumentiert und den von den Versicherten ausgefüllten Fragebogen kopiert. Zudem wurde auf die Tonbandaufnahmen verwiesen. Die Überprüfung der Tonbandaufnahme habe im vorliegenden Fall ergeben, dass die dokumentierte Zeitangabe der psychiatrischen Exploration nicht mit der Zeitangabe auf der Tonbandaufnahme übereinstimme.

Die neuropsychologische Untersuchung sei nicht wie angekündigt von M. Sc. M. A., sondern von Mag. rer. nat. M. G. durchgeführt worden.

Anhang 2: Beurteilung eines anonymisierten PMEDA-Gutachtens durch fachärztliche Reviewer

Ein anonymisiertes polydisziplinäres Gutachten von PMEDA, mit den Disziplinen Allgemeinmedizin, Psychiatrie, Neurologie, Orthopädie und Kardiologie wurde von unabhängigen Peer-Reviewern beurteilt. Die 8 Fachärzte haben die Teilgutachten ihrer Disziplin anhand von 24 Items beurteilt und die beiden Allgemeinärzte haben die Konsensbeurteilung vorgenommen. Damit wurde jedes Teilgutachten (ausser Kardiologie) jeweils von zwei Reviewern unabhängig beurteilt.

Ergebnisse der Beurteilung der Teilgutachten:

Bereich	Nr.	Frage	A1	A2	P1	P2	N1	N2	O1	O2	K1	Mittel
Formale Gestaltung	A1	Inwieweit werden die Gliederungsvorgaben inkl. allfälliger Vorgaben zur interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) gemäss den Anforderungen eingehalten?	4	1	1	1	1	1	1	1	4	1.7
	A2	Sind die Fristen zwischen Untersuchungszeitpunkt und Gutachteneingang bei der IV angemessen?										
Verständlichkeit	B1	Ist das Gutachten sprachlich korrekt und unmissverständlich verfasst?	2	2	2	3	1	1	4	2	1	2.0
	B2	Inwieweit sind Fachausdrücke und Abkürzungen, die für das Verstehen des Gutachtens wesentlich sind, allgemeinverständlich erklärt?	2	4	1	3	1	1	1	1	4	2.0
	B3	Inwieweit wird die versicherungsmedizinische Terminologie richtig angewendet?	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1.3
Transparenz	C1	Ist die Untersuchungszeit (Datum, Uhrzeit von – bis) dokumentiert?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
	C2	Inwieweit sind Herkunft, zeitliche Einordnung und Kernaussagen von medizinischen Informationen erkennbar?	2	1	1	4	1	1	4	4	3	2.3
	C3	Inwieweit wird benannt, mit welchen Untersuchungsverfahren die Befunde erhoben werden?	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1.4
	C4	Inwieweit werden die Informationsquellen bei der eigenen Befunderhebung unterschieden?	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1.3
	C5	Inwieweit wird dargestellt, auf welcher Grundlage die Beurteilung der Untersuchungsbefunde erfolgte?	2	4	3	4	4	1	1	2	1	2.4
Vollständigkeit	D1	Inwieweit wird die Befragung vollständig in Bezug auf die Fragestellung dargestellt?	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3.9
	D2	Inwieweit sind die Diagnosen nach einem anerkannten Diagnosesystem verschlüsselt?	2	4	1	2	1	2	4	4	4	2.7
	D3	Inwieweit werden wesentliche Abweichungen in der versicherungsmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens gegenüber relevanten Vorberichten beschrieben und bewertet?	1	1	1	3	3	1	1	4	4	2.1
	D4	Inwieweit werden die vom Auftraggeber gestellten versicherungsmedizinischen Fragen inkl. evtl. Zusatzfragen vollständig beantwortet?	1	1	1	4	3	1	2	4	1	2.0
	D5	Gibt es bei interdisziplinären Gutachten eine echte integrative Beurteilung?										
Fachliche Kompetenzen	E1	Inwieweit wird der allgemein anerkannte Stand wissenschaftlicher medizinischer Erkenntnisse gemäss gültigen Leitlinien beachtet?	1	1	4	3	4	1	1	1	1	1.9
	E2	Macht ein(e) Facharzt/ Fachärztin Beurteilungen/fachliche Wertungen in fremdem Fachgebiet?	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1.2
	E3	Würdigt der/die zuständige medizinische Sachverständige beurteilungsrelevante Zusatzdiagnostik integrativ?	1	1	4	4	4	4	1	4	1	2.7
	E4	Werden Funktionsdefizite und dokumentierte Befunde in Bezug zu den gestellten Diagnosen gesetzt?	1	1	1	4	3	1	2	4	1	2.0
	E5	Sind personenbezogene und psychosoziale Faktoren berücksichtigt?	1	1	3	1	3	1	2	4	1	1.9
	E6	Werden Konsistenz und Plausibilität beurteilt?	1	1	4	1	2	1	2	3	1	1.8
	E7	Inwieweit erfolgt eine Darstellung der bisherigen Therapie und eine Stellungnahme zu weiteren therapeutischen Optionen mit Auswirkung auf das arbeitsrelevante Funktionsniveau?	1	1	3	1	3	2	3	4	1	2.1
Wirtschaftlichkeit	F1	Inwieweit ist die eingesetzte Diagnostik für die Beantwortung der versicherungsmedizinischen Fragestellung geeignet und notwendig?	1	1	1	1	1	4	1	2	1	1.4
	F2	Inwieweit ist die eingesetzte Diagnostik für die Beantwortung der versicherungsmedizinischen Fragestellung ausreichend?	1	1	4	1	4	1	1	2	1	1.8
Nachvollziehbarkeit	Ampel	Bewerten Sie die Nachvollziehbarkeit des Gutachtens anhand der Argumentationsführung	1	2	3	3	2	1	3	3	2	2.2

Die Items A-F werden mittels einer 4er Likert-Skala bewertet (Werte 1-4, 4 schwer mangelhaft). Die Nachvollziehbarkeit wird anhand einer 3-er Likert-Skala bewertet (Werte 1-3, 3 nicht nachvollziehbar).

Insgesamt wurden das psychiatrische und das orthopädische Teilgutachten als nicht nachvollziehbar beurteilt. Von allen Reviewern wurde die Befragung (D1), analog zur Beurteilung unter 5.4, als grob mangelhaft (3,9 von 4 Punkten) beurteilt. Weitere Kritikpunkte betrafen die Diagnoseverschlüsselung, die Beurteilung der Zusatzdiagnostik (2,7). Sowohl das psychiatrische wie auch das orthopädische Teilgutachten wurden übereinstimmend als nicht nachvollziehbar beurteilt (jeweils 3 von 3).

An dieser Stelle werden die Angaben der Gutachter zur Anamneseerhebung im Gutachten dargestellt:

Orthopädie 1: «Bereits erwähnt wurde die völlig ungenügende Darstellung der Anamnese ausschliesslich in Form von Fragebögen, die vom Versicherten nur rudimentär ausgefüllt wurden mit Verweis hinsichtlich der strukturierten Anamnese auf die Tonaufnahme. Durch diese Form der dargestellten Anamnese erhält der Leser keinen Eindruck über die vom Versicherten persönlich erlebte Krankengeschichte sowie seine Beschwerden, Funktionseinschränkungen und Behinderungen. Auch die Lebensumstände sind nur rudimentär aufgeführt und ergeben kein umfassendes Bild des Versicherten.»

Orthopädie 2: «Es finden sich bis auf den kaum leserlichen Fragebogen zur Anamnese keinerlei Angaben.»

Psychiatrie 1: «Keine vertiefte Anamnese, bedeutende Angaben wurden nicht weiter exploriert wie z.B. warum der Versicherte in einem Heim aufgewachsen ist. Auch wurde weder der Unfall exploriert noch die Behandlungen der daraus resultierenden Schmerzen thematisiert. Der positive Ecstasy- und Opiatbefund wurde ebenso wenig besprochen» und «Man gewinnt den Eindruck, dass sich die Anamnese vor allem auf den schriftlichen Fragebogen stützt, im persönlichen Gespräch aber keine vertiefte Anamnese erhoben wurde. Ebenso wenig wurde auf ein mögliches Suchtproblem Bezug genommen, trotz der Hinweise im toxikologischen Harnbefund.»

Psychiatrie 2: «Da lediglich der vorab abgegebene Fragebogen ins Gutachten kopiert wurde, auf die Tonbandaufnahme verwiesen wird und nur eine kurze Zusammenfassung erfolgt, ist unklar und nicht nachvollziehbar, inwieweit welche Aspekte anlässlich der gutachterlichen Untersuchung seriös erfragt wurden.»

Neurologie 1: «Die Bemerkungen sind sehr kurz gehalten.»

Neurologie 2: «Es wird fast ausschliesslich auf einen vorgängig vom Versicherten ausgefüllten Fragebogen abgestellt. Der gleiche Fragebogen wird auch von allen anderen Teilgutachtern verwendet. Die Angaben auf dem Fragebogen sind überwiegend sehr knapp und viele Fragen sind gar nicht beantwortet. Die eigentliche persönliche Befragung durch die Gutachter wird auf lediglich 3 Zeilen dokumentiert, wobei es sich dabei nur um eine würdige Zusammenfassung der vom Versicherten gemachten Angaben handelt.»

Innere Medizin 1: «Die Antworten bzgl. dieser Unterpunkte (Jetziges Leiden, Persönliche Anamnese, Systemanamnese, Familienanamnese / Heredität, Besonderheiten bei der Geburt, frühkindliche Entwicklung, Beziehungen innerhalb der Primärfamilie, Verhaltensauffälligkeiten in Vorschulzeit und Schulzeit, Schulischer und beruflicher Werdegang, Ehrenämter, Militär, Berufliche Tätigkeiten und Stellungen im Beruf, Datum und Umstände der Arbeitsaufgabe, Erfahrungen mit Eingliederungsmassnahmen oder Arbeitsversuchen, Arbeitsbezogenes Beschwerdebild, Soziale Anamnese, Sexualanamnese, Tagesablauf (detailliert, repräsentativ), Freizeitgestaltung, Hobbies, benötigte Hilfen in Haushalt und Alltag, Benutzung von Verkehrsmitteln, Art der Anreise, Ferienreisen etc., Ressourcen, Bisherige Behandlung(en) inklusive Medikamente, Zukunftsvorstellungen allgemein und in Bezug auf berufliche Tätigkeiten bzw. Eingliederung) werden stichwortartig handschriftlich abgegeben.»

Innere Medizin 2: «Tätigkeitsprofil nicht komplett beschrieben, keine Angaben zum letzten Pensum. Tagesablauf stichwortartig. Keine Angaben zu den letzten Ferien. Keine Angaben zur Art der Anreise zur Begutachtung. Keine Angaben, ob der/die Versicherte Kinder hat, Erkrankungen. Insgesamt fehlt hier eine vom BSV vorgegebene Gliederung der Angaben, diese sind handschriftlich festgehalten worden, was eine Auswertung deutlich erschwert. Zudem finden sich wiederholt Verweise wie «siehe Dokumente».

Kardiologie 1: «Eine seriöse Befragung ist nicht ersichtlich. Unzureichend sind seitenweise handschriftlich rudimentäre Anamnesebögen, die schriftliche Zusammenfassung ist rudimentär. Es fehlt z. B. Erhebung des Tagesablaufs, finanzielle Situation, einschneidende Erlebnisse, Schullaufbahn ...»

Die folgenden Bewertungen beziehen sich auf den Punkt Konsistenz und Plausibilität:

Orthopädie 1: «Die Beurteilung der Konsistenz und Plausibilität wird von orthopädischer Seite her nur sehr rudimentär und pauschal behandelt. Es wird zur Kooperation und zum Verhalten des Versicherten keine detaillierte Stellung genommen, wie auch nicht zur Frage ob Verdeutlichungstendenzen, eine Aggravation oder gar Simulation vorliegt oder nicht.»

Orthopädie 2: «Lediglich lapidare Aussage, dass das angegebene Schmerzniveau und die inkonstant demonstrierten Einschränkungen (im Befund allerdings nicht klar beschrieben) orthopädisch nicht objektiviert/nachvollzogen werden können, ohne nähere Begründung.»

Psychiatrie 1: «Es gibt gravierende Inkonsistenzen im Gutachten. Dieses gibt an die Inkonsistenz der Angabe des Probanden zu prüfen, macht dies aber konkret nicht.»

Psychiatrie 2: fehlende Bewertung

Neurologie 1: «Aspekte aus den Akten wurden nicht einbezogen. Beurteilung ist pauschalisierend und nicht differenziert. Relevante Inkonsistenzen wurden allerdings korrekt erwähnt.»

Neurologie 2: «Der Gutachter erkennt und diskutiert die gravierenden Inkonsistenzen zwischen Angaben und Verhalten des Versicherten und den Untersuchungsbefunden.»

Innere Medizin 1: «Keine gröberen Mängel festgestellt.»

Innere Medizin 2: «Im allgemeinintern GA erfolgt eine genaue und wertfreie Darstellung der Inkonsistenzen, aber keine klare Stellungnahme.»

Kardiologie 1: «An sich werden ein paar Sätze dazu vom Gutachter geschrieben, es findet sich allerdings keine verbindliche Aussage dazu, ob Inkonsistenzen vorliegen oder nicht vor. Das gleiche gilt für Unplausibilitäten.»

Die jeweiligen Kommentare der Reviewer zur Gesamtnachvollziehbarkeit der Teilgutachten sind in der nachfolgenden Abbildung zu finden. Die Nachvollziehbarkeit wird anhand einer 3-er Likert-Skala bewertet (1: nachvollziehbar, 3: nicht nachvollziehbar).

Orthopädie 1: «Die Anamnese als wichtiger Pfeiler der Argumentationskette fehlt weitgehend in diesem Gutachten. Auf fachärztliche Berichte in den Akten vor 2019 wird keine Stellung genommen und ob diese versicherungsmedizinisch bedeutsam sind, kann nicht nachvollzogen werden. Die Stellungnahme zu Konsistenz, Plausibilität sowie zu Fähigkeiten, Belastungen und Ressourcen erfolgten im Gutachten zu rudimentär und pauschalisierend.» (Bewertung: nicht nachvollziehbar).

Orthopädie 2: «Keine korrekt erhobene/beschriebene Anamnese. Keine Besprechung/Würdigung der vielen orthopädischen, rheumatologischen, wirbelsäulenchirurgischen und rehabilitativen Vorakten. Keine Würdigung der erhobenen pathologischen Befunde bei der Diagnosestellung, keine Bewertung der Diskrepanzen der klinischen und radiologischen Befunde des rechten Knies (SPECT/CT mit Reizsynovitis, welche eigentlich klinisch erfasst werden sollte). Keine Darstellung von spezifischen funktionellen Einschränkungen anhand der erhobenen Befunde bzw. Ressourcen. Keine klaren Angaben zur Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit.» (Bewertung: nicht nachvollziehbar).

Psychiatrie 1: «Man hat den Eindruck, dass der Gutachter von den Vorgutachten soweit beeinflusst war, dass er seine Meinung schon vor der Untersuchung und dem Vorliegen der Befunde gebildet hatte und sich weder mit der Frage einer Suchterkrankung noch einer Traumafolgestörung auseinandersetzen wollte.» (Bewertung: nicht nachvollziehbar).

Psychiatrie 2: «Unklar, ob eine ausführliche Befragung stattgefunden hat bzw. was für Angaben anlässlich der Untersuchung gemacht wurden.» (Bewertung: nicht nachvollziehbar).

Neurologie 1: «Lumbale Pathologie wird nicht einbezogen. Mögliche sensorische Störung im Kniebereich wird nicht einbezogen. Sehr pauschalisierende und oberflächliche Beurteilung.» (Bewertung teilweise nachvollziehbar).

Neurologie 2: «Die Argumentationskette wird knapp formuliert, aber ist in sich schlüssig und nachvollziehbar.» (Bewertung: nachvollziehbar).

Innere Medizin 1: «Die Argumentationskette ist nachvollziehbar und ohne wesentliche Brüche.» (Bewertung: nachvollziehbar).

Innere Medizin 2: «Mangelhaft ist die Informationssammlung, d. h. die Anamneseerhebung. Diese bleibt im Wesentlichen lückenhaft und wird unseriös dargestellt. Anzumerken ist, dass Inkonsistenzen sehr genau dargestellt werden, aber hier nicht klar Stellung bezogen wird («Hinweise auf Inkonsistenzen ...»). Das Resultat ist aber verwertbar.» (Bewertung teilweise nachvollziehbar).

Ergebnisse der Konsensbeurteilung:

Die Konsensbeurteilung wird im PRV ohne Berücksichtigung der Qualität der Teilgutachten beurteilt. Im vorliegenden Fall wurde die Konsensbeurteilung als nachvollziehbar bis teilweise nachvollziehbar bewertet.

Reviewer 1: «Keine allzu groben Mängel.» (nachvollziehbar).

Reviewer 2: «Die Anamneseerhebung ist unseriös bzw. nicht nachvollziehbar. Rudimentär und handschriftlich ausgefüllte Anamnesebögen sind unzureichend. Unendliche Wiederholungen bzw. «copy & paste». Die dargestellte schriftliche Zusammenfassung der Anamnese ist ebenfalls unzureichend. Die Plausibilitäts-/Inkonsistenzprüfung ist unzureichend bzw. schlichtweg falsch dargestellt. Es erfolgt keine klare Stellungnahme. Eine «echte» integrative Beurteilung ist nicht ersichtlich. Da insgesamt noch aussagekräftig bzw. das GA noch erschlossen werden kann.» (Bewertung: teilweise nachvollziehbar).

Fazit: Ein polydisziplinäres Gutachten der PMEDA in mehreren medizinischen Disziplinen wurde von 8 unabhängigen Peer-Reviewern anonym bewertet. Insgesamt wurden das psychiatrische und das orthopädische Teilgutachten von je zwei unabhängigen Reviewern als nicht nachvollziehbar beurteilt. Hauptkritikpunkte waren unzureichende Befragungen bzw. unzureichende Darstellungen der Anamnese in mehreren Teilgutachten. So wurde die Anamnese als «kaum lesbar», «rudimentär», oberflächlich, nicht auf wichtige Punkte eingehend, stichwortartig, auf Dokumentation verweisend beschrieben.

Auch die Bewertung der Zusatzdiagnostik wurde bemängelt. Hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit der Teilgutachten konzentrierte sich die Kritik auf unzureichende Erhebungen und Unklarheiten in der Argumentation. In diesem Kontext sollte ergänzt werden, dass die Nachvollziehbarkeit für das Gesamtgutachten dann nicht gegeben ist, wenn einzelne Teilgutachten von ihren jeweiligen Disziplinen als nicht nachvollziehbar bewertet wurden.

Anhang 3: Vorschlag für die Evaluation von PMEDA AG Gutachten

Auf der Grundlage unserer Evaluationsergebnisse und der festgestellten Mängel schlägt die Kommission folgende Prüfkriterien für die Beurteilung der Gutachten der PMEDA AG in nicht abgeschlossenen Fällen vor:

Aktenauswertung: Überprüfung der Integration relevanter Vorakten in das Gutachten.

Anamnese-Notizen: Kontrolle der Lesbarkeit der handschriftlichen Anamnese-Notizen und der Einhaltung der BSV-Vorgaben und der medizinischen Leitlinien zur Anamnese und zum Aufbau des Gutachtens.

Nutzung von Fragebögen: Überprüfung der Validität und Relevanz der von den versicherten Personen vorab ausgefüllten Anamnesefragebögen, insbesondere bei Sprachbarrieren und in Bezug auf wichtige Themenbereiche.

Neuropsychologische Untersuchungen: Klärung, wer die testpsychologischen und neuropsychologischen Untersuchungen durchgeführt hat und ob der Gutachter ausreichend qualifiziert war. Bei Begutachtungen durch Assistenzpersonen ist zu klären, welche Teilaufgaben von der Assistenzperson und welche vom Supervisor durchgeführt wurden und wer die gutachterlichen Schlussfolgerungen formuliert hat. Die Hauptverantwortung muss beim zertifizierten Sachverständigen verbleiben.

Befunddokumentation: Entsprechen Art und Umfang der klinischen Untersuchung den Erfordernissen des jeweiligen Fachgebietes?

Konsistenzprüfung: Überprüfung der Tiefe und Fundiertheit der Konsistenzprüfungen, u. a. in Bezug auf die Medikamentenspiegel und die subjektiven Einschätzungen der Gutachterinnen und Gutachter.

Auseinandersetzung mit Vorakten: Überprüfung der Tiefe der Analyse und der Einbeziehung von Vorakten in die Bewertung.

Berichte von Eingliederungsmassnahmen: Es ist zu prüfen, wie und ob die Ergebnisse der beruflichen Eingliederung in die Beurteilung einbezogen worden sind.

Therapeutische Empfehlungen: Überprüfung der Fundiertheit und Angemessenheit jeder Therapieempfehlung und ihrer Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vor dem Hintergrund aktueller medizinischer Standards.

Konsensbeurteilungen: Sicherstellen, dass die Ergebnisse der Teilgutachten angemessen in die Gesamtbewertung einfließen und mögliche diskrepante Befunde geklärt werden.