

Evaluation der medizinischen Begutachtung in der Invalidenversicherung

**Bericht zuhanden des Generalsekretariats
des Eidgenössischen Departements des Innern EDI (GS-EDI)**

Luzern, den 10. August 2020

| Autorinnen und Autoren

Franziska Müller, lic. rer. soc., DAS Evaluation (Interface)

Prof. Dr. med. Michael Liebreuz (Forensisch-Psychiatrischer Dienst, Universität Bern)

Dr. med. Roman Schleifer (Forensisch-Psychiatrischer Dienst, Universität Bern)

Dr. Christof Schwenkel (Interface)

Prof. Dr. Andreas Balthasar (Interface)

| INTERFACE Politikstudien

Forschung Beratung GmbH

Seidenhofstrasse 12

CH-6003 Luzern

Tel +41 (0)41 226 04 26

Place de l'Europe 7

CH-1003 Lausanne

Tel +41 (0)21 310 17 90

www.interface-pol.ch

| Universität Bern, Institut für Rechtsmedizin, Forensisch-Psychiatrischer Dienst (FPD)

Falkenplatz 16–18

CH-3012 Bern

Tel +41 (0)31 631 32 44

<http://www.irm.unibe.ch>

| Auftraggeber

Generalsekretariat des Eidgenössischen Departements des Innern

| Laufzeit

März bis August 2020

Zusammenfassung	5
1. Einleitung	10
1.1 Ausgangslage	11
1.1.1 Untersuchungsgegenstand	12
1.1.2 Fragestellungen	14
1.2 Methodisches Vorgehen	14
1.2.1 Dokumentenanalyse	14
1.2.2 Interviews mit Expertinnen und Experten	15
1.2.3 Grenzen der Analyse (Limitationen)	15
2. Gegenwärtige Situation der externen Begutachtung in der Invalidenversicherung	17
2.1 Zulassung von Gutachtern/-innen und Gutachterstellen	18
2.1.1 Eckdaten zum Angebot an Gutachtern/-innen	18
2.1.2 Zulassungskriterien für Gutachter/-innen und Gutachterstellen und deren Prüfung	19
2.1.3 Gegenwärtige Rollen und Zuständigkeiten	22
2.1.4 Beurteilung durch Expertinnen und Experten	23
2.2 Vergabe von Gutachten	29
2.2.1 Überblick über die Vergabe der Gutachten	29
2.2.2 Vergabeprinzipien	30
2.2.3 Rollen und Zuständigkeiten	33
2.2.4 Beurteilung durch Expertinnen und Experten	33
2.3 Anforderungskriterien zur Beurteilung von Gutachten	38
2.3.1 Formalrechtliche Anforderungen an die Qualität der Gutachten	38
2.3.2 Fachlich-inhaltliche Anforderungen an die Qualität der Gutachten	41
2.3.3 Rollen und Zuständigkeiten	42
2.3.4 Beurteilung durch Expertinnen und Experten	42
2.4 Qualitätsprüfung und -entwicklung	45
2.4.1 Instrumente zur Prüfung der Qualität der Gutachten und deren Anwendung	45
2.4.2 Massnahmen zur Qualitätsentwicklung	46
2.4.3 Rollen und Zuständigkeiten	47
2.4.4 Beurteilung durch Expertinnen und Experten	47

3. Synthese und Empfehlungen aus Sicht der Evaluation	51
3.1 Optimierung der Zulassung (Strukturqualität)	54
3.1.1 Kurz- und mittelfristige Perspektive: Anpassungen im gegenwärtigen Marktsystem vornehmen	55
3.1.2 Längerfristige Perspektive	59
3.2 Optimierung der Vergabe (Prozessqualität)	61
3.2.1 Kurz- und mittelfristige Perspektive: Vergabeprinzipien optimieren und Transparenz schaffen	61
3.2.2 Grundsätzliche Überlegungen zur Anzahl externer Gutachten	64
3.3 Optimierung der Qualität der Gutachten und deren Prüfung (Ergebnisqualität)	65
3.3.1 Diskussion der Ergebnisse	65
3.3.2 Empfehlungen aus Sicht der Evaluation	69
Anhang	76



I Ausgangslage und Fragestellung

Die kantonalen Stellen der Invalidenversicherung (IV) stützen sich bei der Fallbearbeitung massgeblich auf externe medizinische Gutachten. Diese haben aufgrund der komplexen Beschwerdebilder in den letzten Jahren ein immer grösseres Gewicht im IV-Verfahren erlangt und spielen eine entscheidende Rolle bei Rentenzusprachen und -ablehnungen. In der Schweiz wurden in den letzten Jahren jeweils jährlich zwischen 70 und 100 Millionen Franken für zirka 15'000 externe Gutachten der IV ausgegeben. Eine Mehrheit der Rentenentscheidungen erfolgt heute unter Einbezug eines externen Gutachtens. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Jahr 2019 etwas mehr als 16'000 Neurenten gesprochen wurden. Damit hat die Zahl der Neurenten im Vergleich zum Vorjahr geringfügig zugenommen, seit dem Höchststand 2003 aber um 42 Prozent abgenommen.

Der zunehmend herausragende Stellenwert der Gutachten als Beweismittel rückt die Forderung nach Qualität und Unabhängigkeit der Begutachtung in den Vordergrund. Nicht nur die Rechtsprechung hat sich in den letzten Jahren in diversen Urteilen mit Fragen der Vergabe und Qualität der Gutachten auseinandergesetzt. Ein Blick auf Medienberichte der letzten Jahre wie auch auf Vorstösse und Debatten im nationalen Parlament zeigt das grosse Interesse am Thema auf. Ziel des Mandats ist die Klärung folgender Fragen:

- Welche Abläufe sind definiert und welche Grundlagen (Anforderungskriterien und Instrumente) stehen im Begutachtungsverfahren zur Verfügung (Qualität des Zulassungs-, Vergabe- und Qualitätssicherungsprozesses sowie Qualität der Gutachten)?
- Welche Rollen und Verantwortlichkeiten haben die verschiedenen Akteure im Begutachtungsverfahren?
- Mit welchen Massnahmen könnten die Zulassung (Strukturqualität), die Vergabe (Prozessqualität) sowie die Qualität der Gutachten und deren Sicherung (Ergebnisqualität) verbessert werden und wem soll dabei welche Rolle und Verantwortung zukommen?

I Methodische Grundlage

Die Studie basiert erstens auf einer Dokumentenanalyse. Ausgewertet wurden die gesetzlichen Grundlagen, Unterlagen des Bundesamts für Sozialversicherungen BSV/IV-Stellen inkl. Unterlagen von laufenden Arbeitsgruppen sowie Fachliteratur. Im Frühjahr 2020 wurden zweitens 19 leitfadengestützte Gespräche mit insgesamt 24 Experten/-innen geführt und ausgewertet. Bei der Auswahl der Experten/-innen wurde darauf geachtet, dass das Meinungsspektrum verschiedener Expertenkreise möglichst umfassend berücksichtigt wurde.

I Gegenwärtiger Prozess der Begutachtung und geplante Anpassungen

Zulassung von Gutachtern/-innen: Das Profil der aktuell rund 2000 Gutachter/-innen ist sehr unterschiedlich. Es reicht von den zahlreichen selbstständig praktizierenden Ärzten/-innen, die in einem eher geringen Umfang Gutachten erstellen, bis hin zu Gutachtern/-innen, die für eine oder mehrere Gutachterstellen Vollzeit als Gutachter/-in tätig sind. Je nachdem, wie viele Fachdisziplinen betroffen sind, wird unterschieden zwischen mono-, bi- und polydisziplinären (>2 Fachdisziplinen) Gutachten. Seit 2012 dürfen polydisziplinäre Gutachten für die IV nur noch von polydisziplinären Gutachterstellen erstellt werden, welche die Qualitätsanforderungen erfüllen, die in einer Vereinbarung mit dem BSV vorgesehen sind. Momentan gibt es 30 anerkannte Gutachterstellen. Für die Zulassung von Sachverständigen für mono- und bidisziplinäre Gutachten sind die 27 IV-Stellen selbst zuständig. Alleinige Voraussetzung für das Erstellen von Gutachten ist ein eidgenössischer Facharztstitel oder aber eine äquivalente Qualifikation aus dem Ausland, die in der Schweiz anerkannt wurde. Zusatzqualifikationen wie zum Beispiel

ein Fähigkeitsausweis oder ein Zertifikat im Bereich der Begutachtung werden nicht verbindlich schweizweit vorausgesetzt.

Vergabe von Gutachten: Die Vergabe von polydisziplinären Gutachten an eine der 30 polydisziplinären Gutachterstellen erfolgt nach dem Zufallsprinzip über die Plattform SuisseMED@P. Mono- und bidisziplinäre Gutachten werden direkt von den IV-Stellen in Auftrag gegeben.

Anforderungen an Gutachten: Die Gutachten müssen einerseits den formalrechtlichen Anforderungen der Gerichte und andererseits den fachlichen und versicherungsmedizinischen Anforderungen entsprechen. Das BSV hat 2015 nach dem BGer-Entscheid 141 V 281 einen uniformen Auftrag für alle Arten von medizinischen Begutachtungen in der IV und ab Anfang 2018 eine einheitliche und verbindliche Struktur für die Abfassung der Gutachten entwickelt. Die medizinischen und versicherungsmedizinischen Fachgesellschaften sind für die Entwicklung von fachspezifischen (Begutachtungs-)Leitlinien verantwortlich. Momentan existieren Leitlinien zur Begutachtung in den Fachdisziplinen Psychiatrie und Psychotherapie, Rheumatologie und Orthopädie. Zusätzlich werden in Kürze Leitlinien für die Neurologie sowie allgemeine, fachübergreifende Kriterien und Leitlinien für polydisziplinäre Gutachten erscheinen.

Qualitätssicherung und -entwicklung: Die IV-Stellen müssen gemäss Weisung des BSV ein externes Gutachten innerhalb von 20 Tagen nach Eingang unter Einbezug des RADs auf seine formelle und inhaltliche Qualität überprüfen. Nach erfolgter Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung der Gutachten erfolgt die Einschätzung, ob das Gutachten verlässlich und gut begründet ist und im Hinblick auf den von der IV-Stelle zu fällenden Leistungsentscheid vollen Beweiswert aufweist. Für polydisziplinäre Gutachten besteht heute ein einfaches Prüfformular. Es beinhaltet die Erfassung von sieben Fragen im Bereich von formalen Qualitätskriterien. Für Die Prüfung der mono- und bidisziplinären Gutachten verwenden die IV-Stellen unterschiedliche Instrumente und die Prüfung erfolgt uneinheitlich. Nur ungefähr die Hälfte der IV-Stellen prüft systematisch sämtliche Gutachten inhaltlich und formal. Dies erfolgt meist durch den RAD. Seit 2019 befasst sich eine Arbeitsgruppe unter der Leitung des BSV mit der Erarbeitung eines Vorschlags zur Qualitätssicherung bei versicherungsmedizinischen Gutachten. Es handelt sich dabei um ein Manual mit Prüfbogen für ein Peer-Review-Verfahren. Zusätzlich vorgesehen ist, dass es künftig für die schweizweit einheitliche fallbezogene Qualitätssicherung (nach Eingang des Gutachtens in der IV-Stelle) einen kurzen Screening-Bogen geben wird. Wird ein Gutachten angefochten, so prüfen die Gerichte, ob alle Fragen beantwortet sind, in sich stimmig und schlüssig, und ob es mit dem Resultat zusammenpasst. Es handelt sich primär um eine formelle Prüfung. Für Massnahmen, die mittels Schulung, Information und Austausch zwischen IV und Gutachtern/-innen bzw. Gutachterstellen Lernprozesse begünstigen und so zur ständigen Weiterentwicklung der Qualität der Gutachten beitragen, gibt es innerhalb der IV noch Potenzial. Ausserhalb der IV werden seitens der SIM jährlich mehrere Fortbildungsveranstaltungen zu «medizinischen und juristischen Brennpunkten der Versicherungsmedizin» angeboten. Die SIM ist nun zusätzlich dabei, Inter-/Supervisionen zu fördern, und baut schweizweit ein Netzwerk dafür auf; hier kann man individuell-konkrete Fälle praxisorientiert mit Fachkollegen/-innen besprechen.

Geplante Änderungen aufgrund der Gesetzesrevision: Die aktuell laufende IVG-Revision unter dem Titel «Weiterentwicklung der IV» (Geschäftsnummer 17.022) enthält Bestimmungen, welche die Zulassung von Gutachtern/-innen und Gutachterstellen betrifft. Diese sind im neuen Artikel 44 Abs. 7 ATSG enthalten. Demnach erlässt der Bundesrat Kriterien für die Zulassung von medizinischen Sachverständigen für alle

Gutachten. Er schafft zudem eine paritätisch zusammengesetzte Kommission, welche die Zulassung als Gutachterstelle, das Verfahren zur Gutachtenserstellung und die Ergebnisse der medizinischen Gutachten überwacht. Neu verankert wurde auch, dass die Interviews in Form von Tonaufnahmen in die Akten der Versicherungsträger aufgenommen werden. Zudem muss die IV fortan eine Liste aller Sachverständigen und Gutachterstellen führen, strukturiert nach Fachbereich und Anzahl jährlich begutachteter Fälle.

I Beurteilung aus Sicht der befragten Expertinnen und Experten

Viele der rund 2000 Gutachter/-innen leisten nach Ansicht der Befragten grundsätzlich eine qualitativ gute Arbeit. Die in der öffentlichen Diskussion geäußerten Bedenken bezüglich der Zulassung von Gutachtern/-innen und Gutachterinstituten, der Fairness der Vergabe sowie der Qualität der Gutachten spiegeln sich in den im Rahmen dieser Studie erhobenen Rückmeldungen der Experten/-innen. Die Anreize, als Gutachter/-in tätig zu sein, werden aber als eher gering betrachtet, weshalb es in der Tendenz zu wenig gute Gutachter/-innen und auch vereinzelt «schwarze Schafe» gebe. Diese würden nach überwiegender Ansicht der befragten Experten/-innen zu wenig überwacht und bei Fehlverhalten zu wenig zu wenig konsequent und nur in absoluten Ausnahmefällen vom Markt ausgeschlossen. Die Rolle des BSV wird diesbezüglich als unbefriedigend erachtet. Eine Mehrheit der Befragten ist daher der Ansicht, dass eine unabhängige Instanz die Zulassung sowie die Sicherung der Qualität überwachen und verbindliche Vorgaben und Instrumente definieren müsse. Eine wichtige Rolle bei dieser Qualitätsdiskussion habe dabei die Ärzteschaft zu spielen. Die bereits eingeleiteten Anstrengungen im Bereich der Qualitätssicherung werden dabei sehr positiv beurteilt. Generell spielt nach Ansicht der Befragten eine stärkere Gewichtung der Begutachtung im Rahmen der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung eine zentrale Rolle für die Verbesserung der Qualität der Gutachter/-innen und ihrer Gutachten.

Die vorliegende Untersuchung zeigt auf, dass es bezüglich der Vergabe der Gutachten keine einfache Lösung gibt. Namhafte Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Fachgebieten tun sich schwer, dem einen oder anderen Prinzip den Vorrang zu geben. Beide Prinzipien – Zufallsvergabe oder Direktvergabe – weisen Vor- und Nachteile auf. Das Bundesgericht selbst geht von der Gleichwertigkeit beider Vergabeprinzipien aus. Einig sind sich die Befragten, dass die Verbesserung der Transparenz bei der Vergabe ein wichtiger Aspekt ist, um zu einer besseren Ausgewogenheit beizutragen.

Die Anforderungskriterien und die Vereinheitlichung der Struktur zur Erstellung der Gutachten werden von einer Vielzahl der befragten Experten/-innen positiv bewertet und als Fortschritt angesehen. Es wird die Meinung vertreten, dass die Anforderungskriterien auch als Bewertungsgrundlage für den Rechtsanwender dienen können. Als problematisch wird eingeschätzt, dass diejenigen, die sich streng an die Anforderungen halten und dadurch mehr Zeit für ein Gutachten aufwenden, finanziell bestraft würden. Vielfach wird befunden, dass für die Sicherstellung der Qualität Feedback-Regelungen und Sanktionierungsmöglichkeiten wichtig seien und hier noch Handlungsbedarf bestehe.

I Synthese und Empfehlungen aus Sicht Evaluation

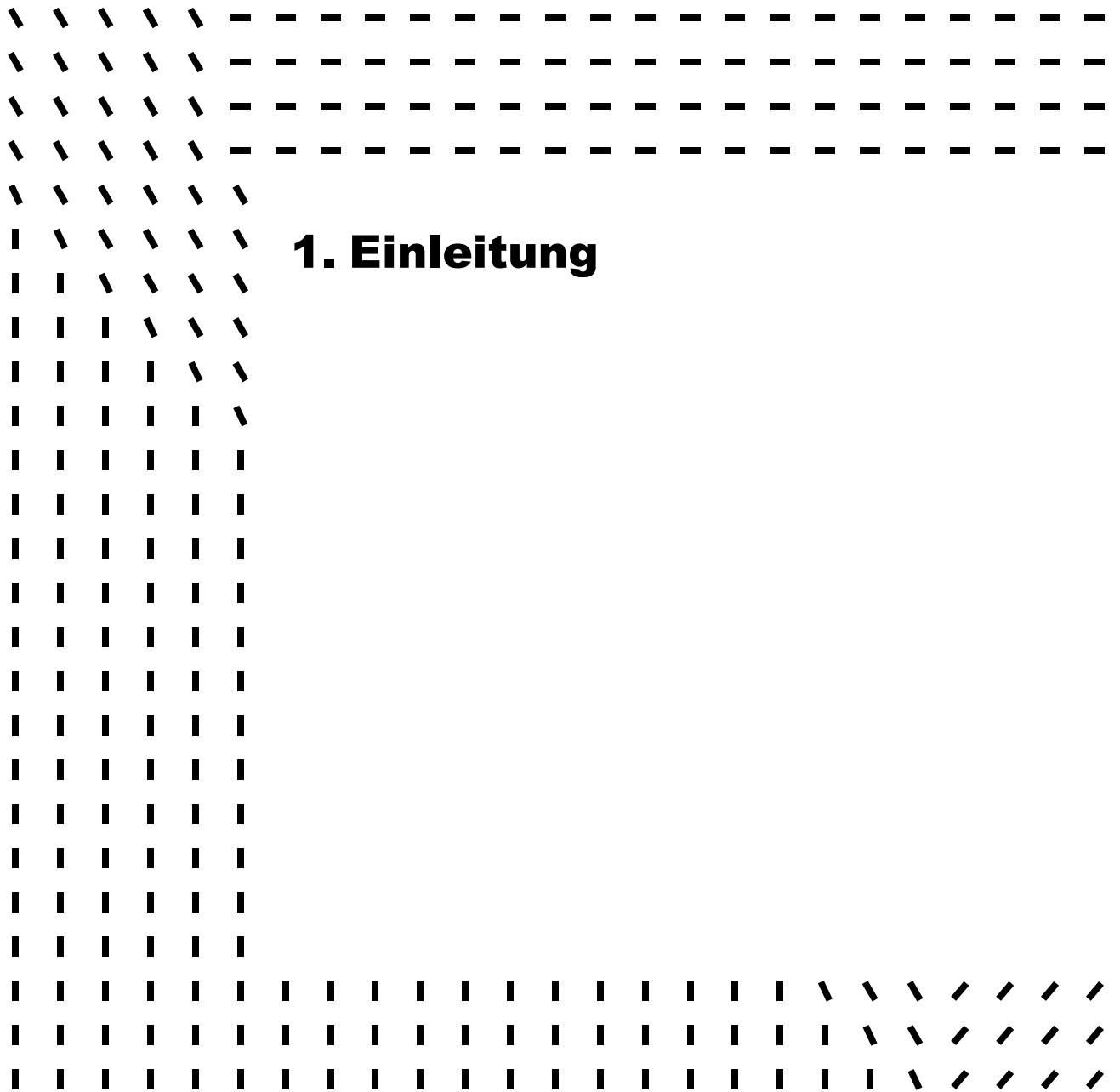
Die in der Öffentlichkeit sowie seitens der Experten/-innen geäußerte Kritik – ob im Einzelfall berechtigt oder nicht – weist grundsätzlich auf ein fehlendes Vertrauen in das gegenwärtige System der Begutachtung hin, weshalb konkrete Massnahmen zur Steigerung von Akzeptanz und Vertrauen als notwendig zu erachten sind. Eine wesentliche Kritik in der Öffentlichkeit betrifft die Vergabe der mono- und bidisziplinären Gutachten. Dies hängt nach Ansicht des Evaluationsteams insbesondere damit zusammen, dass die IV-Stellen bis anhin wenig transparent aufgezeigt haben, an wen sie ihre Gutachten vergeben. Dies sowie die Unzufriedenheit darüber, dass gewisse «schwarze Schafe»

unter den Gutachtern/-innen über Jahre hinweg ihrer Gutachtertätigkeit nachgehen konnten, obschon erhebliche Zweifel an ihrer Qualität bestanden, haben dazu geführt, dass das Vergabeprinzip grundsätzlich in den Fokus der Kritik gerückt ist. Das Evaluationsteam ist der Ansicht, dass Massnahmen, um die Transparenz der Vergabe durch die IV-Stellen zu erhöhen, wie sie im Rahmen der Gesetzesrevision nun beschlossen wurden, zusammen mit einer Schärfung der Zulassung und Stärkung der Qualitätssicherung bereits einen wesentlichen Beitrag liefern können, um das Vertrauen und die Glaubwürdigkeit in die Begutachtung herzustellen. Daher empfiehlt das Evaluationsteam, insbesondere die Zulassung und die Qualitätssicherung und -entwicklung konkret und verbindlich zu verbessern, jedoch (vorerst) die beiden Vergabeprinzipien grundsätzlich (aber in optimierter Form) zu belassen. Falls mit den vorgeschlagenen Massnahmen bis in vier Jahren keine wesentliche Verbesserung der Situation eintritt, schlägt das Evaluationsteam weitergehende Anpassungen vor.

Empfehlungen

Zulassung (Strukturqualität)	E1 Schaffung und Einberufung einer unabhängigen Kommission für Qualitätssicherung und Zulassung von Gutachtern
	E2 Zulassungskriterien definieren <i>Nachweis Fortbildungstitel Versicherungsmedizin, Praxisbezug und klinische Erfahrung (in der Schweiz) einfordern; Probegutachten verbindlich einfordern; Anforderungen an die Gutachterstellen definieren</i>
	E3 Attraktivität der Begutachtungstätigkeit steigern <i>Aus-, Weiter- und Fortbildung stärken; Entlohnung anpassen</i>
	E4 Entwicklung vom «Markt- zum Staat-Modell» prüfen <i>Nur, falls E1 bis E3 die Situation nicht verbessern, ab 2025 prüfen</i>
Vergabe (Prozessqualität)	E5 Bestehende Vergabeprinzipien belassen, jedoch optimieren <i>Optimierung Zufallsauswahl bei den polydisziplinären Gutachten (Mehrfachbeschäftigung beschränken) Optimierung Einigungsverfahren bei den mono-/bidisziplinären Gutachten (Stärkung Einigungsverfahren)</i>
	E6 Transparenz der Vergabe schaffen <i>Führen einer Liste aller Sachverständigen und Gutachterstellen, strukturiert nach Fachbereich, Anzahl jährlich begutachteter Fälle und attestierter Arbeitsunfähigkeiten; Daten jährlich auswerten und publizieren (vgl. E13)</i>
	E7 Massnahmen zur Senkung der Anzahl externer Begutachtungen prüfen
Anforderungen Gutachten/Qualitätssicherung (Ergebnisqualität)	E8 Fachliche und formaljuristische Anforderungen an Gutachtensqualität mittels Qualitätszirkeln weiterentwickeln <i>Qualitätszirkel im Rahmen einer Arbeitsgruppe der neu zu schaffenden Kommission zur Qualitätssicherung; Förderung von interdisziplinär ausgerichteter anwendungsorientierter Forschung</i>
	E9 Transparenz der Begutachtung mittels Tonaufnahmen steigern
	E10 Stärkung der Ausbildung von Nachwuchsgutachtern/-innen in der Schweiz <i>Durchführung von Begutachtungen unter enger Supervision von erfahrenen Gutachtern/Kaderärzten</i>
	E11 Qualitätsentwicklung «on the job» weiter stärken <i>Fallbezogene Workshops; Diskussionsforen; Supervisionen/interdisziplinäre Interventionsgruppen</i>
	E12 Feedback durch Rechtsprechung stärken <i>«Übersetzung» und «Zusammenfassung» der für Gutachter/-innen relevanten kantonalen und höchstrichterlichen Gerichtsentscheide durch die Rechtsdienste der IVST/RAD, kombiniert mit fallspezifischen und nicht fallspezifischen Rückmeldungen, die für Gutachter/-innen verständlich sind; Stärkung medizinischer Kompetenzen von Gerichten</i>
	E13 Unabhängige Kommission für Qualitätssicherung einsetzen (vgl. E1)

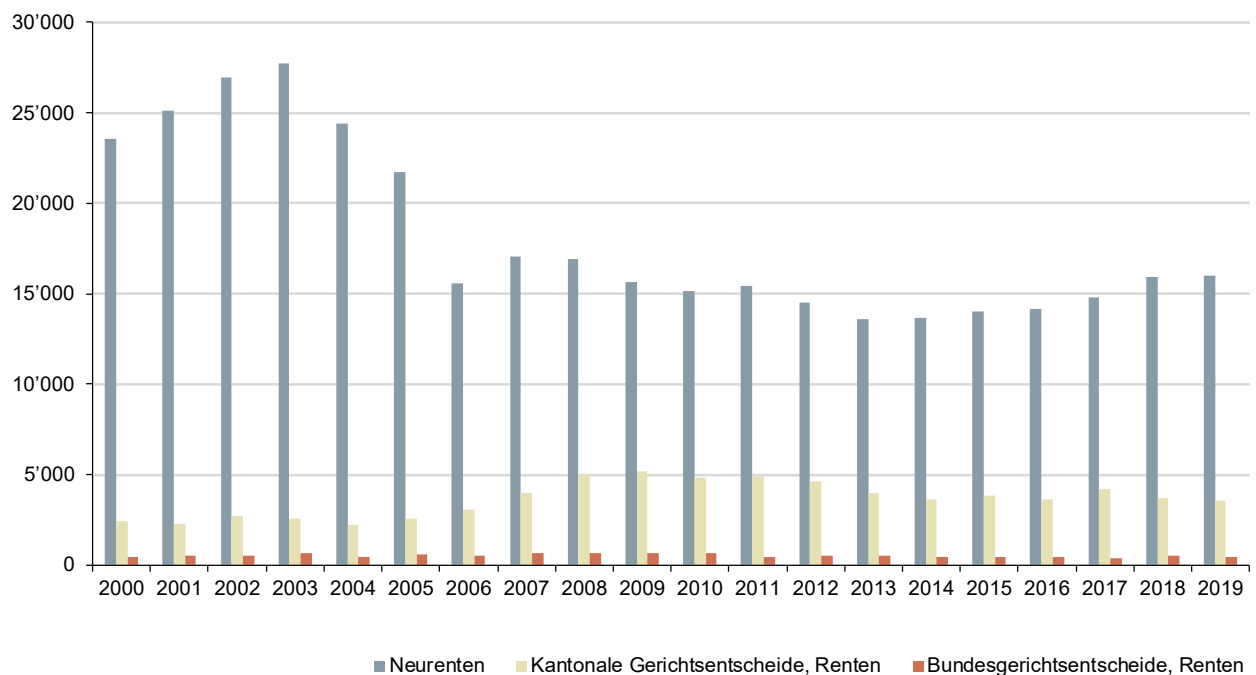
Quelle: Interface/Universität Bern



1.1 Ausgangslage

In der Invalidenversicherung wurden in den letzten Jahren jährlich zirka 15'000 Neurenten gesprochen. Mit etwas mehr als 16'000 Neurenten im Jahr 2019 hat die Anzahl im Vergleich zum Vorjahr geringfügig zugenommen, seit dem Höchststand 2003 aber um 42 Prozent abgenommen.¹ Mehr als ein Viertel der Rentenentscheide wird jährlich von einem kantonalen Gericht respektive vom Bundesgericht angefochten. Nachfolgende Darstellung zeigt diesen Kontext auf.

D 1.1: Entwicklung Neurenten und Gerichtsentscheide



Quelle: IV-Statistik und Daten BSV

Für ihre Entscheide ist die IV pro Jahr auf rund 15'000 Gutachten von externen medizinischen Gutachterinnen und Gutachtern angewiesen. Eine Mehrheit der Rentenentscheidungen erfolgt heute unter Einbezug eines externen Gutachtens. Der Aufwand hierfür lag in den letzten Jahren jeweils zwischen 70 und 100 Millionen Franken pro Jahr. Die knappen Kapazitäten für die Erstellung dieser grossen Zahl von Gutachten stellt die Auftraggeber vor grosse Herausforderungen. Zudem haben sich die versicherungsmedi-

¹ BSV Invalidenversicherungsstatistik, online unter (Zugriff 20.7.2020)
<https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/statistik.html>

zinischen Abklärungen in der IV in den letzten Jahren intensiviert. Auch haben die Rechtsprechung des Bundesgerichts und die gesetzlichen Änderungen die politische Diskussion um medizinische Gutachten in der IV in den letzten Jahren massgeblich beeinflusst.

Die Fallbearbeitung durch die Stellen der Invalidenversicherung (IV) stützt sich massgeblich auf medizinische Gutachten. Diese haben aufgrund der komplexen Beschwerdebilder in den letzten Jahren ein immer grösseres Gewicht im IV-Verfahren erlangt und spielen eine entscheidende Rolle bei Rentenzusprachen und -ablehnungen.

Für die individuelle wie auch die gesellschaftliche Akzeptanz der Entscheide der IV ist die Qualität der Gutachten von hoher Relevanz. Dies erklärt die besonderen Erwartungen und Ansprüche nicht nur an die Gutachten selbst, sondern auch an den Prozess der Vergabe der Gutachten und an die Kontrolle der Qualität von Gutachten und Vergabeverfahren durch die IV-Stellen und das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) als Aufsichtsbehörde.

Im Jahr 2016 hat sich das BSV dazu entschlossen, die verschiedenen Aspekte und Verantwortlichkeiten im Begutachtungswesen zu klären und diejenigen Themen koordiniert anzugehen, die in seinem Einflussbereich stehen. Das BSV erarbeitete dazu ein Konzept für die Verbesserung der Qualität und der Verlässlichkeit medizinischer Beurteilungen und Begutachtungen in der IV. Dieses Konzept befindet sich in der Umsetzung. Auch der Bundesrat und das Parlament haben Vorschläge zur Weiterentwicklung des Begutachtungswesens mittels Anpassungen von Strukturen und Zuständigkeiten gemacht.

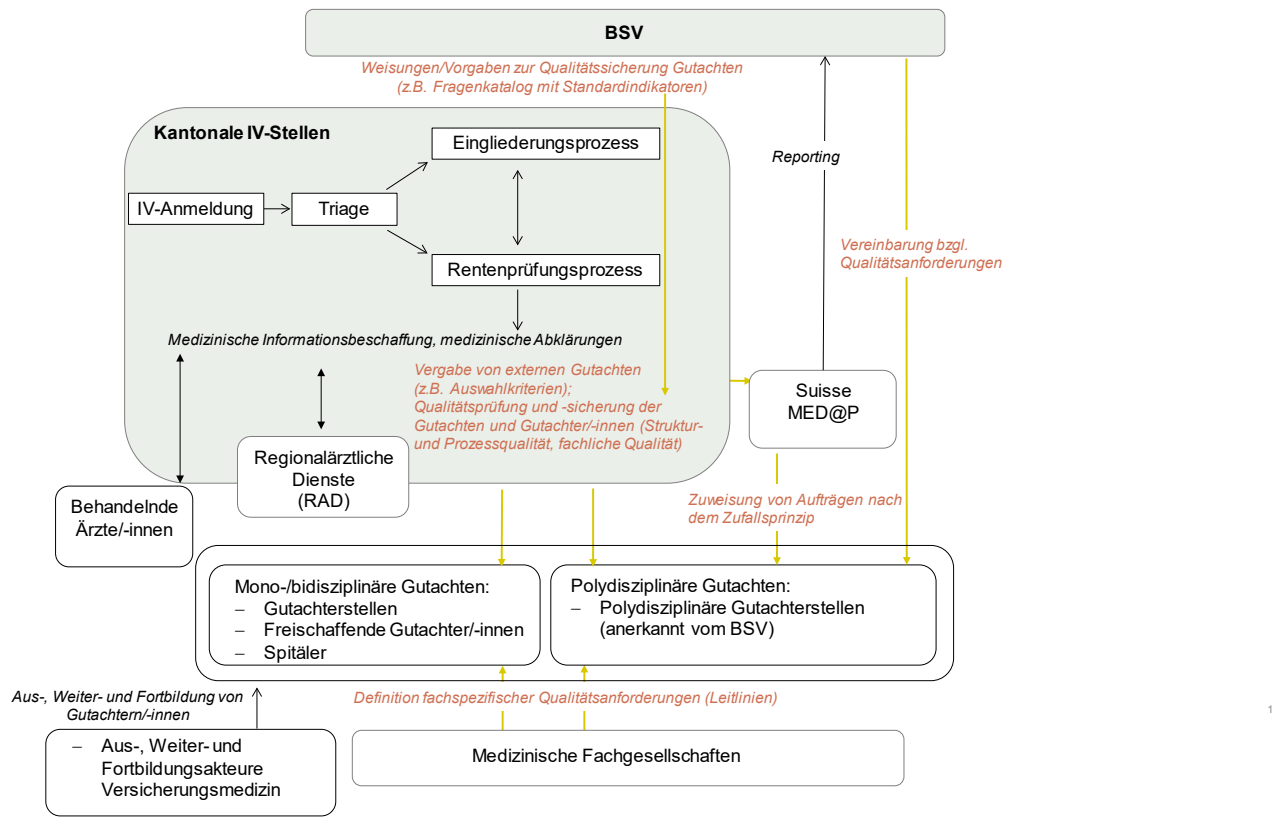
Vor diesem Hintergrund hat das Generalsekretariat des Eidgenössischen Departements des Innern (GS-EDI) Interface Politikstudien Forschung Beratung zusammen mit dem Forensisch-Psychiatrischen Dienst (FPD) der Universität Bern mit der Evaluation der medizinischen Begutachtung in der IV mandatiert. Das Ziel der Evaluation ist die Klärung der Rollen und Verantwortlichkeiten der verschiedenen Akteure im Begutachtungswesen. Primär geht es darum, zu analysieren, mit welchen Massnahmen die IV-Stellen und das BSV insbesondere die Qualität der medizinischen Gutachten und die Vergabe der Gutachtensaufträge verbessern können. Weiter ist zu klären, welche Verantwortung bei den IV-Stellen und welche beim BSV als Aufsichtsbehörde liegen und welche Tätigkeiten sich daraus ergeben.

Nachfolgend wird das IV-Gutachterwesen kurz dargelegt und werden die diesbezüglich zu beantwortenden Fragestellungen aufgeführt.

1.1.1 Untersuchungsgegenstand

Gegenstand des vorliegenden Mandats bildet das IV-Gutachterwesen. Prozesse und beteiligte Akteure (Strukturen) werden in der nachfolgenden Darstellung dargelegt und nachfolgend kurz erläutert.

D 1.2: Überblick über IV-Gutachterwesen



Quelle: Interface/Universität Bern

Legende: Pfeile gelb, Text rot = Prozesse, die im Rahmen des Mandats im Fokus stehen; hellgrün hinterlegt = Akteure, deren Zuständigkeit im Fokus steht.

Nach der Anmeldung einer versicherten Person obliegt es den IV-Stellen, alle bereits vorhandenen Informationen, die als Entscheidungsgrundlagen für die rasche Klärung der Leistungsbegehren notwendig sind, zu beschaffen und auszuwerten.² Wenn die bestehende Aktenlage nach der ersten Prüfung durch die IV-Stelle unvollständig, die Sachlage nicht genügend geklärt oder widersprüchlich ist, besteht die Möglichkeit, die fehlenden Informationen durch eine versicherungsinterne Untersuchung beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zu beschaffen. Sollten die versicherungsinternen Abklärungen nicht ausreichen, um den medizinischen Sachverhalt genügend klar festzustellen, kann als letzter Schritt ein externes Gutachten eingeholt werden.³ Dabei wird unterschieden zwischen mono-, bi- und polydisziplinären Gutachten. Die Vergabe von polydisziplinären Gutachten (>2 Fachdisziplinen) an vom BSV mittels einer Vereinbarung anerkannte polydisziplinäre Gutachterstellen erfolgt nach dem Zufallsprinzip über die Plattform SuisseMED@P. Mono- und bidisziplinäre Gutachten werden direkt von den IV-Stellen in Auftrag gegeben.

Die IV-Stelle muss ein externes Gutachten innerhalb von 20 Tagen nach Eingang unter Einbezug des RAD auf seine formelle und inhaltliche Qualität überprüfen. Nach erfolg-

² Die Beschreibung des Gutachterprozesses erfolgt in Anlehnung an Kocher & Hermelink (2017).

³ Bezüglich Vergabe von externen Gutachten gibt es Unterschiede zwischen den IV-Stellen und den RADs. Häufig werden direkt externe Untersuchungen in Auftrag gegeben, beispielsweise bei ungenügenden Ressourcen, bei bereits vorliegenden Vorgutachten oder Gerichtsentscheidungen sowie bei komplexen Fällen.

ter Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung der Gutachten erfolgt die Einschätzung, ob das Gutachten verlässlich und gut begründet ist und im Hinblick auf den von der IV-Stelle zu fällenden Leistungsentscheid vollen Beweiswert aufweist.

1.1.2 Fragestellungen

Die Fragestellungen der Studie lassen sich den drei übergeordneten Zielsetzungen zuordnen und präsentieren sich wie folgt:

1. Rollen und Verantwortlichkeiten der Akteure im Begutachtungsverfahren:

- Welche Rolle und welche Verantwortlichkeiten haben die IV-Stellen/RAD als Auftraggeberinnen für Gutachten? Welche Rolle hat das BSV als Aufsichtsbehörde über die IV-Stellen? Welche allfälligen Probleme ergeben sich aus dieser Rollenteilung hinsichtlich Governance (Leistungsvereinbarungen, Controlling)? Wer leitet welche Massnahmen ein, falls die geforderte Qualität nicht erreicht wird?
- Welche Rolle und welche Verantwortlichkeiten kommen den auftragnehmenden Gutachtern/-innen, Gutachterstellen, Fachgesellschaften und Organisationen der Versicherungsmedizin zu? Welche Herausforderungen bestehen?

2. Bestehende Abläufe und Grundlagen im Begutachtungsverfahren:

Welche Abläufe sind definiert und welche Grundlagen (Anforderungskriterien und Instrumente) stehen im Begutachtungsverfahren zur Verfügung? Wie ist die Anwendung in der Praxis und welche Herausforderungen bestehen? Hier gilt es zu unterscheiden zwischen:

- *Qualität des Zulassungs-, Vergabe- und Qualitätssicherungsprozesses*: Abläufe und Grundlagen im Zulassungs- und Vergabeprozess bei der IV (z.B. Definition und Prüfung Anforderungskriterien an Gutachter/-innen und Gutachterstellen, Umgang mit beschränkten Kapazitäten, Angemessenheit der Entschädigung), bestehende Massnahmen und Instrumente zur Qualitätsprüfung und -entwicklung (z.B. Austausch mit Gutachtern/-innen, Feedback Qualitätsbeurteilung usw.).
- *Qualität der Gutachten*: formalrechtliche Anforderungskriterien an die Qualität der Gutachten (z.B. Standardindikatoren, Nachvollziehbarkeit, Plausibilität usw.); fachlich-inhaltliche Anforderungskriterien an die Qualität der Gutachten (fachspezifische Diagnostik- bzw. Therapieguidelines).

3. Massnahmen zur Optimierung:

- Mit welchen Massnahmen könnte die Struktur- und Prozessqualität (Zulassung, Vergabe) verbessert werden?
- Mit welchen Massnahmen könnte die Ergebnisqualität (Anforderungen an Gutachten und deren Prüfung) verbessert werden?
- Wem soll dabei welche Rolle und Verantwortung zukommen?

1.2 Methodisches Vorgehen

1.2.1 Dokumentenanalyse

Im ersten Schritt wurden die verfügbare öffentliche und nichtöffentliche Literatur und Dokumente zu den folgenden Themen analysiert:

- Rollen und Verantwortlichkeiten der Akteure, insbesondere der IV-Stellen und des BSV im Begutachtungsverfahren

- Ablauf und Anforderungskriterien zur Zulassung von Gutachtern/-innen und Gutachterstellen; Eignung dieser Anforderungsprofile zur Gewährleistung einer guten Qualität der Gutachter/-innen
- Ablauf und Anforderungskriterien der Vergabe von Gutachten (inkl. Entschädigung); Eignung dieser Anforderungen
- Anforderungskriterien zur Beurteilung von Gutachten (formalrechtliche sowie fachlich-inhaltliche Anforderungen) und deren Eignung
- (bereits existierende oder geplante) Instrumente zur Qualitätsprüfung der Gutachten und deren Eignung
- (bereits existierende oder geplante) Massnahmen zur Qualitätsentwicklung

Ausgewertet wurden die gesetzlichen Grundlagen, Unterlagen von BSV/IV-Stellen inkl. Unterlagen von laufenden Arbeitsgruppen sowie Fachliteratur. Bei der Analyse der Unterlagen wurde unterschieden, ob es sich dabei um Informationen handelt, welche die Faktenlage beschreiben, oder um diesbezügliche Expertenmeinungen und -beurteilungen. Mit dem BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht mit den sogenannten Standardindikatoren neue, verbindliche Normen für die Erstellung von Gutachten aufgestellt. Dieser höchstrichterliche Entscheid wurde von unterschiedlicher Seite als Meilenstein bewertet (Jeger 2015). Der Fokus der vorliegenden Studie liegt daher auf den Entwicklungen seit 2015. Eine Übersicht über die ausgewerteten Unterlagen ist im Anhang aufgeführt.

1.2.2 Interviews mit Expertinnen und Experten

Im Mai/Juni 2020 wurden insgesamt 19 Gespräche mit insgesamt 24 Personen geführt. Eine Vertretung der FMH sowie eine Rechtsprofessorin aus den Gebieten Sozialversicherungs- und Arbeitsrecht sagten eine Teilnahme am Gespräch ab. Bei der Auswahl der Experten/-innen wurde darauf geachtet, dass das Meinungsspektrum verschiedener Expertenkreise möglichst umfassend berücksichtigt wurde. Die Liste der angefragten und befragten Personen ist im Anhang aufgeführt.

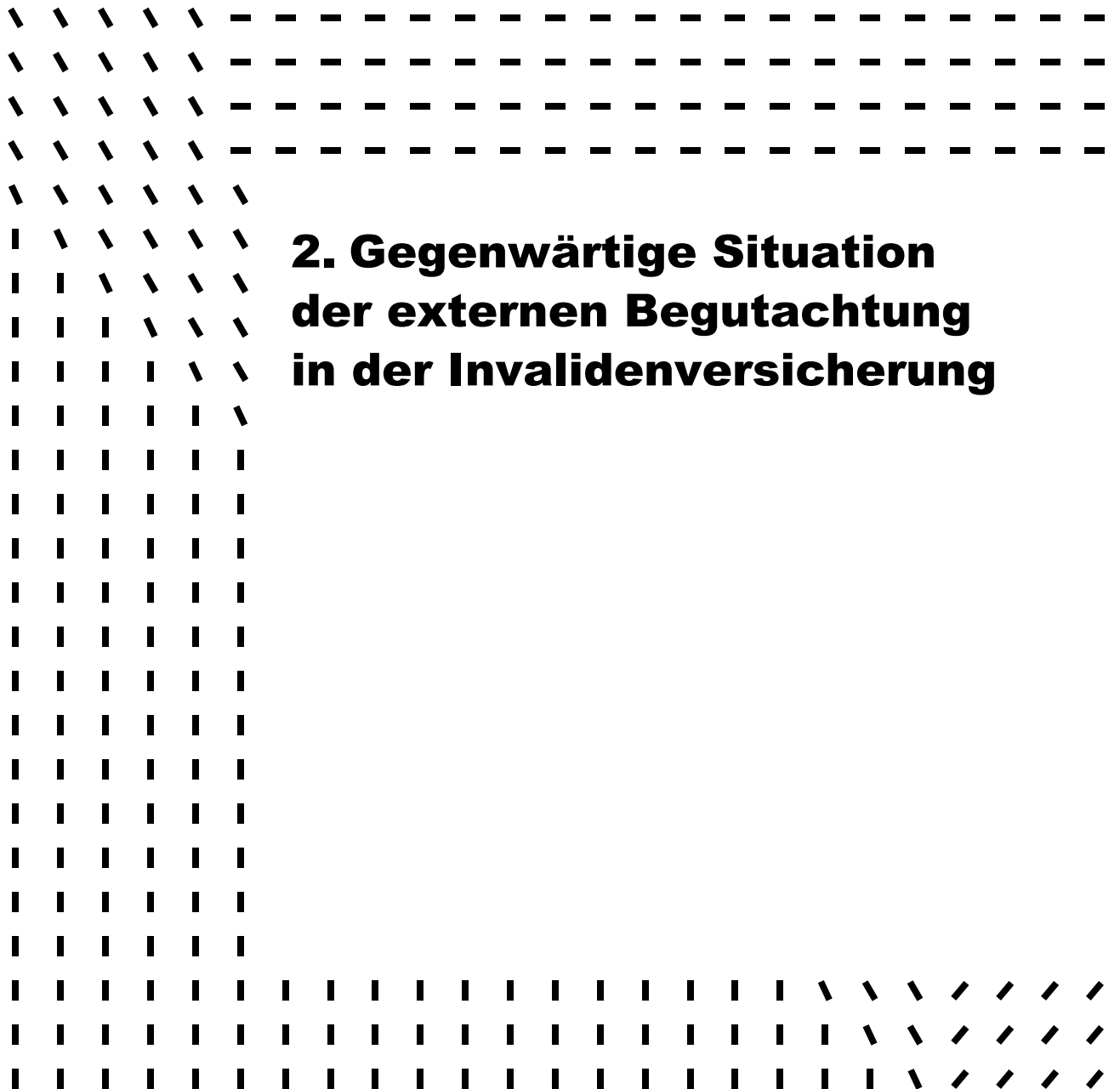
Die Gespräche basierten auf einem durch die Evaluierenden selbst entwickelten Leitfaden (siehe Anhang) und dauerten in der Regel zwischen 60 und 90 Minuten. Sämtliche Gespräche wurden per Videokonferenz geführt und aufgezeichnet. Die Gespräche wurden protokolliert und mit dem Softwareprogramm MAXQDA bzw. Nvivo 11 für Windows entlang der relevanten Themen codiert und ausgewertet. Den Befragten wurde die Anonymisierung ihrer Rückmeldungen im Rahmen des Möglichen zugesichert. Aufgrund der Zusammensetzung des Sample und seiner Hochspezialisierung sind diesen Massnahmen jedoch Grenzen gesetzt. Die Autoren/-innen möchten den Auftraggeber – insbesondere in der Kommunikation nach aussen – auf diesen Umstand hinweisen.

Die qualitativen Experteninterviews haben das Ziel, das besondere Wissen und die Erfahrungen von in die untersuchten Prozesse involvierten Personen zugänglich zu machen. Es steht nicht die Häufigkeit der Nennungen im Zentrum des Interesses, sondern im Sinne der qualitativen Forschungslogik das Erfassen der Vielfalt an Meinungen und Themen sowie das Verständnis von Zusammenhängen.

1.2.3 Grenzen der Analyse (Limitationen)

Für die vorliegende Evaluation bildeten die im Anhang bzw. in den Fussnoten detailliert dargelegten Informationsquellen (Dokumente, Urteile und Publikationen, Stand Juni 2020) und die anhand eines vom Forschungsteam entwickelten Leitfadens durchgeführten narrativen Experteninterviews die Beurteilungsgrundlage. Aus methodischer Sicht kam somit ein modifizierter Mixed-Methods-Ansatz zum Einsatz, der bezüglich der Bearbeitung des konkreten Forschungsgegenstandes jedoch Limitationen aufweist. Auf

der einen Seite musste aufgrund unterschiedlicher von Seiten des Auftraggebers vorgegebener zeitlicher und finanzieller Einschränkungen auf eine vollumfassende systematische Literatursuche im Sinne des in der Medizin üblichen «Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses» (PRISMA) verzichtet werden (Moher et al. 2009). In diesem Zusammenhang darf aber erwähnt werden, dass durch die regionale Bezogenheit des Untersuchungsgegenstandes, die Ergebnisse internationaler Studien nur mit Einschränkungen auf die Schweiz übertragen werden können. Auf der anderen Seite wurden von Seiten der Begleitgruppe Vorgaben bezüglich der Zusammensetzung und der Rekrutierung des qualitativen Sample gemacht, sodass hier ein «selection bias» vorliegen könnte. Allerdings hat das Evaluationsteam sich bemüht, möglichst Experten/-innen zu inkludieren, die bezüglich ihres Erfahrungshintergrunds und ihrer Sichtweise auf das Begutachtungswesen möglichst heterogen sind. Vor diesem Hintergrund sind Angaben zur Frequenz bzw. Häufigkeit von getätigten Aussagen nur mit grosser Zurückhaltung zu bewerten und/oder zu generalisieren. Da sich das Begutachtungswesen durch eine dynamische Rechtsprechung dauerhaft im Fluss befindet, ist zudem zu beachten, dass die in dieser Evaluation gemachten Aussagen/Empfehlungen zum Beispiel bezüglich der gegenwärtigen Vergabepaxis oder der zu erfüllenden Anforderungen an Gutachter/-innen und Gutachten zwischenzeitlich (und quasi über Nacht) höchststrichlerlich verändert werden können.



2. Gegenwärtige Situation der externen Begutachtung in der Invalidenversicherung

In diesem Kapitel wird die momentane Situation bezüglich Zulassung (2.1), Vergabe (2.2), Anforderung an die Qualität der Gutachten (2.3) sowie Qualitätsprüfung und -entwicklung (2.4) dargelegt. Dabei werden zuerst jeweils die bestehenden Grundlagen sowie die momentane Aufgaben- und Rollenverteilung aufgezeigt. Am Schluss erfolgt zu jedem Themenbereich eine Beurteilung aus Sicht der befragten Experten/-innen.

2.1 Zulassung von Gutachtern/-innen und Gutachterstellen

2.1.1 Eckdaten zum Angebot an Gutachtern/-innen

Die Anzahl der medizinischen Gutachter/-innen, die für die IV Gutachten erstellen, kann nicht eindeutig bestimmt werden, da die verfügbaren Zahlenquellen durch Überschneidungen und Institutionszählungen eingeschränkt sind.⁴ Gemäss einer 2017 von Interface durchgeführten Befragung aller IV-Stellen wurden 2016 insgesamt rund 2300 Gutachter/-innen von 23 IV-Stellen beauftragt, drei IV-Stellen konnten dazu keine Angaben machen. Diese Anzahl ist jedoch nur ein grober Anhaltspunkt, da vermutlich auch Institutionen mit mehreren Mitarbeitenden (polydisziplinäre Gutachterstellen, Spitäler oder Spitalabteilungen) als eine Einheit angegeben wurden. Zudem sind auch Mehrfachzählungen möglich, da einige Gutachter/-innen für verschiedene IV-Stellen sowie für polydisziplinäre Gutachterstellen arbeiten. Die Studie kommt zum Schluss, dass der Markt an Gutachtern/-innen, die für die IV Aufträge entgegennehmen, bei rund 2000 Personen liegen dürfte.

Die meisten befragten IV-Gutachter/-innen sind gemäss der Befragung von Interface aus dem Jahr 2017 selbstständig tätige Ärzte/-innen und arbeiten hauptberuflich in einer Praxis (60%). Ein Fünftel ist hauptberuflich im Spital und rund 14 Prozent sind für eine polydisziplinäre Gutachterstelle tätig. Jedoch arbeiten auch rund 60 Prozent der anderen Gutachter/-innen manchmal im Auftrag einer polydisziplinären Gutachterstelle. Dabei handelt es sich in der Regel um eine freischaffende, fallbezogen mandatierte Tätigkeit. Dies ist die häufigste Form der Gutachtertätigkeit für polydisziplinäre Gutachterstellen. Auch gut drei Viertel der Gutachter/-innen, die als Hauptarbeitsort eine polydisziplinäre Gutachterstelle angeben, sind freischaffend tätig. Rund ein Viertel arbeitet hauptsächlich als Gutachter/-in und investiert mehr als die Hälfte der Arbeitszeit in die Gutachtertätigkeit. Dies sind vor allem Ärzte/-innen in polydisziplinären Gutachterstellen. Spitalärzte/-innen hingegen wenden in der Regel weniger als einen Viertel ihrer Arbeitszeit für Gutachten auf. Medizinische Gutachter/-innen, die hauptberuflich im Ausland ärztlich tätig sind, werden nur selten – und wenn, dann eher bei polydisziplinären Gutachten – beauftragt. Von den befragten Gutachtern/-innen waren dies rund vier Prozent.

⁴ Die nachfolgenden Ausführungen stammen aus der Interface-Studie Laubereau et al. (2018).

2.1.2 Zulassungskriterien für Gutachter/-innen und Gutachterstellen und deren Prüfung

I Zulassungskriterien bei polydisziplinären Gutachten

Am 1. März 2012 ist der neue Artikel 72^{bis} IVV (Verordnung über die Invalidenversicherung) in Kraft getreten, der sicherstellt, dass polydisziplinäre Gutachten für die IV nur noch von polydisziplinären Gutachterstellen erstellt werden dürfen, welche die Qualitätsanforderungen erfüllen, die in einer Vereinbarung mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen vorgesehen sind (vgl. BSV 2016^b). Die Gutachterstelle muss demnach garantieren, dass die Gutachten nach bestem ärztlichem Wissen und Gewissen entsprechend dem anerkannten Wissensstand der Medizin erstellt werden und dass die Unabhängigkeit und Unparteilichkeit gewährleistet sowie ausreichende Kenntnisse über das Gesundheits- und Versicherungswesen in der Schweiz vorhanden sind.

Die Gutachterstellen können beim BSV, Geschäftsfeld Invalidenversicherung, ein Gesuch um Anerkennung als Gutachterstelle einreichen. Per 1. Juni 2020 existieren 30 zugelassene polydisziplinäre Gutachterstellen, die über einen Vertrag mit dem BSV nach Artikel 72^{bis} IVV verfügen. Gemäss der oben erwähnten Mustervereinbarung zwischen dem BSV und der Gutachterstelle existieren momentan folgende Zulassungskriterien, die anhand der nachfolgenden Checkliste vom BSV geprüft werden.

D 2.1: Zulassungskriterien für Gutachterstellen

Kriterien/Anforderungen	Grundlage	Prüfung anhand von:
Polydisziplinarität		
Mind. 3 ärztliche Fachdisziplinen (Spezialitäten gemäss FMH, Ausnahme Neuropsychologie)	Art. 72 ^{bis} IVV, Vertrag Anhang 1 Ziff. 1+2	Dokumentation über med. Leitung und Gutachter/-innen, allenfalls Businessplan und Organigramm
Innere Medizin vertreten	Vertrag Anhang 2 (Tarif)	
Unabhängigkeit		
Rechtsform/Trägerschaft	Art. 44 ATSG Vertrag Anhang 1 Ziff. 2 und 7/	Eingeschränkt überprüfbar über Businessplan, Dokumentation über med. Leitung und Gutachter/-innen, HR-Auszug
Keine Beteiligung von MA der IVST/RAD, BSV usw.		
Bewilligungen		
Kant. Betriebsbewilligung Gutachterstelle oder kant. Bestätigung, dass nicht nötig	Kant. Gesetze vertrag Anhang 1 Ziff.3	Dokumentation über med. Leitung, Gutachter/-innen und die entsprechenden Bewilligungen (oder Bestätigung, dass diese nicht nötig), allenfalls Kontrolle über Medregom/FMH
Berufsausübungsbewilligung der med. Leitung für den betr. Kanton oder kant. Bestätigung, dass nicht nötig		
Berufsausübungsbewilligung der Gutachter/-innen für den betr. Kanton oder kant. Bestätigung, dass nicht nötig		
Infrastruktur der Gutachterstelle		
Geeignete Räumlichkeiten	Vertrag Anhang 1 Ziff. 4	Besuch vor Ort
Hindernisfreier Zugang zu den Räumlichkeiten	Vertrag Anhang 1 Ziff. 5	
Abwicklung der Aufträge über SuisseMED@P		
Bereitschaft der Nutzung von SuisseMED@P	Vertrag Art. 3 sowie	Nicht vorgängig kontrollierbar

Kriterien/Anforderungen	Grundlage	Prüfung anhand von:
Frist für Gutachten von 130 Tagen	Anhang 1 Ziff. 4	
Garantie, dass kein Zugriff durch Unbefugte		Nicht vorgängig kontrollierbar
Qualitätskontrolle		
Aktive Mitarbeit	Vertrag Art. 5 sowie Anhang 1 Ziff. 1 und 5	Nicht vorgängig kontrollierbar
Berücksichtigung des aktuellen wiss. Krankheitsverständnisses, der aktuellen fachspezifischen Begutachtungsleitlinien und der relevanten Rechtsprechung	Vertrag Anhang 1 Ziff. 1 und 5	Kaum vorgängig kontrollierbar
Unterschrift aller Gutachter/-innen		
Fortlaufende Qualitätskontrolle		
Fachliche Voraussetzungen der Gutachter/-innen		
In der Schweiz anerkannte Facharztausbildung	Vertrag Anhang 1 Ziff. 3	Dokumentation über med. Leitung und die Gutachter/-innen, allenfalls verifiziert über Medregom/FMH
Vertrautheit mit den versicherungsmedizinischen Anforderungen und regelmässige versicherungsmedizinische Fortbildung		Nachweis über SIM-Zertifikat oder MAS Versicherungsmedizin oder Dokumentation über Prozesse, Anforderungen und interne WB usw.
Klinische Erfahrung		Eher schwer prüfbar
Erfahrung in der Erstellung von Gutachten	Im Vertrag nicht vorgesehen	Überprüfung anhand von subj. Angaben über Erfahrung der einzelnen Gutachter/-innen oder über bereits erstellte Gutachten
Quelle: BSV Checkliste Anerkennung für (Name Gutachterstelle)		

Bezüglich Qualitätskontrolle der Einhaltung der oben dargelegten Zulassungskriterien ist im Vertrag Art. 5 unter Qualitätskontrolle festgehalten:

- a) Die Gutachterstelle verpflichtet sich zur aktiven Mitarbeit bei der Qualitätskontrolle.
- b) Die Erarbeitung der Qualitätskontrolle obliegt einem Ausschuss, in dem die IV, die Begutachtungsstellen und die Behindertenverbände vertreten sind. Der Ausschuss arbeitet nach seiner Konstituierung ein Reglement aus und entwickelt die weiteren Kriterien für die Qualitätskontrolle. Die Kontrolle soll die Qualität der Struktur, des Prozesses und der Inhalte der Gutachten umfassen.⁵
- c) Das BSV überprüft die in dieser Vereinbarung festgehaltenen Vorgaben und Bedingungen und kann auch Kontrollen von erstellten Gutachten vornehmen.

⁵ Gemäss Aussagen seitens des BSV hat sich ein paritätisch zusammengesetzter Ausschuss in den letzten Jahren ca. dreimal getroffen. Da jedoch die inhaltlichen Grundlagen für eine gemeinsame Qualitätsdiskussion fehlten, wurde dieses Gefäss nicht weitergeführt. Die Erarbeitung von inhaltlichen Grundlagen für eine Qualitätsprüfung ist nun neu in einer Arbeitsgruppe im Gang (siehe Kapitel 2.4.1).

- d) Dem BSV steht jederzeit ein Kontroll- und Auskunftsrecht über die Einhaltung der Vereinbarung zu.

Für die Überprüfung der in der Vereinbarung festgehaltenen Vorgaben und Bedingungen verwendet das BSV eine Checkliste (siehe Darstellung D 2.1) sowie ein Formular zur Prüfung Prozess- und Strukturqualität. Als weitere Prüfung der Gutachterstellen werden gemäss Auskunft des BSV die ersten fünf Gutachten, die die Gutachterstelle produziert, genauer angeschaut und geprüft, ob diese die Anforderungen an polydisziplinäre Gutachten erfüllen. Danach laufe das Geschäft über IV-Stelle und Gutachterstelle weiter.

Die aktuell laufende IVG-Revision unter dem Titel «Weiterentwicklung der IV» (Geschäftsnummer 17.022)⁶ enthält auch Bestimmungen, welche die Zulassung von Gutachtern/-innen und Gutachterstellen betrifft. Diese sind im neuen Artikel 44 Abs. 7 ATSG enthalten. Der Bundesrat erlässt Kriterien für die Zulassung von medizinischen Sachverständigen für alle Gutachten (mono-, bi- und polydisziplinäre Gutachten). Er schafft zudem eine Kommission mit Vertreterinnen und Vertretern der verschiedenen Sozialversicherungen, der Gutachterstellen, der Ärzteschaft, der Wissenschaft sowie der Patienten- und Behindertenorganisationen, welche die Zulassung als Gutachterstelle, das Verfahren zur Gutachtererstellung und die Ergebnisse der medizinischen Gutachten überwacht. Auf die Gesetzesrevision wird im Kapitel 3 bei der Formulierung von Empfehlungen aus Sicht des Evaluationsteams konkret eingegangen.

I Zulassungskriterien bei mono-/bidisziplinären Gutachten

Die Vergabe von mono- und bidisziplinären Gutachten erfolgt direkt über eine der 27 IV-Stellen. Nachfolgend wird ausgeführt, welche Qualifikationen die IV-Stellen gemäss der Befragung von Interface aus dem Jahr 2017 von den Gutachtern/-innen verlangen (Laubereau et al. 2018):

- *Facharzttitle*: Alle IV-Stellen verlangen entweder einen eidgenössischen Facharzttitle oder aber eine äquivalente Qualifikation aus dem Ausland, die in der Schweiz anerkannt wurde. Diese Praxis ist nicht zuletzt damit begründet, dass die Gerichte nur solche Gutachter/-innen anerkennen (BGE 137 V 210). Die am häufigsten vertretenen Facharzttitle sind: Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie, Orthopädie und Neurologie. Weitere relevante Fachdisziplinen umfassen die Kinder- und Jugendpsychiatrie, Viszeralchirurgie, Gastroenterologie, HNO, Pneumologie, Ophthalmologie, Kardiologie, Handchirurgie oder auch die Onkologie. Mit Ausnahme der Kinder- und Jugendpsychiatrie kommen Gutachter/-innen aus diesen Disziplinen aber eher selten zum Einsatz.
- *Neuropsychologie*: Eine weitere, häufig genannte Disziplin ist die Neuropsychologie. Dabei handelt es sich aber nicht um einen Facharzttitle, sondern um eine postgraduale Weiterbildung mit dem Abschluss «Fachpsychologe/-in für Neuropsychologie FSP».⁷

⁶ Die Gesetzesanpassungen (siehe Botschaft vom 15. Februar 2017 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (Weiterentwicklung der IV) wurde im März 2019 vom Nationalrat als Erstrat behandelt. Die Vorlage ist mittlerweile von beiden Räten behandelt und die Differenzen bereinigt worden (siehe <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20170022>). Die Schlussabstimmung fand am 19. Juni 2020 statt.

⁷ Die SIM führt auf ihrer Website neben der Liste der zertifizierten medizinischen Gutachter/-innen auch eine separate Liste mit zertifizierten neuropsychologischen Gutachtern/-innen (sowie chiropraktischen Gutachtern/-innen und Arbeitsfähigkeitsassessoren). Homepage der SIM: <https://www.swiss-insurance-medicine.ch/de> (Zugriff 5. 8. 2020)

- *Zusatzqualifikationen:* Zusatzqualifikationen wie zum Beispiel ein Fähigkeitsausweis oder ein Zertifikat werden nur selten vorausgesetzt. Von sieben IV-Stellen werden solche verlangt, von neun manchmal und von zehn IV-Stellen selten oder nie. Wenn es solche Regelungen gibt, so ist es grossmehrfach das SIM-Zertifikat, das von externen Gutachtern/-innen verlangt wird. Die meisten sehen ein SIM-Zertifikat allerdings eher als Pluspunkt, wenn ein solcher Nachweis vorhanden ist, oder aber sie empfehlen ihren Gutachtern/-innen, ein solches noch zu erwerben. Gemäss Auskunft der IV-Stellen würde es die Zahl der potenziellen Gutachter/-innen zu stark einschränken, wenn solche Nachweise obligatorisch verlangt würden.
- *Weitere Eignungsmerkmale:* Die wenigsten IV-Stellen bzw. RAD haben zusätzliche Anforderungen an ihre Gutachter/-innen. Allerdings wurde etwa die klinische Erfahrung oder bereits bestehende Erfahrung im Gutachterwesen als wichtiges Qualifikationskriterium genannt. Daneben wird es von einer IV-Stelle positiv vermerkt, wenn die Gutachter/-innen Mitglied in einem Gutachterverband sind. Ein weiteres Kriterium, das genannt wird, ist die Unabhängigkeit und Unvoreingenommenheit der Gutachter/-innen.

Die Befragung der IV-Stellen aus dem Jahr 2017 zeigte auch, dass es deutliche Unterschiede zwischen den IV-Stellen bei der Qualitätssicherung bezogen auf die Gutachter/-innen gibt:

- *Kennwerte zur Qualität:* In Bezug auf die Gutachter/-innen halten neun IV-Stellen gewisse Kennwerte zu den Gutachtern/-innen in ihren Gutachterlisten fest. Dazu gehören etwa die Zuverlässigkeit (werden die Fristen eingehalten, Bearbeitungsdauer), die Auslastung (wie viele Gutachten pro Gutachter/-in sind hängig) oder die Bewertung vorangehender Gutachten. Anhand der Indikatoren wird dann gegebenenfalls auch diskutiert, welche Gutachter/-innen in der Liste bleiben bzw. welche entfernt werden. Bei neuen Gutachtern/-innen machen die meisten IV-Stellen zudem eine Prüfung der ersten Gutachten (Probegutachten).
- *Bewerbungsgespräche und/oder Prüfung Lebensläufe:* Von fünf IV-Stellen werden mit interessierten Gutachtern/-innen Bewerbungsgespräche geführt, in zwei weiteren werden explizit die Lebensläufe geprüft.
- *Keine systematische Prüfung der Gutachter/-innen:* Bei anderen IV-Stellen erfolgt die Qualitätsprüfung der Gutachter/-innen nicht systematisch. Das gilt insbesondere für IV-Stellen, die viele Gutachten über polydisziplinäre Gutachterstellen oder Spitäler erstellen lassen. Hier haben die IV-Stellen keinen Einfluss auf die Auswahl der Gutachter/-innen und sehen von einer (nachträglichen) Prüfung der Qualifikationen der Gutachter/-innen ab.

Gemäss diesen Ausführungen kann festgehalten werden, dass momentan abgesehen vom Facharztstitel keine einheitlichen Zulassungskriterien für mono- und bidisziplinäre Gutachter/-innen und deren Überprüfung durch die IV-Stellen existieren. Die oben aufgeführten Bestimmungen zur Zulassung, die im Rahmen der aktuell laufenden IVG-Revision unter dem Titel «Weiterentwicklung der IV» festgelegt wurden, gelten jedoch nicht nur für polydisziplinäre Gutachten, sondern auch für mono- und bidisziplinäre Gutachten. Demnach hat der Bundesrat künftig auch für Sachverständige, die mono- und bidisziplinäre Gutachten erstellen, Zulassungskriterien zu erlassen, deren Einhaltung von der vorgesehenen Kommission zu überwachen ist.

2.1.3 Gegenwärtige Rollen und Zuständigkeiten

Das BSV (*Geschäftsfeld IV*) ist im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben verantwortlich für die Gestaltung und die Ausübung der Aufsicht über die IV-Stellen. Der Bereich Audit des Geschäftsfelds Invalidenversicherung des BSV besucht und überprüft in Ausübung

dieser Aufsichtsfunktion jährlich alle 27 IV-Stellen (26 kantonale Stellen und eine IV-Stelle für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland). Das Audit führt die Prüfungen der IV-Stellen vor Ort durch und empfiehlt ihnen allenfalls notwendige Massnahmen zur Verbesserung. Für die IV-Stellen sind diese Empfehlungen jedoch nicht verbindlich. Werden sie nicht umgesetzt, bleibt dies in der Regel, ausser bei gravierenden Mängeln, ohne Konsequenzen. Offene Empfehlungen werden nach einem Jahr abgeschrieben (EFK 2015).

Die *IV-Stellen* sind die kantonalen Vollzugsstellen. Sie haben sich gemäss Art. 59 Abs. 1 IVG so zu organisieren, dass sie ihre Aufgaben nach Artikel 57 unter Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften und der Weisungen des Bundes fachgerecht und effizient durchführen können. Sie richten hierfür gemäss Abs. 2. interdisziplinär zusammengesetzte Regionale Ärztliche Dienste ein (RAD). Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie werden von den IV-Stellen errichtet, betrieben und stehen unter deren Aufsicht. Sie sind jedoch in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig. Die IV-Stellen fungieren als Auftraggeber der externen Gutachten. Sie entscheiden über die Notwendigkeit eines externen Gutachtens und legen die Art (mono-/bi-/polydisziplinär) fest.

Als Auftragnehmer externer Gutachten werden neben Experten/-innen (Gutachtern/-innen) die medizinischen *Abklärungsstellen* (*polydisziplinäre Gutachterstellen*) explizit in Art. 59 IVG erwähnt. Da die Zulassung von Gutachtern/-innen bei mono- und bidisziplinären Gutachten durch die IV-Stellen erfolgt, sind diese auch dafür zuständig, dass Gutachter/-innen, welche die Zulassungskriterien (respektive die Qualitätsanforderungen an die Gutachten) nicht erfüllen, nicht weiter berücksichtigt werden. Bei den polydisziplinären Gutachten ist das BSV (Geschäftsfeld IV) für die Zulassung zuständig. Die heutige Form der Kooperation des BSV (Geschäftsfeld IV) mit den polydisziplinären Gutachterstellen basiert auf Art. 72^{bis} IVV. Solche medizinischen Gutachten (an denen drei und mehr Fachdisziplinen beteiligt sind) sind von einer Gutachterstelle durchzuführen, mit der das Bundesamt eine Vereinbarung getroffen hat. Das BSV hat aber keine Aufsichtsfunktion über diese Gutachterstellen. In der Vereinbarung zwischen dem BSV und den Gutachterstellen wird explizit darauf hingewiesen, dass die polydisziplinäre Gutachterstelle gegenüber dem BSV oder den IV-Stellen nicht weisungsgebunden ist. Das BSV hat jedoch zu prüfen, ob die vereinbarten Bestimmungen eingehalten werden. Bei Nichteinhalten der Bestimmungen ist es in letzter Konsequenz die Aufgabe des BSV, den Vertrag mit der entsprechenden Gutachterstelle zu kündigen.

2.1.4 Beurteilung durch Expertinnen und Experten

Nachfolgend wird die Beurteilung der momentanen Situation der Zulassung aus Sicht von Experten/-innen zusammenfassend dargelegt.

I Beurteilung der heutigen Situation der Zulassung

Geringe Anreize für gutachterliche Tätigkeit: Eine grundsätzliche Herausforderung betreffend die Zulassung von Gutachtern/-innen, auf die von verschiedener Seite hingewiesen wird, ist, dass angesichts des grossen Bedarfs an Gutachten und trotz der niedrigen Zulassungshürden zu wenig Fachpersonen als medizinische Gutachter/-innen tätig sein wollen. Neben dem grundsätzlichen Fachkräftemangel wird dabei auf die geringen Anreize und unattraktiven Rahmenbedingungen, als Gutachter/-in tätig zu sein, verwiesen. Niemand studiere Medizin, um Gutachter/-in zu werden. Die Bezahlung sei angesichts der immer grösseren administrativen Vorgaben eher ungenügend. Hinzu komme das Risiko, von Anwälten/Gerichten ins Rampenlicht gezogen zu werden und schlimmstenfalls den eigenen Ruf zu gefährden. Zudem wird von Seiten der Befragten vorge-

bracht, dass die erfahrensten und besten Ärzte/-innen operieren oder behandeln und höchstens zu einem kleinen Teil ihrer Tätigkeit Gutachten erstellen.

Der Mangel an qualifizierten Gutachtern/-innen führt aus Sicht der Befragten dazu, dass verschiedentlich, insbesondere bei den polydisziplinären Gutachten auch Gutachter/-innen aus dem Ausland zum Einsatz kommen. Die hier geltenden Rahmenbedingungen seien für ausländische Psychiater/-innen oder Neurologen/-innen durchaus attraktiv. Ausländische Gutachter/-innen werden dabei nicht per se als problematisch betrachtet. Entscheidend seien primär der adäquate Zeitaufwand und eine fundierte Abklärung für die Erstellung der Gutachten – unabhängig davon, ob es sich um eine/-n inländische/-n oder ausländische/-n Gutachter/-in handle. Allerdings wird verschiedentlich auf die fehlende Präsenz in der Schweiz und damit einhergehend auf das Problem der fehlenden Vertrautheit mit den hier geltenden Bestimmungen hingewiesen. Zwar wird eine Berufsausübungsbewilligung für die Schweiz verlangt, aber die scheine nicht an erhebliche Präsenz gekoppelt zu sein. Hier müsse man sicherstellen, dass entsprechende Kompetenzen nachgewiesen werden könnten. Es wird in diesem Zusammenhang die Frage aufgeworfen, ob jemand aus dem Ausland wirklich das Arbeitsumfeld der Schweiz genügend einschätzen könne, was für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als sehr wichtig erachtet wird. Auch bei der Suva sei dieses Problem bekannt. Auch dort stelle man fest, dass es einen Aufwand bedeute, deutsche Ärzte/-innen zu «helvetisieren», sodass sie die Schweizer Rechtsprechung und das hiesige Konstrukt und Vorgehen kennen und anwenden würden. Als weitere Schwierigkeit im Zusammenhang mit ausländischen Gutachtern/-innen wird auf die fehlende Möglichkeit eines Quervergleichs hingewiesen. Bei der ganzen Begutachtungssituation sei ein solcher extrem wichtig, und dieser sei für nicht in der Schweiz tätige Gutachter/-innen nur schwer herzustellen.

Kantonal unterschiedliche Zulassungspraxis bei mono- und bidisziplinären Gutachten: Bei den mono- und bidisziplinären Gutachten wird von versicherungsexternen Akteuren die von Kanton zu Kanton unterschiedliche Zulassungspraxis bei den IV-Stellen bemängelt. Es fehle an Transparenz, wer auf die Liste von Gutachtern/-innen komme und wer nicht. Es sei bei gewissen IV-Stellen von aussen zudem unklar, ob sich die Gutachter/-innen bewerben müssten, ob diese direkt angefragt würden und welches dabei die Kriterien seien. Dies führe in der Öffentlichkeit zu Skepsis und fehlendem Vertrauen ins System.

Unbefriedigende Situation bei der Zulassung respektive Ausschluss von Gutachterstellen durch das BSV: Hinsichtlich der Situation der Zulassung im Bereich der polydisziplinären Gutachten wird insbesondere die Rolle des BSV kritisiert, sowohl von versicherungsinterner wie -externer Seite:

- Es wird bemängelt, dass das BSV als Aufsichtsbehörde über die IV-Stellen die falsche Stelle sei, um zusätzlich zu seiner Aufsichtsfunktion operative Durchführungsaufgaben wie das Kontraktmanagement mit den Gutachterstellen zu übernehmen. Indem das BSV mit den Gutachterstellen Verträge abschliesse und diese zu überprüfen habe (obschon der Auftrag zwischen IV-Stelle und Gutachterstelle abgewickelt werde), sei ein suboptimales Dreieckskonstrukt zwischen IV-Stelle, BSV und Gutachterstellen entstanden.
- Von einigen Befragten wird darauf hingewiesen, dass das BSV aufgrund der geltenden Bestimmungen nicht in der Lage sei, das Kontraktmanagement mit den Gutachterstellen genügend konsequent umzusetzen (Informationen beschaffen, Zulassung prüfen, verhandeln, sanktionieren). Neben den fehlenden Ressourcen und fachlich-medizinischen Kompetenzen wird dabei als Grund auch die Frage aufgeworfen, ob die Vereinbarung zwischen BSV und Gutachterstellen das richtige Instrument sei.

Inhaltlich handle es sich bei der Vereinbarung zwischen BSV und Gutachterstellen primär um eine Art Absichtserklärung der Gutachterstellen, die geforderten Voraussetzungen zu garantieren. Der Vertrag sichere eine gewisse Qualität bezüglich Gutachtensstruktur, Weiterbildung, Struktur der Räumlichkeiten und bezüglich der Prozesse wie der Termineinhaltung. Die Vereinbarung biete jedoch keine adäquate Grundlage für eine systematische Qualitätssicherung in Bezug auf die Ergebnisqualität der Gutachten (vgl. auch Kapitel 2.4.4). Erwähnt wird verschiedentlich der Genfer Corela-Fall.⁸ Dieser habe gezeigt, dass es selbst bei gefälschten Gutachten extrem lange gedauert habe, bis das BSV aktiv geworden sei. Diese Kritik wird auch versicherungsintern geäußert. Obwohl eine IV-Stelle selbst diese Gutachterstelle (Corela) bereits Jahre zuvor von ihrer Liste für mono- und bidisziplinäre Gutachten gestrichen habe, sei sie aufgrund der Zufallszuweisung im Rahmen der polydisziplinären Gutachten gezwungen gewesen, diese wieder zu «akzeptieren». Angemerkt wird, dass es reiche, eine Gutachterstelle im Portfolio zu haben, die keine gute Arbeit leiste, um das ganze Gutachterwesen in Verruf zu bringen. Umso wichtiger sei es, dass man Qualitätsmängel schnell behebe und notfalls die Vereinbarung mit der Gutachterstelle kündige. Lieber sei eine Knappheit an Gutachterstellen und eine Verlängerung der Verfahrensdauer in Kauf zu nehmen, als schlechte Gutachterstellen zu beauftragen. Seitens des BSV wird in diesem Zusammenhang betont, dass das BSV keine Aufsichtsfunktion über die Gutachterstellen ausübe. Bei Hinweisen auf Fehlverhalten werde jedoch reagiert und diesen nachgegangen. In letzter Konsequenz werde der Vertrag gekündigt, so auch im Fall der Genfer Klinik Corela. In diesem Fall habe das BSV jedoch erst mit der Kopie des Entscheids des BGer Kenntnis von den Vorfällen erhalten. Wie gut und wie tief man eine Prüfung der Gutachterstellen machen könne, sei aber auch beim BSV eine Kompetenzen- und Ressourcenfrage. Das BSV sei in der Lage, die formellen Voraussetzungen zu prüfen. Eine fachlich-inhaltliche Prüfung durch das BSV sei aber schwierig (siehe auch Kapitel 2.4.4).

- Andere Befragte sind aber der Ansicht, dass das BSV auch im Rahmen der geltenden Bestimmungen mehr Spielraum hätte, um gegen sogenannte schwarze Schafe vorzugehen. Sie bemängeln verschiedentlich und bisweilen auch vehement, dass sich das BSV gegenüber den Gutachterstellen zu passiv verhalte und die geforderten Voraussetzungen zu wenig prüfe.

I Optimierungsvorschläge seitens der Expertinnen und Experten

Hinsichtlich der Optimierungsvorschläge, die seitens der Experten/-innen genannt werden, gibt es zwei grundsätzlich Richtungen. Entweder wird vom heutigen liberalen System ausgegangen, in dem die Gutachten breit an verschiedenste Personen und Stellen gestreut werden, oder man versucht das System grundsätzlich zu professionalisieren und wenige Stellen gezielt an den Spitalern zu verankern.

⁸ Im Fall der Genfer Klinik *Corela* sah es das Bundesgericht als erwiesen an, dass der Leiter des Instituts eigenmächtig Gutachten angepasst und Diagnosen geändert hat – zuungunsten der Versicherten (Urteil des Bundesgerichts vom 22. Dezember 2017 (2C_32/2017)).

Heutiges System optimieren

In den Gesprächen wird auf der einen Seite darauf hingewiesen, dass ein Regulierungssystem gefunden werden müsse, das ein Mindestmass an Kenntnissen und Erfahrungen der Gutachter/-innen garantiere, ohne dabei den Flaschenhals zu eng zu machen. Erwähnt wird auch die Möglichkeit, das heutige System der Zulassungskriterien so liberal zu belassen und dafür viel stärker über die Qualitätssicherung zu steuern. Bei einer Optimierung des heutigen Systems werden folgende Vorschläge bezüglich notwendiger Zulassungskriterien vorgebracht:

- *Nachweis Fortbildung in Begutachtung (SIM-Zertifikat)*: Vertretende aller Seiten würden es begrüßen, das SIM-Zertifikat als Voraussetzung für die Zulassung verbindlich festzulegen. Auch Neuropsychologen/-innen und Chiropraktiker/-innen sollten entsprechende Module absolvieren. Allenfalls könnte man bei Personen, die nur in ganz bestimmten Fällen Gutachten erstellen, eine Ausnahme machen. Das SIM-Zertifikat wird als wichtige Basisausbildung erachtet, insbesondere auch für ausländische Gutachter/-innen. Am SIM-Zertifikat sei gut, dass regelmässig gutachtenspezifische Fortbildungen für den Erhalt des Zertifikats absolviert werden müssten. Verschiedentlich wird aber auch darauf hingewiesen, dass es sich beim SIM-Zertifikat lediglich um eine «Schnellbleiche» handle und das Vorhandensein dieses Zertifikats nicht bedeute, dass die Gutachten dadurch per se qualitativ besser würden. Die Chance, dass gewisse Minimalstandards bekannt seien und beachtet würden, sei aber höher, wenn jemand dieses Zertifikat erlangt habe. Um eine Mindestausbildung von Fachärzten und -ärztinnen, die gutachterlich tätig sind, zu gewährleisten, wollte die SIM zusammen mit dem SIWF den Fähigkeitsausweis «Medizinische Begutachtung» einführen bzw. das bestehende SIM-Zertifikat «Medizinischer Gutachter» als Fähigkeitsausweis anerkennen lassen. Dies analog zum bestehenden Fähigkeitsausweis für Vertrauensärzte KVG. Das Vorhaben sei aber seitens der FMH verwehrt worden, weil man innerhalb der Ärzteschaft die Befürchtung gehabt habe, dass am Schluss nur noch Ärzte/-innen mit Fähigkeitsausweis Gutachten erstatten dürften.
- *Nachweis Praxisbezug/klinische Erfahrung*: Von verschiedener Seite werden der Praxisbezug und die klinische Erfahrung als sehr wichtige Eigenschaften von Gutachtern/-innen beschrieben. Während es die einen Befragten begrüßen würden, wenn beispielsweise Begutachtende nicht mehr als die Hälfte oder zwei Drittel des Erwerbseinkommens über die Gutachtertätigkeit erzielen, beurteilen andere Befragte eine solche Einschränkung sehr kritisch. Für Letztere ist wichtig, dass jemand im Lebenslauf über einen längeren Zeitraum einen Praxisbezug/klinische Erfahrung nachweisen kann. Dies müsse jedoch nicht parallel zur gutachterlichen Tätigkeit der Fall sein. Vorgeschlagen wird in diesem Zusammenhang die Anforderung von mindestens fünf Jahren Berufserfahrung nach Abschluss des Facharztes.
- *Ausländische Gutachter/-innen*: Bezüglich Begutachtender aus dem Ausland wird ebenfalls das SIM-Zertifikat als wichtige Anforderung formuliert. Gewisse Befragte gehen in ihren Anforderungen weiter und würden es begrüßen, wenn ausländische Gutachter/-innen mehrere Jahre in der Schweiz tätig wären, bevor sie Gutachten erstellen.
- *Zulassung von Psychologen/-innen*: Vorgeschlagen wurde von einem Experten auch, dass die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit auch von Psychologen/-innen gemacht werden könnte, analog zu den Neuropsychologen/-innen. Die Gesetzgebung entspreche in diesem Bereich nicht mehr der heutigen Versorgungsrealität. Eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten/-innen müsste eine Zusatzausbildung angeboten werden und das Thema müsste bereits in die Grundausbildung aufgenommen werden. Entsprechend wären die Institutionen gefordert, die diesen Ausbildungsauftrag innehaben.

- *Spezifischere Anforderungen an die Qualitätssicherung der Gutachterstellen:* Die Anforderungskriterien für die Zulassung polydisziplinärer Stellen müssten gemäss Rückmeldungen aus den Gesprächen konkretisiert werden. Es sind dies Vorgaben an die Qualifizierung der Leitung der Gutachterstelle sowie die für die Gutachterstelle tätigen Gutachter/-innen. Gefordert wird, dass alle Gutachter/-innen einer Gutachterstelle über klinische Erfahrung verfügen und die im jeweiligen Kanton notwendigen Berufsausübungs- und/oder Praxisbewilligungen besitzen. Alle für die Gutachterstelle tätigen Gutachter/-innen hätten sich zudem über eine FMH-anerkannte qualifizierende Weiterbildung in Gutachtermedizin auszuweisen. Die regelmässige Kontrolle und Dokumentation der Erfüllung der geforderten Aus-, Weiter- und Fortbildungen der Gutachter/-innen obliegt der Leitung der Gutachterstelle. Jede Gutachterstelle müsse unbedingt über eine fachärztliche Leitungsperson verfügen, die mindestens die gleichen Qualifikationskriterien zu erfüllen habe wie die Gutachter/-innen, die für die Gutachterstelle arbeiten. Weiter müsste jede Gutachterstelle in den fachärztlichen Kerndisziplinen⁹ mindestens eine Gutachterin oder einen Gutachter vorweisen, der mindestens 50 Begutachtungen im entsprechenden Fachgebiet erstellt habe. Die Leitungsperson sei für die Supervision zuständig und garantiere die medizinische Qualitätssicherung der durchgeführten Begutachtungen. Allerdings wird ausdrücklich betont, dass die Durchsetzung dieser Qualitätssicherungsmassnahmen nur umsetzbar sei, wenn diese auch adäquat vergütet würden.
- *Formelle und inhaltliche Kontrolle der Zulassung:* Letztlich wird in den Gesprächen erwähnt, dass die Kontrolle der Zulassung im Rahmen des heutigen Systems stärker inhaltlich erfolgen und über eine Prüfung rein formeller Kriterien hinausgehen müsse. Dies bedeute, dass z.B. die IV-Stellen konsequent Probegutachten von neuen Gutachterpersonen einfordern müssten oder dass die Stelle, die für die Zulassung der polydisziplinären Gutachterstellen zuständig sei, den Fokus ebenfalls stärker auf die Gewährleistung inhaltlicher Qualitätskriterien legen müsste und diese auch in regelmässigen Abständen überprüfen sollte.

Professionalisierung der Gutachtertätigkeit über öffentlich-rechtliche Institutionen

Ein ganz anderer Weg der Zulassung, gewissermassen ein Systemwechsel, wurde in den Gesprächen ebenfalls erwähnt. Vorgeschlagen wird ein System, in dem die medizinische Begutachtung nur noch durch hochprofessionalisierte öffentlich-rechtliche Stellen durchgeführt würde. Es wären dies Institute, die an den Spitälern angesiedelt sein könnten. Befragte weisen darauf hin, dass es nicht nachvollziehbar sei, warum Begutachtung nicht zum Grundauftrag der Kantone gehöre. Wenn jede öffentliche Institution, die einen medizinischen Ausbildungsauftrag habe (Spitäler), Begutachtung anbieten und vielleicht 40 Prozent des Bedarfs abdecken würde, wäre das Manko behoben, heisst es etwa. Seitens des BSV wird in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass in den letzten Jahren erfolglos verschiedene Anstrengungen unternommen wurden, um Spitäler als Gutachterinstitute zu gewinnen.

Schaffung einer unabhängigen Zulassungsstelle

Von Vertretern/-innen aller Seiten wird die Schaffung einer unabhängigen Stelle (im Sinne der unter dem neuen Art. 44 Abs. 7 ATSG erwähnten Kommission) begrüsst. Im Zusammenhang mit der Zulassung solle diese Stelle gemäss den befragten Experten/-innen folgende Aufgaben entweder selbst übernehmen oder diese Aufgaben an eine operative Stelle delegieren (genannt wurde die SIM, die FMH oder eine einzurichtende Geschäftsstelle/Sekretariat der neu zu schaffenden unabhängigen Kommission): Zulas-

⁹ Zu den Kerndisziplinen gehören: 1. Allgemeine Innere Medizin, Innere Medizin, Arbeitsmedizin oder Prävention und Gesundheitswesen; 2. Bewegungsapparat: Rheumatologie und Orthopädie; 3. Psychiatrie und 4. Neurologie.

sungskriterien verbindlich im Bereich der mono-, bi- und polydisziplinären Gutachten für alle Gutachter/-innen und Gutachterstellen definieren, die Zulassung der Gutachterstellen gemäss diesen formellen und inhaltlichen Kriterien zu Beginn und in regelmässigen Abständen im Sinne einer Akkreditierung prüfen sowie bei gemeldeten Anzeichen von Struktur- oder Qualitätsproblemen entsprechende Abklärungen bei den jeweiligen Stellen vornehmen und in letzter Konsequenz der betreffenden Stelle die Zulassung entziehen. Erwähnt wird, dass es sich bei diesen Vorgaben idealerweise um Qualitätskriterien handeln soll, die für den gesamten Bereich der Sozialversicherung Anwendung finden. Weitere Aufgaben betreffend die Qualitätssicherung, die diese Stelle ebenfalls innehätte, werden im Kapitel 2.4.4 aufgeführt. Zu klären sei noch, ob diese Kommission selbst die Kompetenz erhalten sollte, Sanktionen auszusprechen, oder ob diese Kompetenz weiterhin beim BSV, bei den IV-Stellen und den Unfallversicherern belassen werden soll und diese bezüglich dieser Aufgabe seitens der Kommission überwacht werden. Nach Ansicht aller Experten/-innen ist es sehr wichtig, dass diese unabhängige Stelle zwecks Legitimation und Akzeptanz breit zusammengesetzt ist und Vertretende aus Medizin (Versicherungsmedizin und behandelnde Ärzte/-innen) und Recht umfasst. Es müsse sich unbedingt um eine fachlich-wissenschaftlich zusammengesetzte Stelle handeln. Wichtig sei, auch Vertretende von Patientenorganisationen einzubeziehen. Zu bedenken sei, dass dieser Stelle eine sehr wichtige Funktion zukomme. Neu würden nun künftig vielleicht zehn Personen, die vom Bundesrat ausgewählt werden, wichtige Aufgaben übernehmen, die bis anhin von der Bundesverwaltung ausgeübt worden waren. Seitens einer IV-Stelle wird im Zusammenhang mit der Schaffung einer Kommission zudem kritisch angemerkt, dass die Kontrolle schwieriger werde, je weiter man sich von der Praxis entferne.

Aus- und Weiterbildung stärken, Professionalisierung vorantreiben

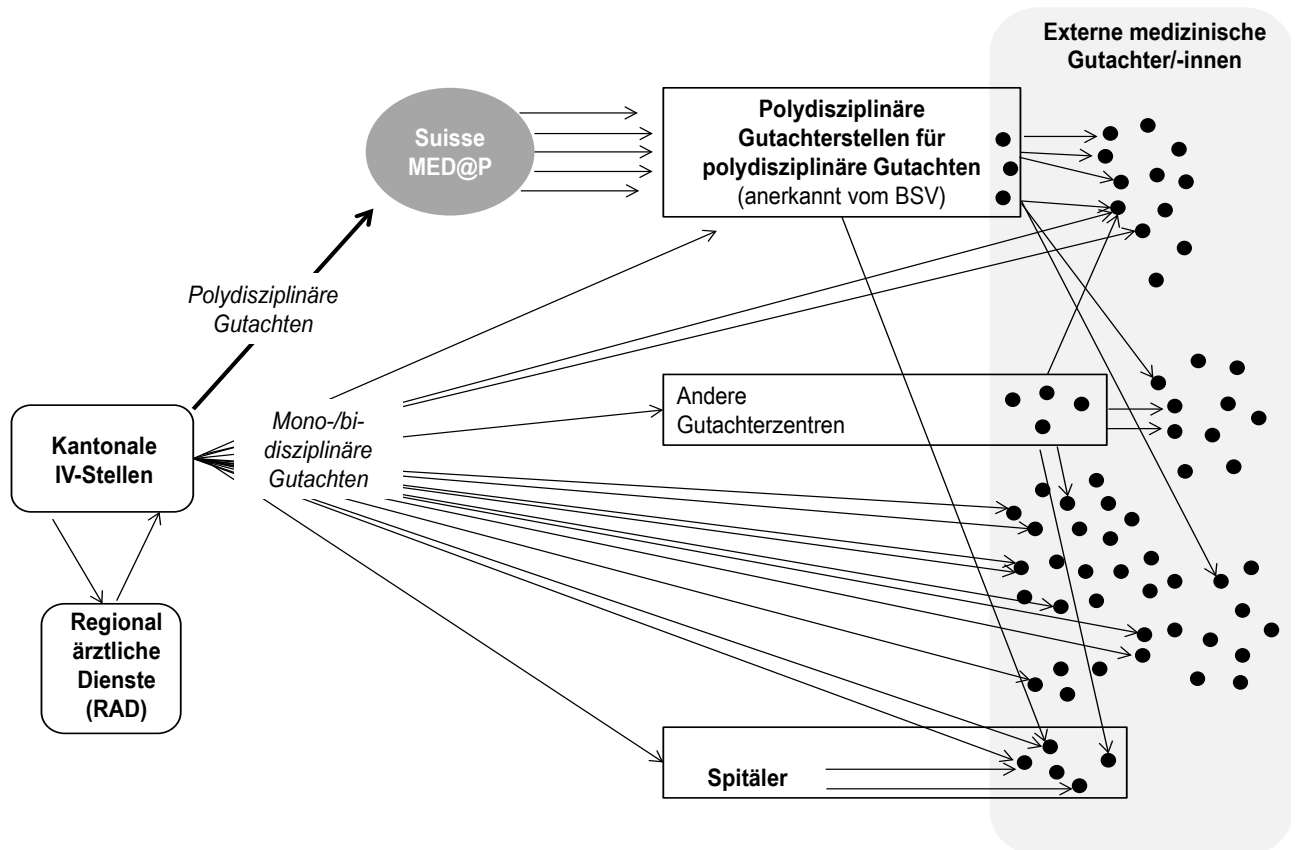
Grundsätzlich wurde in den Gesprächen immer wieder auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Qualifizierung von Gutachtern/-innen bereits im Rahmen der medizinischen Aus- und Weiterbildung zu stärken. Das Thema müsse innerhalb der Fachgesellschaften stärker gepflegt und Fragen der Qualitätssicherung müssten innerhalb der Ärzteschaft stärker geregelt werden.

2.2 Vergabe von Gutachten

2.2.1 Überblick über die Vergabe der Gutachten

Ein Überblick über den Vergabeprozess der externen Gutachten wird nachfolgend aufgeführt.

D 2.2: Vergabeprozess der medizinischen Gutachten



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Befragung der IV-Stellen und der Analyse der Adresslisten für die Online-Befragung (Laubereau et al. 2018);

Legende: Jeder Pfeil stellt die Vergabe eines Gutachtens (respektive Teilgutachtens) dar. Die Punkte repräsentieren die einzelnen Gutachter/-innen.

Der Ablauf der Vergabe sei an dieser Stelle in Anlehnung an die Ausführungen gemäss Laubereau et al. (2018) kurz zusammengefasst: Die kantonalen IV-Stellen entscheiden, meist in Absprache mit dem RAD, über die Art des zu vergebenden Gutachtens: poly-, bi- oder monodisziplinär. Für polydisziplinäre Gutachten wird der Auftrag via die Plattform SuisseMED@P erteilt, das bedeutet, dass eine der derzeit 30 anerkannten polydisziplinären Gutachterstellen den Auftrag nach dem Zufallsprinzip erhält. Diese bestimmt die Gutachter/-innen, die am Gutachten beteiligt werden, die Gutachter/-innen können in der polydisziplinären Gutachterstelle fest angestellt sein oder (meistens) freischaffend von der polydisziplinären Gutachterstelle für den Fall mandatiert werden. Für bi- oder monodisziplinäre Gutachten kontaktieren die IV-Stellen oder in seltenen Fällen die damit beauftragten RAD direkt Gutachter/-innen oder aber eine polydisziplinäre Gutachterstelle für polydisziplinäre Gutachten, ein anderes Gutachterzentrum oder ein Spital bzw. eine bestimmte Abteilung im Spital, die jeweils die entsprechenden Gutachter/-innen bestimmen.

Für die *polydisziplinären medizinischen Gutachten* liegen seit 2013 konkrete Zahlen vor. Gemäss Angaben des BSV (Übersicht total zugeteilter Aufträge) für das Jahr 2019 wurden den damals 30 autorisierten polydisziplinären Gutachterstellen¹⁰ insgesamt 4681 Gutachtensaufträge zugeteilt (76% deutsche Sprache, 20% französische Sprache und 4% italienische Sprache). Die Disziplin Allgemeine Innere Medizin ist aufgrund des «Grundgerüsts» einer polydisziplinären Begutachtung immer zwingend beteiligt. Weiter ist die Disziplin Psychiatrie ebenfalls in nahezu allen Begutachtungen vertreten. Rheumatologie und Neurologie sind die nächsthäufigen Fachdisziplinen. Am häufigsten sind Gutachten mit vier Disziplinen (48%) vertreten, gefolgt von Gutachten mit drei Disziplinen (26%). Die Anzahl unverteilter Aufträge für das Jahr 2019 beträgt 352, wobei es sich dabei um nur 12 Aufträge in deutscher Sprache, 282 Aufträge in französischer Sprache und 58 Aufträge in italienischer Sprache handelt. Ein Blick auf die Verteilung der 4681 Gutachtensaufträge auf die 30 polydisziplinären Gutachterstellen zeigt auf, dass

- 4 Gutachterstellen mehr als 300 Aufträge zugeteilt wurden;
- 5 Gutachterstellen zwischen 200 und 299 Aufträge zugeteilt wurden;
- 11 Gutachterstellen zwischen 100 und 199 Aufträge zugeteilt wurden;
- 10 Gutachterstellen weniger als 100 Gutachten zugeteilt wurden, wobei 2 Gutachterstellen 2019 keine Aufträge erhalten haben.

Bei den *mono- und bidisziplinären medizinischen Gutachten* existieren keine offiziell publizierten Angaben zur Gesamtzahl und Art jährlich erstellter Gutachten.¹¹ Das BSV wertet jährlich die Tarificodes für medizinische Gutachten aus dem Register der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) aus, um die Zahl der beauftragten Gutachten zu schätzen. Eine Herausforderung bei dieser Schätzung sind mögliche Mehrfachabrechnungen für ein Gutachten und es kann nicht zwischen mono- und bidisziplinären Gutachten unterschieden werden. Gemäss den ZAS-Zahlen betrug die Anzahl Gutachten im Jahr 2016 15'987 (10'261 mono-/bidisziplinäre Gutachten und 5726 polydisziplinäre Gutachten). Eine Befragung der IV-Stellen im Rahmen von Interface aus dem Jahr 2017 ergab in der Summe 16'848 beauftragte Gutachten im Jahr 2016, im Minimum 13 Gutachten pro IV-Stelle, im Maximum 2620 Gutachten. Im Mittel handelte es sich beim Total der im Rahmen der telefonischen Befragung der IV-Stellen erhobenen Angaben bei 48 Prozent um monodisziplinäre Gutachten, bei 18 Prozent um bidisziplinäre Gutachten und bei 34 Prozent um polydisziplinäre Gutachten. Rund drei Viertel der Gutachten wurden in der Deutschschweiz in Auftrag gegeben.

2.2.2 Vergabeprinzipien

In zwei Leiturteilen definierte das Bundesgericht in den Jahren 2011 und 2013 die Anforderungen an die Vergabe von mono-, bi- und polydisziplinären Gutachten (BGE 137 V 210 und 139 V 349).

I Vergabe von polydisziplinären Gutachten

Per 1. März 2012 wurde in der Folge des BGE 137 V210 bundesrechtlich verankert (Art. 72^{bis} IVV), dass die Zuweisung von Aufträgen für polydisziplinäre Gutachten nur noch nach dem *Zufallsprinzip* über die IT-Plattform SuisseMED@P erfolgen darf.

¹⁰ Per 1. 6. 2020 verfügen 30 polydisziplinäre Gutachterstellen über einen Vertrag mit dem BSV.

¹¹ Die nachfolgenden Ausführungen zur Anzahl der Gutachten stammen aus Laubereau et al. (2018).

Das virtuelle Vergabeverfahren¹² für jede einzelne Auftragsanfrage kann mit einer Ziehung aus dem Lotterietopf verglichen werden. Die zu ziehenden Lose eines Lotterie- bzw. Vergabetopfes repräsentieren jeweils eine Gutachterstelle. Die Eignungskriterien bestimmen, ob ein Los mit dem Namen der Gutachterstelle in den Vergabetopf für die jeweilige Auftragsanfrage gelangt. Die Auswahlkriterien bestimmen anschliessend den Ablauf der Ziehung eines Loses aus dem Vergabetopf. Das gezogene Los bzw. die gezogene Gutachterstelle erhält den Zuschlag für den Auftrag.

Eignungskriterien, um in den Vergabetopf zu gelangen, sind: *medizinische Disziplinen* (Übereinstimmung der nachgefragten Disziplinen mit den angebotenen Disziplinen der Gutachterstelle); *Sprache der Gutachten* (Übereinstimmung der nachgefragten Sprache mit der angebotenen Sprache der Gutachterstelle); *Kapazität einer medizinischen Disziplin* (Kapazitäten aller in der Auftragsanfrage erfassten medizinischen Disziplinen befinden sich bei der Gutachterstelle im Status «frei»); *Status Gutachterstelle* (Status der Gutachterstelle ist auf «aktiv» gesetzt); *Nichtdurchführbarkeit*. (Kann eine Gutachterstelle schriftlich nachvollziehbar begründen, dass in einem konkreten Fall eine weitere von der IV-Stelle nicht vorgegebene Fachdisziplin zwingend zu begutachten ist, und die Gutachterstelle selber diese Fachdisziplin grundsätzlich nicht anbietet, kann der Auftrag als «nicht durchführbar» zurückgewiesen werden. Wird dieser Auftrag im späteren Verlauf erneut verteilt, wird die ursprüngliche Gutachterstelle bei der Neuverteilung ausgeschlossen.)

Auswahlkriterien, die den Ablauf der Ziehung aus dem Vergabetopf bestimmen, sind die *Wartefrist* sowie die *Anzahl Gutachterstellen im Vergabetopf*. Eine «Wartefrist» bezeichnet die Zeitspanne, die zwischen der Verteilung zweier Aufträge verstreicht. Diese kann hilfreich sein, wenn die Anzahl der im Vergabetopf befindlichen Gutachterstellen erhöht werden soll oder man den Gutachterstellen – vor allem bei einem Auftragsüberangebot – mehr Zeit für ihre Kapazitätenplanung einräumen möchte. Alle Aufträge werden gleichzeitig und unmittelbar an eine Gutachterstelle verteilt, die alle Eignungskriterien erfüllt. Im System kann zudem die Mindestanzahl an Gutachterstellen bestimmt werden, die für das Auslösen eines Vergabeprozesses benötigt wird. Da manche Regionen/Sprachen momentan (noch) durch wenige Gutachterstellen abgedeckt werden, ist dieser Wert aktuell auf seinem Minimum. Dies garantiert eine rasche Verteilung und damit schnellere Auftragsdurchführung. Die Ziehung selbst erfolgt computergestützt anhand eines Zufallsgenerators.

I Vergabekriterien bei mono-/bidisziplinären Gutachten

Im Gegensatz zur Vergabe von polydisziplinären Gutachten beliebs das Bundesgericht die freihändige Vergabe von mono- und bidisziplinären Gutachten weiterhin in der Verantwortung der einzelnen IV-Stellen.

Die Befragung der IV-Stellen aus dem Jahr 2017 zeigte, dass es hinsichtlich der Kriterien zur Auswahl der Gutachter/-innen gewisse Unterschiede zwischen den Kantonen gibt (Laubereau et al. 2018). Dabei sind die Vergabekriterien nur äusserst selten explizit schriftlich festgehalten. In den meisten Fällen handelt es sich um eine etablierte Praxis bzw. um frühere Erfahrungen mit entsprechenden Gutachtern/-innen. Allerdings verfügen die RAD oder die IV-Stellen in der Regel über Listen mit möglichen Gutachtern/-innen, die angefragt werden können. In diesen Listen sind teilweise auch gewisse Qualitätskriterien festgehalten. Eine IV-Stelle gab an, dass auch die mono- und bidisziplinären Gutachten oft über polydisziplinäre Gutachterstellen oder Spitäler vergeben würden und

¹² Die nachfolgenden Ausführungen stützen sich auf das BSV-Dokument «Auftragsvergabe und Zufallsprinzip» (BSV 2013).

dass sie daher keine direkte Kontrolle über die Qualifikationen der Gutachter/-innen habe.

Die IV-Stellen verwenden für die Mandatsvergabe an die Gutachter/-innen die vorgeschriebene Auftragsvorlage gemäss IV-Rundschreiben Nr. 339 (BSV 2017^b). Das Audit kommt zum Schluss, dass die IV-Stellen in der Regel auf eine ausgewogene Verteilung der Gutachten an die Gutachterstellen achten. Teilweise könne diese Vorgabe nicht berücksichtigt werden, wenn z.B. die benötigte Fachdisziplin bei den Gutachterstellen kaum vertreten sei oder keine freien Kapazitäten bei den Gutachtern/-innen bestünden. Primäre Kriterien für die Gutachtensvergabe sind auf den meisten IV-Stellen die Fachdisziplin(en), die Verfügbarkeit der Gutachter/-innen sowie die geografische Lage der Gutachterstelle. Ein Teil der IV-Stellen stützt sich bei der Vergabe auf Gutachterlisten bzw. Datenbanken. Andernorts wurden Gutachten-Verwaltungsprogramme entwickelt, die eine ausgewogene Auswahl der richtigen Gutachterstelle erleichtern und zur Qualitätssicherung der Gutachten herangezogen werden können.

I Abgeltung von Gutachten

Bei den polydisziplinären Gutachten kam im Nachgang zum wegweisenden Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juni 2011 (BGE 137 V 210) mit der Einführung der zufallsbasierten Zuteilung von Gutachten per 1. März 2012 eine neue Tarifvereinbarung mit einem differenzierten Gutachtenstarif zur Anwendung (siehe Anhang 2 der Mustervereinbarung des BSV mit den Gutachterstellen).

Folgende Tarife beinhalten den Gutachterpreis exklusive Zusatzkosten (Laboranalysen, Radiologie, Abklärungen von medizinischen Leistungen durch Dritte) für polydisziplinäre Gutachten.

D 2.3: Tarife für medizinische Gutachten der IV

Ziffer		Pauschalpreis inkl. MWSt.
290.1	Allgemeine/Innere Medizin + 2 Spezialisten	CHF 8'972.00
290.2	Allgemeine/Innere Medizin + 3 Spezialisten	CHF 10'631.00
290.3	Allgemeine/Innere Medizin + 4 Spezialisten	CHF 12'290.00
290.4	Allgemeine/innere Medizin + 5 Spezialisten	CHF 13'948.00
290.5	Allgemeine/Innere Medizin + 6 Spezialisten	CHF 15'607.00
290.7	No-Shows	CHF 1'500.00 / 750.00 / 500.00
	Rückzug vor Begutachtung	CHF 1'500.00

Quelle: Anhang 2 der Mustervereinbarung des BSV mit den Gutachterstellen

Zusätzlich durch die Gutachterstelle verrechenbare Leistungen sind:

- Die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL), sofern von SAR- anerkannten Institutionen durchgeführt, kann zusätzlich zum Gutachterpreis gemäss dem offiziellen IV-Tarif abgerechnet werden.
- Dolmetscherkosten
- Zusatzleistungen wie z.B. Laboranalysen gemäss Analysenliste, Radiologie

Für die Abrechnung der mono- und bidisziplinären Gutachten gelten die Kriterien des TARMED-Systems (1.08 BR).¹³ Das für die Erstellung des Gutachtens notwendige Gespräch sowie die Untersuchung der zu begutachtenden Person werden dabei nach Zeitaufwand in Untersuchungsklassen (A bis E) gegliedert:

- A: Leistung im engeren Sinn beträgt 60 Minuten. Ausgegangen wird von einem kurzen Aktenstudium, klaren Befunden und nicht sonderlich schwieriger Beantwortung der Fragen.
- B: Leistung im engeren Sinn beträgt 180 Minuten. Ausgegangen wird von einem Gutachten mit mittlerem Schwierigkeitsgrad: Würdigung der Vorbefunde, Diskussion differentialdiagnostischer und/oder differentialätiologischer Probleme, schwierigere Beurteilung und Beantwortung der Fragen, einfache Recherche.
- C: Leistung im engeren Sinn beträgt 240 Minuten. Ausgegangen wird von einem Gutachten mit hohem Schwierigkeitsgrad: mehrschichtige Problematik, Würdigung von Vorbefunden und Vorgutachten, schwierige Beantwortung eines umfangreichen Fragenkatalogs, aufwändige Recherchen.
- D: Leistung im engeren Sinn beträgt 420 Minuten. Ausgegangen wird von einem Gutachten mit überdurchschnittlichem Schwierigkeitsgrad: komplexe Aktenlage mit zahlreichen Vorbefunden und schwieriger Würdigung von Vorgutachten, Beantwortung eines umfangreichen und anspruchsvollen Fragenkatalogs, sehr aufwändige Recherchen.
- E: Für ausserordentlich schwierige Fälle sind Spezialabmachungen mit dem Auftraggeber zu treffen. Unter diese Kategorie gehören: ausserordentlich aufwändiges Aktenstudium, hohe Schwierigkeit der gutachterlichen Überlegungen und Schlussfolgerungen, ausserordentlich schwieriges Verfassen des Gutachtens mit ungewöhnlich umfangreichen Recherchen. Die Abrechnung erfolgt gemäss spezieller Vereinbarung mit dem Kostenträger.

2.2.3 Rollen und Zuständigkeiten

Die *IV-Stellen* sind die Auftraggeber der mono-, bi- und polydisziplinären medizinischen Gutachten. Sie vergeben dabei die mono- und bidisziplinären Gutachten direkt an die Gutachter/-innen respektive Gutachterinstitute. Die polydisziplinären medizinischen Gutachten müssen die IV-Stellen nach dem Zufallsprinzip über die Informatikplattform SuisseMED@P an die Gutachterstellen vergeben (Art. 72^{bis} Abs. 2 IVV).

2.2.4 Beurteilung durch Expertinnen und Experten

Nachfolgend werden die seitens der befragten Experten/-innen erfolgten Beurteilungen zur Vergabe der Gutachten zusammenfassend aufgeführt.

I Beurteilung der direkten Vergabe durch die IV-Stellen

In den Gesprächen werden eine Reihe von Kritikpunkten an der direkten Vergabe der mono- und bidisziplinären Gutachten geäussert:

- *Vorwurf der fehlenden einheitlichen Vergabekriterien:* Von versicherungsexterner Seite wird bemängelt, dass es bei mono- und bidisziplinären Gutachten keine einheitlichen Vergabekriterien der IV-Stellen gebe. So setze jeder Kanton die Vergabe nach eigenem Gutdünken mit eigenen Regeln und Vorgaben um.
- *Vorwurf der ungerechten Vergabe:* In den Gesprächen wird der Vorwurf geäussert, dass ein eigentliches Einigungsverfahren bei der direkten Vergabe nicht zum Zug komme. Von der direkten Vergabe würden nur die anwaltlich gut beratenen und gut

¹³ vgl. den Online-Browser von TARMED auf <https://www.tarmed-browser.ch/de/leistungen> (Zugriff 5. 8. 2020)

vernetzten Versicherten profitieren. Wenn Betroffene allein involviert seien, gebe es häufig einfach eine Zuteilung und keine Liste mit Vorschlägen. Anwälte/-innen, die viel in diesem Bereich arbeiteten, würden alle Gutachter/-innen kennen und hätten so die Möglichkeit, bei einer von der IV-Stelle vorgeschlagenen Auswahl jene Gutachter/-innen für die Betroffenen auszuwählen, die eher versichertenfreundlich begutachten würden. Betroffene, die nicht über so eine Vertretung verfügten, würden die Gutachter/-innen nicht kennen und hätten folglich auch keine Einflussmöglichkeit. Aufgeworfen wird die Frage, wie sich jemand in dem System orientieren solle, wenn er oder sie über kein Netzwerk verfüge.

- *Vorwurf der unausgewogenen, ergebnisgesteuerten Vergabe:* In den Gesprächen wird die Kritik geäußert, dass bei der direkten Vergabe durch die IV-Stellen die Gefahr bestehe, dass diese mit der Zeit immer wieder auf dieselben Gutachter/-innen zurückgreifen würden. Per se müsse dies kein Problem sein, von aussen wirke die Vergabe aber nicht vertrauenswürdig. Die direkte Vergabe durch die IV-Stellen ist daher gemäss Rückmeldungen in den Gesprächen immer wieder dem Vorwurf ausgesetzt, ergebnisorientiert gesteuert zu sein. Dass nur ein kleiner Anteil der Gutachter/-innen einen Grossteil der Gutachten zugeteilt bekomme, sei ein grosses strukturelles Problem. Wer sehr viele Gutachten mache und daneben nicht klinisch praktiziere, werde finanziell sehr abhängig von der IV – und wisse, was die IV wolle. Dieser Vorwurf stehe im Raum und lasse sich nicht einfach vom Tisch wischen. Wenn man sehe, wie viele aus dem Raum X nach Y oder Z zu Gutachtern/-innen geschickt würden, bei denen man das Ergebnis bereits im Voraus kenne, obschon es im Raum X genügend Psychiater/-innen gäbe, dann werfe das Fragen auf. Auch wird in diesem Zusammenhang der Vorwurf vorgebracht, man könne sich bei den zufallsverteilten polydisziplinären Gutachten bei den IV-Stellen gewissermassen empfehlen, indem man eher restriktiv sei – und so in der Folge von den IV-Stellen für mono- und bidisziplinäre Gutachten angefragt werde. Von Vertretern der IV wird betont, dass bei der Vergabe die Verfügbarkeit das wesentliche Kriterium darstelle und man oft keine grosse Wahl habe. Der Vorwurf der ergebnisorientierten Steuerung wird vehement bestritten.
- *Vorwurf der intransparenten Vergabe:* Kritisiert wird, dass sich im heutigen System der Zugang zu Informationen zur Verteilung der mono- und bidisziplinären Gutachten je nach IV-Stelle mühsam gestalte. Wenn man im heutigen System wissen möchte, wie viele Gutachten jemand von der IV erhalte und zu welchem Ergebnis es komme, müsse man die Daten nach kantonalen Öffentlichkeitsgesetzen einkaufen. Daher sei der Zugang zu den Daten kantonal sehr unterschiedlich – und die Versicherte hätten nur beschränkt Möglichkeiten, Informationen zu erhalten, ob ihre Gutachtensperson beispielsweise für eine tendenziöse Begutachtung bekannt sei. Bei der Suva müsse die Clearingstelle jedes Jahr Rechenschaft über die Verteilung der Aufträge und der Einnahmen ablegen. Diese müsse ausgewogen sein.

In den Gesprächen werden auch positive Aspekte der direkten Vergabe betont: Als Vorteil der direkten Vergabe wird seitens der Versicherer vorgebracht, dass man den Versicherern die Möglichkeit geben müsse, die Fallführung nicht ganz aus den Händen zu geben. Die Versicherer hätten einen gesetzlichen Auftrag. Sie müssten ihre Fälle innerhalb einer nützlichen Frist – dies auch zugunsten der versicherten Person – führen können. Dabei sollten inhaltliche Kriterien berücksichtigt werden können. Man wisse z.B., dass gewisse Gutachter/-innen auf Schulter- oder Hüftbeschwerden spezialisiert seien. Bei anderen sind gewisse Sprachkompetenzen vorhanden. Dieses Wissen sei in einem Zufallssystem nicht mehr gezielt zu nutzen.

I Beurteilung der Zufallsauswahl bei polydisziplinären Gutachten

Die Zufallsauswahl bei den polydisziplinären Gutachten wird in den Gesprächen weitgehend positiv beurteilt. Es werden aber auch einige kritische Aspekte thematisiert:

- *Zufallsauswahl ist eine Kapazitätsauswahl:* Hinsichtlich der Zufallsauswahl wird zum einen der Umstand kritisiert, dass es sich letztlich nicht um eine tatsächliche Zufallsvergabe handle, sondern um eine Vergabe nach Kapazitäten. Die Gutachterstellen mit den meisten Kapazitäten würden am meisten Gutachten erhalten, und diese seien dann auch wirtschaftlich am meisten abhängig von der IV. Per se ist dies nach Ansicht der Experten/-innen nicht problematisch, es wird jedoch angemerkt, dass in der Tendenz jene Gutachterstellen viel Kapazität angeben und damit zu vielen Gutachten gelangen würden, die nicht den qualitativ besten Ruf hätten. Dies könne zu mehr problematischen Gutachten führen.
- *Aushebelung des Zufallsprinzips aufgrund von Mehrfachbeschäftigung oder Bildung von Verbänden unter Gutachterstellen:* Gemäss Rückmeldungen aus den Gesprächen gibt es Anzeichen, dass gewisse Mechanismen das Zufallsprinzip verzerren. Dann etwa, wenn Gutachter/-innen ihre Chance, aus dem Gutachtertopf gezogen zu werden, erhöhen, indem sie für mehrere Gutachterstellen tätig sind, oder wenn Gutachterstellen untereinander Verbände bilden. In diesem Zusammenhang wird auch auf eine Interpellation verwiesen, die diesen Umstand thematisiert (19.4592).¹⁴ Auch hier wird von einigen Experten/-innen angemerkt, dass die Mehrfachbeschäftigung nicht per se ein Problem darstellen müsse, solange die Qualitätskriterien erfüllt würden. Wenn jemand sein spezifisches Wissen an mehreren Orten einbringe, sei dies grundsätzlich gut, wenn umgekehrt der tendenziöse «alle sind Simulanten»-Typus mehrere Wirkungsmöglichkeiten habe, sei dies aus Versicherungssicht jedoch bedauerlich. Nachdem dem BSV die in der Interpellation geschilderten Vorkommnisse mitgeteilt worden waren, wurden bei den betroffenen Gutachterstellen Abklärungen eingeleitet und entsprechende Massnahmen ergriffen. Insbesondere haben seit Ende 2019 die Gutachterstellen auf Aufforderung des BSV dafür besorgt zu sein, die Gutachterteams so zusammenzusetzen, dass pro Gutachtensauftrag höchstens eine der begutachtenden Personen auch noch für andere polydisziplinäre Gutachterstellen tätig ist (vgl. Antwort des Bundesrats auf die Interpellation 19.4592).

I Einschätzung Entlohnung

Mit der differenzierten Abgeltung der Gutachten nach abgestuften Pauschalen ist nach Ansicht von Experten/-innen der grösste Fehlanreiz, möglichst viele einheitlich entschädigte Gutachten mit möglichst kleinem Aufwand zu erstellen, beseitigt worden. Weiterhin wird aber der Zweifel geäussert, ob ein System, das auf Pauschalen beruhe, das richtige System sei, um den sehr unterschiedlich gelagerten Fällen gerecht zu werden. Zusammenfassend werden in den Gesprächen folgende Kritikpunkte erwähnt:

- *Geringer Tarif begünstigt unsorgfältige Gutachten:* Eine grundsätzliche Kritik, die auch in den Gesprächen mit den Experten/-innen verschiedentlich vorgebracht wird, ist, dass für die Begutachtung allgemein zu wenig Mittel bereitgestellt würden. Dies würde das Verfassen von «quick and dirty»-Gutachten begünstigen. Wer ein sorgfältiges und gründliches, leitlinienkonformes Gutachten erstellen möchte, werde mit

¹⁴ Auszug aus der Interpellation 19.4592: «Augenfällig ist beispielsweise, dass 2018 bei ABI und ZIMB gleich neun identische Ärzte arbeiteten (ein Teil davon auch bei GA eins und einer zusätzlich auch bei der MEDAS Oberaargau tätig ist). Zudem ist gemäss Handelsregister bei GA eins und ZIMB dieselbe Person für die Geschäftsführung zuständig, sie war früher auch für die Revisionsstelle des ABI verantwortlich.»

dem jetzigen Tarifsystem bestraft. Es werde unterschätzt, wie viel Aufwand die Erstellung eines Gutachtens bedeute, wenn man es gründlich mache.

- *Gesteigerte Anforderungen werden nicht berücksichtigt:* Von mehreren Experten/-innen wird betont, dass der Schwierigkeitsgrad der Begutachtung heute ungleich höher sei als noch vor 15 Jahren. Zudem seien die Anforderungen mit dem neuen Gutachtersauftrag des BSV gestiegen und die Konsensbeurteilung werde nicht abgegolten. Das führe dazu, dass man mit der momentanen Abstufung beispielsweise kein Gutachten D kostendeckend machen könne. Die Gutachterstellen würden gezwungen, bei ihren Offerten von einer Mischrechnung auszugehen.
- *Fehlanreiz für potenzielle Gutachter/-innen:* Bei der momentanen Entschädigung liegt es nach Ansicht einiger Befragten nahe, dass ein Arzt/eine Ärztin lieber in der Praxis arbeite, als für weniger Geld ein aufwändiges Gutachten zu erstatten und sich dabei erst noch zu exponieren. Das sei nicht attraktiv und ein Grund, wieso es zu wenige Gutachter/-innen gebe. Erwähnt wird auch, dass es für die Gutachter/-innen attraktiver sei, für die UV/Suva, Privatversicherungen oder Gerichte zu arbeiten.

I Optimierungsvorschläge seitens der Expertinnen und Experten

Massnahmen zur Schaffung von Transparenz der Vergabe einführen

Massnahmen zur Schaffung von Transparenz im Rahmen der Vergabe werden von den Befragten als sehr wichtig erachtet. Es gehe darum, möglichst viel Vertrauen zurückzugewinnen. Grosse Zustimmung erhält daher die im Rahmen der laufenden IV-Revision beschlossene Massnahme, dass die IV-Stellen künftig die Anzahl Gutachten pro Gutachtersperson schweizweit veröffentlicht müssen. Bei den polydisziplinären Gutachten werden Angaben zur Verteilung und Kostenvolumen bereits heute veröffentlicht. Die ebenfalls beschlossene anonymisierte Veröffentlichung des Resultats in Form der attestierten Arbeitsunfähigkeiten wird sehr kontrovers beurteilt. Für die einen ist dies Unsinn, weil dieses Ergebnis von vielen Parametern abhängen würde und als Einzelkriterium nicht aussagekräftig sei. Bezüglich Qualität sage diese Angabe zudem nichts aus.

Für andere Experten/-innen sind diese Angaben jedoch insbesondere interessant und nützlich im Hinblick auf die Qualitätssicherung. Sie würden es erlauben, im Sinne statistischer Kennwerte und über Quervergleiche Ausreisser zu identifizieren. Die Angaben zur attestierten Arbeitsunfähigkeit müssten für diese Befragten auch nicht zwangsläufig veröffentlicht werden, sondern der Stelle, die sich um die Qualitätssicherung kümmert, zugestellt werden (vgl. Kapitel 2.4.4).

In den Gesprächen wird noch ein zweiter positiver Grund für die Schaffung von Massnahmen zur Steigerung der Transparenz erwähnt. Für die IV könne dies eine Chance bieten, Vertrauen herzustellen. Die IV-Stellen könnten so offenlegen, dass sie korrekt arbeiteten, was dazu beitrage, das in der Öffentlichkeit in Schiefelage geratene Bild der IV geradezurücken. So ist auch seitens der IV-Stellen zu vernehmen, dass eine aktive und offene Kommunikationsstrategie etwas Ruhe ins System bringen könnte, das aufgrund weniger schwarzer Schafe in Verruf geraten sei.

Einheitliches Vergabeprinzip einführen

Bezüglich der Frage, ob die Vergabe der Gutachten künftig neu ausgestaltet werden sollte, existieren unter den befragten Experten/-innen sehr unterschiedliche Ansichten. Dies nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb der versicherungsinternen und versicherungsexternen Akteure. Insbesondere die Experten/-innen des Sozialversicherungsrechts äussern sich relativ unentschieden und sehen bei beiden Vergabeprinzipien Vor- und Nachteile. Während eine Gruppe der befragten Experten/-innen am bisherigen Vergabesystem mit direkter Vergabe bei den mono- und bidisziplinären Gutachten und der Zu-

fallsvergabe bei den polydisziplinären Gutachten festhalten möchte, äussern andere Befragte folgende Optimierungsvorschläge:

- *Zufallsprinzip bei allen Arten von Gutachten einführen:* Einige Experten/-innen betonen, dass die Zufallsauswahl für alle Gutachten die optimalste Lösung sei, um den Verdacht einer selektiven Vergabe aus der Welt zu schaffen und wieder Vertrauen ins System aufzubauen. Der Anreiz, im Sinne des Auftraggebers zu begutachten, würde in so einem System wegfallen. Als versicherte Person hätte man so die Gewährleistung, dass kein Beziehungsnetz oder eine (Rechts-)Vertretung gebraucht werde, die einen berate. Idealerweise hätte man ein System, in dem die Gutachten viel breiter verteilt wären – und in dem viele Gutachter/-innen hauptsächlich Patienten/-innen behandeln und als Nebentätigkeit Gutachten durchführen würden. Auf Sprachregion oder seltene Krankheiten sollte bei der Auswahl Rücksicht genommen werden. Weiter wird angemerkt, dass es einen Pool an Gutachtern/-innen geben müsse, die eine Erklärung abgäben, dass sie sich die Zeit auch freihielten und das zugeordnete Gutachten auch annähmen. Diese Verfügbarkeit wird als Schwierigkeit des Zufallsprinzips für alle Gutachten wahrgenommen. Verschiedentlich wird in den Gesprächen zudem darauf hingewiesen, dass die Vergabe als Thema nicht so zentral wäre, wenn die Qualität der Gutachten stimmen würde. So wird auch erwähnt, dass die Zufallsvergabe für alle Gutachten eher als Überbrückungssystem gesehen werden könnte, bis man die Qualität der Gutachten etwa auf einem gleichen Niveau hätte. Davon sei man aber weit entfernt. Kritische Stimmen erachten eine Vergabe aller Gutachten nach Zufallsprinzip vom Volumen und von der strukturell bedingt stark variierenden Verfügbarkeit der Gutachter/-innen her als unrealistisch und vom Aufwand her als nicht praktikabel. Zudem wird angemerkt, dass eine Zufallsauswahl keine Qualitätsverbesserung bringe, sondern lediglich die Chance, auf eine/-n schlechte/-n Gutachter/-in zu stossen, gleich verteile.
- *Einigungsverfahren für alle Gutachten:* Analog zu den Unfallversicherern und Privatversicherern, die immer versuchen, sich mit der versicherten Person zu einigen, gibt es einige Befragte, welche die direkte Vergabe auch bei sämtlichen Gutachten der IV bevorzugen würden. Wenn jemand mit sieben Disziplinen auf die Plattform komme, könne dieser Auftrag ein paar Monate da kreisen, weil nur wenige diese abdecken respektive wenige entsprechende Kapazitäten vorhanden seien. Es wäre einfacher, diese Disziplinen zu planen, wenn man von der IV-Stelle direkt angefragt würde, als wenn es über die Plattform laufe. Die Berücksichtigung von Erfahrungen oder gewissen Spezialitäten (z.B. Sprachen oder spezialisierte Fachgebiete) seien wichtige Kriterien, die man im Rahmen einer Zufallsauswahl nur schwer festlegen könne. Eine Umstellung auf die direkte Vergabe für alle Gutachten würde aber unbedingt eine absolute Transparenz notwendig machen.
- *Direkte Vergabe über unabhängige Stelle:* Eine weitere Lösung, die von einem Experten genannt wird, ist die direkte Vergabe aller Gutachten über eine zentrale, unabhängige Stelle. Solange der Auftraggeber nicht unabhängig sei, würde man immer nur suboptimale Lösungen haben. Ohne eine radikale Lösung müsse man viel später und mit extrem hohem Aufwand gegensteuern.

Range für die Vergabe von Gutachten einführen

Als Vorschlag, die Vergabe der Gutachten ausgewogener zu gestalten, wurde die Einführung von Obergrenzen vorgeschlagen. Als Möglichkeit wird eine Obergrenze erwähnt, die bei zirka 50 Gutachten pro Jahr liegt. Es gebe Leute, die pro Jahr 200 Teलगutachten schrieben, da liege der Verdacht nahe, dass die Qualität darunter leide, zudem bestehe ein Klumpenrisiko. Die IV-Stelle VD beispielsweise setzt ein Limit von 50 Gutachten. Dies habe aber wenig Sinn, weil die Person weitere Gutachten für andere IV-Stellen schreiben könne. Wenn, dann brauche es eine schweizweite Lösung. Die Suva

arbeitete mit Obergrenzen.¹⁵ Man müsse aber nicht nur die Anzahl Aufträge, sondern den gesamten Jahresumsatz im Auge behalten. Auch wurde auf die Notwendigkeit hingewiesen, ein gewisses Minimum an Gutachten pro Jahr zu erstellen, um ein Spektrum an Erfahrung und Routine zu erlangen. Diese Erfahrung sei für eine gute Qualität von Gutachten wichtig.

Es wurden auch einige Gegenargumente hinsichtlich der Einführung von Obergrenzen eingebracht. Diese seien wenig sinnvoll, weil, wie bereits erwähnt, die jeweiligen strukturellen Voraussetzungen bei den Gutachtern/-innen und Gutachterstellen sehr unterschiedlich seien. Es gebe z.B. die einzelnen unabhängig tätigen Gutachter/-innen, die in der Regel nur über wenig Kapazität verfügten, es gebe die Gutachterstellen, die Spezialitäten anböten und somit einen privilegierten Marktzugang hätten (Beispiel EFL), und es gebe Gutachter/-innen, die (fast) ausschliesslich Gutachten erstellten. Dort müsse man besonders gut hinschauen und ein Auge auf die Qualität der Gutachten richten. Bei dieser Gruppe seien die Auftraggeber gefordert. Der Massstab müsse letztlich eine gute Qualität der Gutachten sein, unabhängig davon, ob jemand viele oder wenige Gutachten schreibe.

Tarifsystem anpassen

Für die einen Befragten müsste der Tarif für die Abgeltung der Gutachten ein reiner Zeittarif sein. Oder aber der TARMED-Tarif müsse zumindest den sich veränderten Rahmenbedingungen und Erfordernissen angepasst werden. Seit einigen Jahren seien die Ansprüche an die Gutachten einseitig erhöht worden, ohne diese Anforderungen adäquat zu entschädigen. Wenn man Qualität haben wolle, müsse man dafür Geld in die Hand nehmen, so die Meinung einiger Befragten.

2.3 Anforderungskriterien zur Beurteilung von Gutachten

Hinsichtlich der Qualität von Gutachten gilt es zwei Aspekte zu beachten. Die Gutachten müssen den formalrechtlichen Anforderungen der Gerichte und andererseits den fachlichen und versicherungsmedizinischen Anforderungen entsprechen.

2.3.1 Formalrechtliche Anforderungen an die Qualität der Gutachten

Bereits vor der Entwicklung von spezifisch an die Verhältnisse des Schweizer Rechtsraums angepassten medizinischen Begutachtungsleitlinien wurden seitens der Rechtsprechung Kriterienkataloge und Anforderungen an sozialversicherungsrechtliche Begutachtungen erarbeitet. Zu nennen ist hier vor allem der vom Bundesgericht (damals Eidgenössisches Versicherungsgericht) formulierte Kriterienkatalog zur Beurteilung medizinischer Stellungnahmen und Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a). Demnach soll das Gutachten:

- die gestellten Fragen umfassend beantworten,
- auf allseitigen Untersuchungen beruhen,
- die geklagten Beschwerden berücksichtigen,
- in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden sein,
- in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend sein und
- nachvollziehbare Schlussfolgerungen enthalten.

¹⁵ Einem einzelnen Gutachter werden höchstens zwanzig und den Gutachterinstituten nicht über fünfzig Gutachtenaufträge pro Jahr zugeteilt (Ludwig 2013).

Trotz der zwischenzeitlich erfolgten Erstellung medizinischer Leitlinien und deren in einigen Fachbereichen bereits erfolgter Anpassung an den neuesten Wissensstand bleiben die ursprünglich von der Rechtsprechung formulierten Kriterien für die juristische Qualitätsbeurteilung der Gutachten auch gegenwärtig von grösserer Bedeutung (Canela et al. 2015).

I Standardindikatoren

Das Bundesgericht hat im Jahr 2015 in einem weiteren Grundsatzentscheid (BGE 141 V 281) die Praxis zur Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente wegen somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer psychosomatischer Leiden geändert. Die bisher geltende Vermutung, dass solche Leiden in der Regel mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar seien, wurde zugunsten eines strukturierten Beweisverfahrens in Bezug auf das tatsächliche Leistungsvermögen aufgegeben (vgl. BSV 2015^a) und wurde mittlerweile auch auf die Abhängigkeitserkrankungen (BGE 145 V 215) und andere psychische Störungen ausgeweitet (BGE 145 V 361) (Liebrenz, Kieser & Schleifer 2018).

Mit dem BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht mit den sogenannten Standardindikatoren neue, verbindliche Normen für die Erstellung von psychiatrischen Gutachten aufgestellt:

- I. Gesundheitsschaden, gegliedert in acht konkretisierte Aspekte (z.B. Ausprägung und Schwere objektiver Befunde, Feststellung konkreter Erscheinungsformen)
- II. Sozialer Kontext, gegliedert in fünf konkretisierte Aspekte (z.B. leitliniengerechte Anamneseerhebung, detaillierte Beschreibung des Alltags, Würdigung nichtmedizinischer Akten)
- III. Diagnosen, gegliedert in drei konkretisierte Aspekte (Diagnosen mit und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, Wechselwirkungen der Diagnosen)
- IV. Behandlung und Eingliederung, gegliedert in sieben konkretisierte Aspekte (z.B. Beurteilung bisheriger Therapie, bisherige Kooperation der Person, verbleibende Therapieoptionen)
- V. Konsistenz, gegliedert in fünf konkretisierte Aspekte (z.B. kritische Würdigung von Diskrepanzen zwischen Aussagen und Verhalten in der Untersuchungssituation und von den Auswirkungen der Arbeitsunfähigkeit in allen Lebensbereichen, Vergleich mit dem Aktivitätsniveau vor Eintritt des Gesundheitsschadens)
- VI. Arbeitsfähigkeit, gegliedert in zwei konkretisierte Aspekte (Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit)

Es muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass die Standardindikatoren zwar medizinische bzw. psychologische Fachtermini verwenden, allerdings bezüglich der Auswahl, Zusammenstellung und Wichtung von der Rechtsprechung im Rahmen eines normativen Entscheides festgelegt wurden, somit also nicht von der medizinischen Wissenschaft entwickelt und zum Beispiel bezüglich der prognostischen Validität (Vorhersagekraft) evidenzbasiert, sondern normativ-juristisch begründet sind.

I Vorgaben BSV an Gutachtensauftrag und -struktur

Infolge des BGer-Entscheids 141 V 281 vom 3. Juni 2015 erarbeitete das BSV in einem ersten Schritt einen uniformen Auftrag für alle Arten von medizinischen Begutachtungen in der IV und erklärte ihn für alle Gutachtensaufträge als verbindlich (vgl. BSV 2015). Dieser orientiert sich schwerpunktmässig an den oben aufgeführten Indikatoren des Bundesgerichts und legt grossen Wert darauf, dass allfällige Aussagen und Einschätzungen über die Einschränkungen der Leistungsfähigkeit einer Konsistenzprüfung unterzogen werden. Indem das BSV das neue Beweis- und Abklärungsverfahren in der IV nicht

nur bei psychosomatischen, sondern auch bei psychischen und somatischen Leiden anwendet, geht es allerdings einen Schritt weiter als das Bundesgericht (Kocher & Hermelink 2017: 43). Der Aufbau des medizinischen Gutachtens ab 2015 hatte sich noch grundsätzlich an den fachspezifischen Qualitätsleitlinien zu orientieren.

Im Rahmen einer breit abgestützten Arbeitsgruppe (IV, Gutachterwesen, Fachgesellschaften, Versicherte, Gerichte) nahm sich das BSV weitere Verbesserungen an der Struktur- und Prozessqualität vor und überarbeitete den Gutachtensauftrag mit dem Ziel, dessen Fragestellungen und Struktur zu vereinheitlichen. Die neuen Vorlagen traten am 1. Januar 2018 in Kraft. Die neue Gutachtensstruktur ist so angelegt, dass sie Informationen zu sämtlichen Indikatoren beinhaltet. Gleichzeitig wurde darauf geachtet, dass sich die Gutachtensstruktur künftig an einer medizinischen Logik der Gutachtenserarbeitung orientiert (BSV 2017^a). Das Gutachten ist wie folgt gegliedert (vgl. BSV 2018^a):

1. Ausgangslage und Formelles
 - 1.1 Abwicklung des Gutachtensauftrages
 - 1.2 Anlass und Umstände der Begutachtung
 - 1.3 Übersicht der verwendeten Quellen
2. Aktenauszug
3. Befragung
 - 3.1 Spontane Angaben der versicherten Person
 - 3.2 Vertiefende Befragung
4. Befund
 - 4.1 Verhaltensbeobachtungen und äussere Erscheinung
 - 4.2 Sprachliche Verständigung
 - 4.3 Untersuchungsbefunde
5. Allfällige Angaben von Dritten
6. Diagnosen
7. Medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung
 - 7.1 Zusammenfassung der bisherigen persönlichen, beruflichen und gesundheitlichen Entwicklung etc.
 - 7.2 Beurteilung des bisherigen Verlaufs von Behandlungen, Rehabilitationen, Eingliederung etc.
 - 7.3 Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität
8. Aufführung und Beantwortung der Fragen
9. Beilagen

Gemäss BSV verfolgt diese mit der Weiterentwicklung der Struktur- und Prozessqualität «die grundsätzliche Verbesserung der Lesbarkeit und Überprüfbarkeit von Gutachten und damit des Begutachtungswesens generell. Die einheitliche Struktur der Dokumentation, fachspezifische Leitlinien zur versicherungsmedizinischen Begutachtung, eine sorgfältige Diagnoseerhebung, eine gut begründete Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit und Kausalität zwischen Gesundheitsschaden und funktioneller Einschränkung sollen es den Rechtsanwendern (IV-Stellen, Gerichte) erleichtern, den Gutachten die gesuchte Information und medizinische Einschätzung zu entnehmen» (Kocher & Hermelink 2017: 45).

Anzumerken bleibt allerdings, dass die oben im Detail dargestellte Gliederung zunächst vor allem normativ-juristisch begründet und hergeleitet ist, weshalb die Berücksichti-

gung spezifischer fachlicher Leitlinien der einzelnen medizinischen Disziplinen, wo vorhanden, zusätzlich erforderlich ist.

2.3.2 Fachlich-inhaltliche Anforderungen an die Qualität der Gutachten

Das Bundesgericht hat im Jahr 2015 im bereits mehrfach erwähnten Grundsatzentscheid (BGE 141 V 281) der Forderung des BSV nach der Formulierung spezifischer Leitlinien zur versicherungsmedizinischen Begutachtung durch die medizinischen Fachgesellschaften Nachdruck verliehen. IV-Stellen und polydisziplinäre Gutachterstellen können sich zwar hinsichtlich formalrechtlicher Anforderungen an den Standardindikatoren des Bundesgerichts orientieren, die Definition fachspezifischer Qualitätsanforderungen hingegen liegt im Aufgabenbereich der Fachgesellschaften. Hier ist die IV auf die medizinischen Fachgesellschaften angewiesen. In der Schweiz wurden bereits Leitlinien für die Begutachtung für die IV-relevanten Disziplinen von den jeweiligen Fachgesellschaften entwickelt. Die seit mehreren Jahren bestehenden Leitlinien für die Psychiatrie und die Rheumatologie wurden 2016 aktualisiert. Seit Februar 2017 sind zudem Leitlinien für die Orthopädie publiziert:

- Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP; 2016 ¹⁶
- Leitlinien für die rheumatologische Begutachtung der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie; 2016 ¹⁷
- Leitlinien für die orthopädische Begutachtung von Swiss Orthopaedics, 2017 ¹⁸

Zusätzlich sollen allgemeine, fachübergreifende Kriterien und Leitlinien für polydisziplinäre Gutachten in Kürze erscheinen. Auch die Schweizerische Neurologische Gesellschaft sei kurz vor Abschluss der Leitlinien, die noch nicht publiziert sind.¹⁹

Leitlinien gelten als sehr wirksame Instrumente der Qualitätssicherung, welche den Ärzten/-innen, aber auch anderen Akteuren wie Patienten/-innen, deren Angehörigen und auch den Rechtsanwendern/-innen eine entsprechende Informations- und Handlungsgrundlage geben und auch eine suffiziente Möglichkeit zur Qualitätsverbesserung darstellen. Dies gilt sowohl für die Diagnostik als auch für die Therapie und die Begutachtung in der Medizin.

¹⁶ Die Leitlinien 2016 stellen die 3. Auflage der seit 2004 publizierten Leitlinien zur psychiatrischen Begutachtung dar und orientieren sich massgeblich – auch im Sinne der Kontinuität – an der 2012 publizierten 2. Auflage der Leitlinien der SGPP, welche dem aktuellen Kenntnisstand und den aktuellen Anforderungen der Rechtsprechung angepasst wurden. Das BSV hatte im Sommer 2012 diese unter dem Patronat der SGPP entwickelten Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung für alle Ärztinnen und Ärzte der IV sowie für alle für die IV tätigen Gutachterinnen und Gutachter als verbindlich erklärt; <https://www.psychiatrie.ch/sqpp/fachleute-und-kommissionen/leitlinien> (Zugriff 6. 8. 2020).

¹⁷ Die Leitlinien 2007 für die rheumatologische Begutachtung wurden bis 2016 von der Arbeitsgruppe Versicherungsmedizin der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie (SGR), in Zusammenarbeit mit der Interessengemeinschaft Swiss Insurance Medicine (SIM), der Association romande des praticiens en expertise médicale (ARPEM) und der Schweizerischen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (SGPMR) überarbeitet; <https://www.rheuma-net.ch/de/fachinformationen/leitlinien-begutachtung> (Zugriff 6. 8. 2020).

¹⁸ Vgl. <https://www.swissorthopaedics.ch/images/content/empfehlungen/D-LeitlinienGutachten-2.2017.pdf> (Zugriff 6. 8. 2020).

¹⁹ Persönliche Mitteilung von Dr. med. Gerhard Ebner vom 10. 6. 2020.

2.3.3 Rollen und Zuständigkeiten

Das *BSV* hat nach dem BGer-Entscheid 141 V 281 einen uniformen Auftrag für alle Arten von medizinischen Begutachtungen in der IV und ab Anfang 2018 eine einheitliche und verbindliche Struktur für die Abfassung der Gutachten entwickelt. Damit wurden wichtige Schritte auf dem Weg zur Harmonisierung der Gutachtenspraxis und zur Gewährleistung einer verbesserten Überprüfbarkeit der Umsetzung der höchstrichterlichen Anforderungen an die Begutachtung unternommen.

Die medizinischen und versicherungsmedizinischen *Fachgesellschaften* sind für die Entwicklung von qualitativ hochstehenden fachspezifischen (Begutachtungs-)Leitlinien sowie für die Weiterbildung der Ärzte/-innen zu Fachärzten/-innen bzw. deren Fortbildung zu medizinischen Gutachtern/-innen verantwortlich. In Bezug auf Letzteres ist zu konstatieren, dass im Zuge der Weiterbildung in einigen Fachrichtungen der Nachweis von Gutachten zur Erlangung des Fachtitels Voraussetzung ist, in der Praxis aber meist fachrichtungsübergreifende Gesellschaften wie die SIM oder die Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV) die versicherungsmedizinische Fortbildung gestalten.

Grundsätzlich ist das *Gericht* nicht an die gutachterlichen Schlussfolgerungen gebunden, dies, da die Arbeitsunfähigkeit aus juristischer Perspektive ein unbestimmter Rechtsbegriff ist, dessen allgemeine Konkretisierung dem Bundesgericht zufällt. Dem Gericht obliegt somit, dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit.c ATSG) folgend, eine Prüfung aller Beweismittel, somit auch des Sachverständigengutachtens, auf Beweiseignung und Beweiskraft und es bewertet normativ die beweisrechtlich erforderliche Schlüssigkeit im Einzelfall.

2.3.4 Beurteilung durch Expertinnen und Experten

Nachfolgend werden die Beurteilungen der Experten/-innen bezüglich der Anforderungen an die Qualität der Gutachten zusammenfassend aufgeführt.

I Leitlinien und Gutachtensstruktur und deren Kenntnisse durch IVST/RAD, Gutachter/-innen und Gutachterstellen

Aus Sicht der IV-Stellen/RAD bilden Leitlinien eine gute Grundlage zur Erstellung und Beurteilung von Expertisen. Diese seien innerhalb der RAD weit bekannt. Dagegen wird auch argumentiert, dass RAD-Mitarbeiter/-innen «Generalisten» seien und es Sache der beauftragten Experten/-innen sei, über vertiefte fachspezifische Kenntnisse zu verfügen. Gemäss den Rückmeldungen der Mitarbeiter/-innen von IV-Stellen/RAD gebe es noch viele Gutachter/-innen, denen die Leitlinien der Schweizer Fachgesellschaften nicht bekannt seien, was u.a. auf im Ausland domizilierte Gutachter/-innen zutrefte. Erwähnt wird in diesem Zusammenhang der «Gutachtertourismus», der zu Qualitätsproblemen führe. Ein beachtenswerter Anteil der Befragten berichtet zudem, dass die Leitlinien mittlerweile auch im Rahmen der SIM-Gutachterausbildung thematisiert würden, und bewertet diese Entwicklung positiv. Wiederholt kommen die befragten Experten/-innen zum Schluss, dass die Gutachter/-innen und Mitarbeiter/-innen der polydisziplinären Gutachterstellen die Leitlinien kennen würden.

I Nichtbeachtung der Leitlinien

Bezüglich der Beachtung der Leitlinien in der Praxis zeigt sich ein heterogenes Meinungsbild. Auf der einen Seite vertreten die praktizierenden Gutachter/-innen die Meinung, dass sich viele Gutachter/-innen formell an die Leitlinien hielten. Auf der anderen Seite stehen die Experten/-innen der IV-Stellen/RAD, die im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit mit einer grossen Anzahl von Gutachten konfrontiert sind und die dagegen

berichten, dass die Praxis unterschiedlich sei und einige Gutachter/-innen sich nicht an die Leitlinien hielten bzw. den Sinn der Leitlinien nicht verstünden.

Die Anforderungskriterien seien dabei eine erste Grundlage, aber noch keine Qualitätssicherung an sich. Als problematisch wird eingeschätzt, dass diejenigen, die sich streng an die Anforderungen hielten, finanziell bestraft würden. Vielfach wird befunden, dass für die Sicherstellung der Qualität Feedback-Regelungen und Sanktionierungsmöglichkeiten wichtig seien. Von einem Experten wird auch gerügt, dass in einigen Fällen Kriterien redundant seien und diese bloss abgearbeitet würden, um der Struktur zu genügen.

Angemerkt werden zudem gewisse Widersprüche zwischen BSV-Kriterien und den fachlichen Leitlinien: Es gebe z.B. Standardindikatoren, die fachlich umstritten seien, so etwa zur Persönlichkeit. Zudem seien die Kriterien nicht zwingend evidenzbasiert bzw. müssten laufend ergänzt und angepasst werden, was aufwändig sei. Weiter gebe es nicht zu allen Inhalten Guidelines und dennoch solle man wissenschaftliche Literatur mit ausreichender Qualität verwenden.

Auch formal «gut aussehende» Gutachten könne man nicht, so die Auffassung der befragten Experten/-innen, mit guter inhaltlicher Qualität gleichsetzen. Kritisiert wird unter anderem, dass bei einer einheitlichen Struktur einige Gutachter mit «Copy/Paste», also Versatzstücken, arbeiten würden. Bezogen auf den Fachbereich Psychiatrie werden häufig diskrepante Einschätzungen von Behandlern/-innen und Gutachtern/-innen kritisiert, auf die gegenwärtig nicht genügend eingegangen werde.

I Beurteilung der Anforderungskriterien

Die Kriterien und die Vereinheitlichung der Struktur werden von einer Vielzahl der befragten Experten/-innen positiv bewertet und als Fortschritt angesehen. Insbesondere von juristischer Seite werden die Anforderungskriterien explizit begrüsst und es wird die Meinung vertreten, dass diese auch als Bewertungsgrundlage für den Rechtsanwender dienen können. Vorgeschlagen wird zudem, die fachlichen Leitlinien durch das BSV als verbindlich zu erklären bzw. als Standard zu definieren. Gemäss BSV ist dies seit dem 1. Januar 2018 der Fall. Notwendig sei zudem die Implementierung der fachlichen Leitlinien im Rahmen der Gutachterausbildung SIM.

Die einheitliche Struktur wird vor allem von somatischer Seite bzw. aus Sicht der polydisziplinären Gutachterstellen als problematisch eingeschätzt, da diese zu sehr an psychiatrischen Gutachten ausgerichtet sei. Vielfach werden deshalb Anpassungen für somatische Fachdisziplinen vorgeschlagen. Zudem wird die schiere Anzahl an Standardfragen kritisiert, da diese zu Unsicherheiten führen würden. In diesem Zusammenhang wird im Sinne einer Optimierung vorgeschlagen, gezieltere Fragen zu stellen, wie dies z.B. bei der Suva üblich sei. Der Inhalt sollte also möglichst individuell angepasst werden können.

I Beurteilung der Rollen und Zuständigkeiten

Als wichtig wird der interdisziplinäre Diskurs zwischen Recht und Medizin erachtet. Bedeutend seien zudem die Rekrutierung von kompetenten Gutachtern/-innen, die Durchführung von Interventionen und der Austausch zwischen Gutachtern/-innen sowie die Förderung der Transparenz. Weiter wird eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen BSV und den Fachgesellschaften in Bezug auf Anforderungen, aber auch zwischen Versicherungsmedizin und Fachgesellschaften und den Fachgesellschaften (z.B. SIM) mit den IV-Stellen angeregt. Als problematisch wird hingegen die (Doppel-)Rolle des BSV als Auftraggeber der polydisziplinären Gutachterstellen und als «Qualitätsverantwortli-

cher» angesehen (vgl. Kap. 2.1.4). Um hier eine Lösung herbeizuführen, wird von einigen Experten/-innen die Implementierung einer neutralen Behörde vorgeschlagen.

I Gerichte als unabhängige Prüfung bei der Beurteilung der Verlässlichkeit und Qualität der Gutachten

Mehrere befragte Experten/-innen sind der Meinung, dass Gerichte im Rahmen der Beurteilung der Verlässlichkeit und der Qualität der Gutachten eine wichtige Rolle spielen würden. Nur ein Experte nimmt eine explizit konträre Position ein. Kritisiert wird im Rahmen der Untersuchung zudem, dass es praktisch kein Feedback an die Gutachter/-innen gebe bzw. Rückmeldungen nur sehr unsystematisch erfolgen würden. Auch die kantonale Praxis sei dabei sehr unterschiedlich. Nur wenige praktizierende Gutachter/-innen äussern sich dahingehend, dass Entwicklungen bei der Rechtsprechung systematisch verfolgt würden. Gemäss den Experten/-innen der IV-Stellen/RAD erfolge hingegen eine Urteilsauswertung durch den Rechtsdienst der IV-Stellen. Die Gutachterstellen würden dann von den IV-Stellen – teils unsystematisch – informiert. Die kantonalen Entscheide seien allerdings sehr heterogen und könnten die Qualität deshalb kaum verbessern helfen.

Von mehreren Experten/-innen wird auch festgehalten, dass Gerichte keine fachlich-medizinische Würdigung vornehmen könnten und die Gutachten deshalb nur nach formalen Erfordernissen prüfen würden. Den IV-Stellen/RAD bzw. den Auftraggebern im Allgemeinen komme deshalb eine wichtige Rolle dabei zu, die Qualität durchzusetzen. Im Rahmen der Befragung wird eine zweistufige Lösung vorgeschlagen, die einem Idealfall entspreche: Zunächst prüft der Auftraggeber inhaltlich und juristisch und anschliessend erfolgt eine zusätzliche Prüfung durch die Gerichte. Explizit erwähnt wird auch die Möglichkeit, dass Gerichte Gerichtsgutachten veranlassen könnten, wenn Gutachten mangelhaft seien.

I Optimierungsvorschläge seitens der Expertinnen und Experten

Von Seiten der polydisziplinären Gutachtenstellen werden interne Qualitätskreise vorgeschlagen. Von einem beträchtlichen Teil der Experten/-innen werden zudem strukturierte Rückmeldungen durch den Rechtsanwender bzw. die Verwaltung als hilfreich im Sinne einer Optimierung angesehen. Die Verwaltung und die RAD müssten dabei die Qualität durch Rückfragen und durch das Bestehen auf Nachbesserung durchsetzen. Zudem müssten auch Sanktionierungsmöglichkeiten vorhanden sein.

Gemäss einem Experten von juristischer Seite sind die Kriterien von der Rechtsprechung nun vorgegeben und es gebe daher nicht viel Spielraum für eine Optimierung.

Zur Sicherung der Einhaltung der Leitlinien werden Arbeitsgruppen, Infoveranstaltungen und Schulungen thematisiert. Von einem weiteren Experten werden Ton- oder Videoaufnahmen zur Qualitätssicherung sowie Möglichkeiten zur Einholung einer Zweitmeinung (im Sinne eines Obergutachtens) bei Fällen angeregt, in denen Beurteilungen vorliegen, die zu unterschiedlichen Schlüssen kommen.

Aus Sicht einer Expertin könnte ein Element der Optimierung der Begutachtung darin bestehen, Drittpersonen (z.B. Vertrauenspersonen, neutrale Drittpersonen) zum gutachterlichen Gespräch zuzulassen und damit einem Wunsch der Betroffenen zu entsprechen.

2.4 Qualitätsprüfung und -entwicklung

2.4.1 Instrumente zur Prüfung der Qualität der Gutachten und deren Anwendung

I Gegenwärtige Qualitätsprüfung der Gutachten

Die IV-Stellen haben heute die zentrale Rolle hinsichtlich der fallbezogenen Überprüfung der Qualität der Gutachten inne. Gemäss den Weisungen des BSV muss die IV-Stelle ein externes Gutachten innerhalb von 20 Tagen nach Eingang unter Einbezug des RADs auf seine formelle und inhaltliche Qualität überprüfen. Hierbei sind die Standardindikatoren ebenso zu beachten wie die fachspezifischen Leitlinien zur versicherungsmedizinischen Begutachtung und die fachspezifischen Diagnostik- bzw. Therapieguidelines, wie sie im einheitlichen Gutachtensauftrag vorausgesetzt werden. Nach erfolgter Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung der Gutachten erfolgt die Einschätzung, ob das Gutachten verlässlich und gut begründet ist und im Hinblick auf den von der IV-Stelle zu fällenden Leistungsentscheid vollen Beweiswert aufweist (Kocher & Hermelink 2017: 42).

Für *polydisziplinäre Gutachten* besteht heute ein einfaches Feedbackformular von SuisseMED@P. Es beinhaltet die Erfassung von sieben Fragen im Bereich von formalen Qualitätskriterien. Es sind dies: Die gestellten Fragen wurden umfassend beantwortet; das Gutachten beruht auf allseitigen Untersuchungen; die von der versicherten Person geklagten Beschwerden wurden berücksichtigt; die von der versicherten Person gestellten Fragen wurden beantwortet; die Gutachten wurden in Kenntnis und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben; die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation sind einleuchtend; die Schlussfolgerungen sind so begründet, dass sie nachvollziehbar sind.

Ungefähr die Hälfte der IV-Stellen prüft systematisch sämtliche Gutachten (BSV 2017^b). Dies erfolgt meist durch den RAD. Es gibt aber deutliche Unterschiede zwischen den IV-Stellen bei der Qualitätssicherung der Gutachten (Laubereau et al. 2018):

- *Inhaltliche und formale Prüfung aller Gutachten mit Feedback an den/die Gutachter/-in*: Zwölf der 26 befragten Stellen prüfen die Gutachten hinsichtlich Form und Inhalt. Ein Teil (v.a. hinsichtlich des medizinischen Inhalts) oder auch die ganze Prüfung erfolgt dabei in der Regel durch die Ärzte/-innen der RAD. Die Bewertung ist teilweise standardisiert und erfolgt entlang eines Rasters.²⁰ Stimmt die Qualität nicht, folgt in der Regel eine schriftliche Kontaktaufnahme mit dem/der Gutachter/-in. Einzelne IV-Stellen schicken den Gutachtern/-innen die Qualitätsbeurteilung standardmässig.
- *Ausschliesslich formale Prüfung*: Eine IV-Stelle gab an, lediglich eine formale Prüfung vorzunehmen.
- *Punktuelle Prüfung bestimmter Gutachten*: In sechs weiteren IV-Stellen werden nicht alle Gutachten standardmässig geprüft: In einem Kanton wird pro Gutachter/-in eine bestimmte Zahl an Gutachten geprüft, und zwar proportional zur Zahl der erstellten Gutachten. Dabei wird darauf geachtet, dass alle Gutachten immer von derselben Person kontrolliert werden, damit der Massstab gleich bleibt. Zudem werden in dieser IV-Stelle auch alle Gutachten von polydisziplinären Gutachterstellen kontrolliert sowie jene, bei denen aus Sicht des/-r Sachbearbeiters/-in Unklarheiten aufgetaucht sind. Letzteres wird auch von den übrigen IV-Stellen dieser Gruppe so gemacht.
- *Keine weitere Prüfung*: Abgesehen von der Prüfung auf Rechtsgenügllichkeit hat eine IV-Stelle keine weitere Qualitätsprüfung für die Gutachten, die nicht über die SuisseMED@P laufen.

²⁰ Dazu werden beispielsweise die Richtlinien der Fachgesellschaften genutzt und daraus Checklisten abgeleitet; oder die IV-Stellen verwenden das IV-Rundschreiben Nr. 339 (BSV 2015^b).

I Geplante Instrumente zur Qualitätsprüfung der Gutachten

Seit 2019 befasst sich eine Arbeitsgruppe «Versicherungsmedizinische Qualitätssicherung in der IV» mit der Erarbeitung eines Vorschlags zur Qualitätssicherung bei versicherungsmedizinischen Gutachten. Es handelt sich dabei um ein Manual mit Prüfbogen für ein Peer-Review-Verfahren. Es gilt dabei zwischen einer übergeordneten Qualitätssicherung und einer fallbezogenen Qualitätssicherung zu unterscheiden:

- *Übergeordnete (nicht fallbezogene) Qualitätssicherung*: Dieses Verfahren wird der übergeordneten Qualitätssicherung dienen und soll anhand von Stichproben durchgeführt werden. Für das Manual wurde als Vorlage das entsprechende Instrument der Deutschen Rentenversicherung (DRV) verwendet (DRV 2013) und auf die Bedürfnisse der IV angepasst. Das Manual liegt momentan im Entwurf vor. Demnach ist die nicht fallbezogene Qualitätssicherung von Gutachten als Peer-Review-Verfahren angelegt. Anhand des vorliegenden Manuals wird von erfahrenen Gutachtern/-innen (Versicherungsmedizinern/-innen der IV) die Ergebnisqualität von versicherungsmedizinischen Gutachten fachübergreifend bewertet. Dies erfolgt anhand der nachfolgenden Einzelkriterien: *formale Gestaltung, Verständlichkeit, Transparenz, Vollständigkeit, medizinisch-wissenschaftliche Grundlagen* und *Wirtschaftlichkeit*. Diese Kriterien werden anhand von Prüffragen operationalisiert. Mängel, die bei der Bewertung festgestellt werden, können gemäss Manual Ansatzpunkte für Rückmeldungen zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung auf Seiten der Gutachter/-innen liefern. Zusätzlich zu diesen Einzelkriterien gibt es ein übergeordnetes Kriterium, die Nachvollziehbarkeit des Gutachtens. Hierbei wird das gesamte Gutachten im Zusammenhang betrachtet und die Nachvollziehbarkeit entlang einer Argumentationskette geprüft. Diese ist als sinnvolle Verknüpfung der einzelnen Schritte der Begutachtung zu verstehen (Gutachterauftrag – Anamnese, Befunde – (Funktions-) Diagnosen, Beurteilung – Beurteilung des Leistungsvermögens. Die Details für die konkrete Durchführung, wie etwa die Anzahl, Art und Herkunft der Gutachten, sind zum Zeitpunkt dieser Berichterstattung noch nicht festgelegt. Gemäss Manualentwurf sollen die Zufallsauswahl und die Bereitstellung der Gutachten für die Peers sowie die Auswertungen der Peer-Bewertungen durch eine koordinierende Stelle durchgeführt werden. In Peer-Schulungen werden die Peers anhand entsprechender Schulungsmaterialien mit dem Verfahren vertraut gemacht und bewerten ausgesuchte Probegutachten allein und in der Gruppe. Dafür wurde ein gemeinsamer Bewertungsmaßstab entwickelt.
- *Fallbezogene Qualitätssicherung*: Vorgesehen ist, dass es künftig für die einheitliche schweizweite fallbezogene Qualitätssicherung (nach Eingang des Gutachtens in der IV-Stelle) einen kurzen Screening-Bogen geben wird, auf dem einige, sehr wenige, Kriterien des Peer-Review-Bogens einheitlich geprüft werden. Dieser soll das weiter oben erwähnte Feedbackformular für *polydisziplinäre Gutachten* ersetzen. Die Auswahl der Kriterien/Fragen sowie die Art der Dokumentation der Ergebnisse dieser kurzen fallbezogenen Qualitätssicherung sind noch nicht beschlossen und Gegenstand der momentanen Diskussion.²¹

2.4.2 Massnahmen zur Qualitätsentwicklung

Unter Massnahmen zur Qualitätsentwicklung sind Aktivitäten und Gefässe zu verstehen, die mittels Information, Schulung und Austausch zwischen IV und Gutachtern/-innen/Gutachterstellen Lernprozesse begünstigen und so zur ständigen Weiterentwicklung der Qualität der Gutachten beitragen. Wie dem Konzept des BSV zur Verbesserung der Qualität und Verlässlichkeit medizinischer Beurteilungen und Begutachtungen in der IV

²¹ Die Informationen stammen aus einer E-Mail der erwähnten Arbeitsgruppe vom 30. 1. 2020.

zu entnehmen ist, sind die Strukturen und Gefässe, in denen heute versucht wird, über die Qualität und deren Steigerung zu diskutieren, unbefriedigend (BSV 2016^a).

Ausserhalb der IV werden seitens der SIM jährlich mehrere Fortbildungsveranstaltungen zu «medizinischen und juristischen Brennpunkten der Versicherungsmedizin» angeboten. Die SIM ist nun zusätzlich dabei, Inter-/Supervisionen zu fördern, und baut schweizweit ein Netzwerk dafür auf; hier kann man individuell-konkrete Fälle praxisorientiert mit Fachkollegen/-innen besprechen.²²

2.4.3 Rollen und Zuständigkeiten

BSV, Geschäftsfeld IV: Aufsicht über IV-Stellen, Durchführung Audits IVST (auch zu QS-Massnahmen Gutachten). Prüfung Einhaltung vertraglicher Bestimmungen bezüglich Qualitätssicherung bei den polydisziplinären Gutachterstellen.

IV-Stellen: Den IV-Stellen als rechtsanwendende Behörden obliegt die Prüfung, ob die Gutachter/-innen sich an die Standardindikatoren gehalten haben und ob die medizinisch festgestellten funktionellen Einschränkungen schlüssig und widerspruchsfrei nachgewiesen sind (vgl. Kocher & Hermelink 2017). Sie verfügen dazu über eigene fachärztliche Kompetenz in unterschiedlichen medizinischen Disziplinen. Im Rahmen der Prüfung der inhaltlichen Qualität ist es auch die Zuständigkeit der RAD, allfällige in einem Gutachten gemachte therapeutische Empfehlungen auf ihre Evidenz hin zu prüfen und zu beurteilen, ob solche mit dem entsprechenden im Sozialversicherungsrecht gültigen Beweismass zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit von Versicherten führen, und dann z.B. Schadensminderungsaufgaben zu beurteilen.

Gutachterstellen: Die Gutachterstellen sind gemäss der Vereinbarung mit dem BSV für die Qualität ihrer Gutachten verantwortlich.

Gerichte: Wird ein Gutachten angefochten, so prüfen die Gerichte, ob alle Fragen beantwortet sind, in sich stimmig und schlüssig, und ob es mit dem Resultat zusammenpasst. Es handelt sich primär um eine formelle Prüfung.

2.4.4 Beurteilung durch Expertinnen und Experten

I Beurteilung der Qualitätssicherung

Unzureichende fallbezogene Qualitätsprüfung durch die IV-Stellen: Das momentan bestehende Instrumentarium zur Prüfung der Gutachten und Rückmeldung an die Gutachter/-innen oder Gutachterinstitute wird selbst seitens der IV-Stellen und des BSV als nicht ausreichend beurteilt. Es brauche ein systematisches Instrumentarium, das differenziert aufzeigen könne, welches die allfälligen Mängel seien. Das jetzige Instrumentarium bei den polydisziplinären Gutachten biete keine effektive Grundlage, um schwache Gutachten so nachzuweisen, damit davon ausgehend das BSV sanktionierende Konsequenzen ziehen könne. Daher werden die jetzt in Angriff genommenen Anstrengungen zur Qualitätssicherung (fallbezogene und fallübergeordnete Prüfung, siehe Kap. 2.4.1) von allen Seiten sehr begrüsst und als sehr wichtig erachtet. Verwiesen wird auch auf die Qualitätssicherung der Suva. Hier werde anhand eines 2 A4-seitigen Bogens mit Standardfragen jedes Gutachten beurteilt. Jedes Gutachten werde juristisch und von Mediziner/-innen inhaltlich geprüft. Die Mediziner/-innen dürften den Fall nicht anschauen, sondern nur das Gutachten lesen, um zu prüfen, ob es ohne Vorwissen schlüssig sei. Ein regelmässiges Feedback finde aber auch bei der Suva nicht statt.

²² <https://www.swiss-insurance-medicine.ch/de/bildung/tagungen/archiv-fortbildungskurse/8-fortbildungskurs-fur-sim-gutachter-und-interessierte-2018> (Zugriff 2. 8. 2020).

Weiter wird verschiedentlich die unterschiedliche Praxis der IV-Stellen bezüglich Sicherung der Qualität der Gutachten bemängelt. Gemäss Ansicht dieser Experten/-innen müsste das BSV seiner Aufsichtsfunktion über die IV-Stellen konsequenter nachkommen und prüfen, ob die Massnahmen zur Qualitätssicherung in den IV-Stellen auch wirklich gut angewendet würden. Es scheine hier grosse Unterschiede zwischen den IV-Stellen zu geben.

Unklare Rolle des BSV bezüglich Qualitätssicherung: Von verschiedener Seite wird mit Nachdruck betont, dass das momentane System bei schwerwiegenden Fällen versagt habe. Eine Hauptkritik, die bereits bei der Zulassung angesprochen wurde, ist das fehlende konsequente Durchgreifen des BSV bei massivem Fehlverhalten gewisser Gutachterstellen (vgl. Kapitel 2.1.4). Das Problem wird (auch versicherungsintern) so beschrieben, dass sich bei Qualitätsmängeln bei polydisziplinären Gutachten niemand richtig zuständig fühle (vgl. auch die Ausführungen zur Zulassung in Kapitel 2.1.4.) Nicht zuletzt seitens der IV-Stellen wird angemerkt, dass es keine Stelle gebe, wo man solche Mängel rapportieren könne.

Qualitätsmanagement bei Gutachterstellen: Gemäss zahlreichen Aussagen aus den Interviews ist es wichtig, das Qualitätsmanagement in den Gutachterstellen ebenfalls zu stärken. Einheitliche Kriterien diesbezüglich seien aber schwierig zu definieren, weil die Stellen strukturell sehr unterschiedlich aufgestellt seien. Es gebe Stellen, die mit eingespielten Teams arbeiteten, andere seien von Fall zu Fall unterschiedlich zusammengesetzt. Die Qualitätssicherung innerhalb der Gutachterstellen sei anspruchsvoller, je mehr Leute involviert seien. Für zahlreiche Befragte ist es aber eine notwendige Voraussetzung, dass, unabhängig von der Struktur der Gutachterstelle, ein Qualitätsmanagement erforderlich ist, das die permanente Weiterbildung, die Vermittlung formalrechtlicher Informationen wie auch neuer medizinischer Erkenntnisse beinhaltet.

Kantonal unterschiedliche Gerichtspraxis: Die Gerichte haben fallbezogen im Rahmen der Beschwerdeverfahren eine wichtige Funktion in der Qualitätssicherung. Als Schwierigkeit wird dabei wahrgenommen, dass die Gerichte aufgrund fehlender versicherungsmedizinischer Kompetenzen nur eine rein formale rechtliche Prüfung vornehmen können. So werde geprüft, ob alle Fragen beantwortet seien, ob das Gutachten in sich stimmig und schlüssig sei und ob es mit dem Resultat zusammenpasse. Die Versicherungsgerichte würden sich dabei hinsichtlich ihrer Vorgehensweisen kantonal sehr unterscheiden.

I Optimierungsvorschläge seitens der Expertinnen und Experten

Nachfolgend werden die von den Befragten geäusserten Optimierungsvorschläge aufgeführt.

Fallbezogene kriterienbasierte Prüfung und Feedback durch die IV-Stellen

Für die fallbezogene Prüfung durch die IV-Stellen/RAD ist ein neues Instrument im Sinne eines Screening-Bogens in Erarbeitung. Die Befragten aller Seiten begrüßen diese Entwicklung. Im Hinblick auf die Konzipierung eines solchen Instruments ist gemäss Aussagen aus den Interviews wichtig, dass es sich um ein kriterienbasiertes Prüfungsinstrument handelt, das zugleich als Tool für ein konstruktives Feedback an die Gutachter/-innen oder Gutachterstellen eingesetzt werden könne. Das Instrument solle zum ständigen Lernen und zum Austausch zwischen Auftraggeber und -nehmer beitragen und somit der allgemeinen Qualitätsentwicklung von Nutzen sein. Anstelle eines Benotungsbogens oder Fragebogens mit geschlossenen Fragen sei ein Instrument vorzuziehen, das qualitativ nützliche Rückmeldungen erlaube und auf Schwachpunkte hinweise. Zur

Rückmeldung würde schliesslich auch gehören, dass die Gutachter/-innen oder Gutachterstellen systematisch über die Entscheide der IV und der Gerichte informiert würden.

Die Befragten weisen auf gewisse Aspekte hin, die sie bei der fallbezogenen Prüfung mehr gewichten würden. Erwähnt werden folgende Themen: ICF (Ustün et al. 2003), Aspekt der beruflichen Wiedereingliederung, Auseinandersetzung mit stark divergierenden Einschätzungen von Gutachter/-in und Behandler/-in. Bei sehr grosser Diskrepanz der Einschätzungen sollte ein Zweitgutachten in Auftrag gegeben werden.

Bei jedem Gutachten müssten die formellen Kriterien durch die Sachbearbeitung der IV geprüft werden, während der RAD die inhaltliche Prüfung vornehmen und die Begründung kontrollieren müsse.

Unabhängige Stelle mit übergeordneten Qualitätssicherungsaufgaben

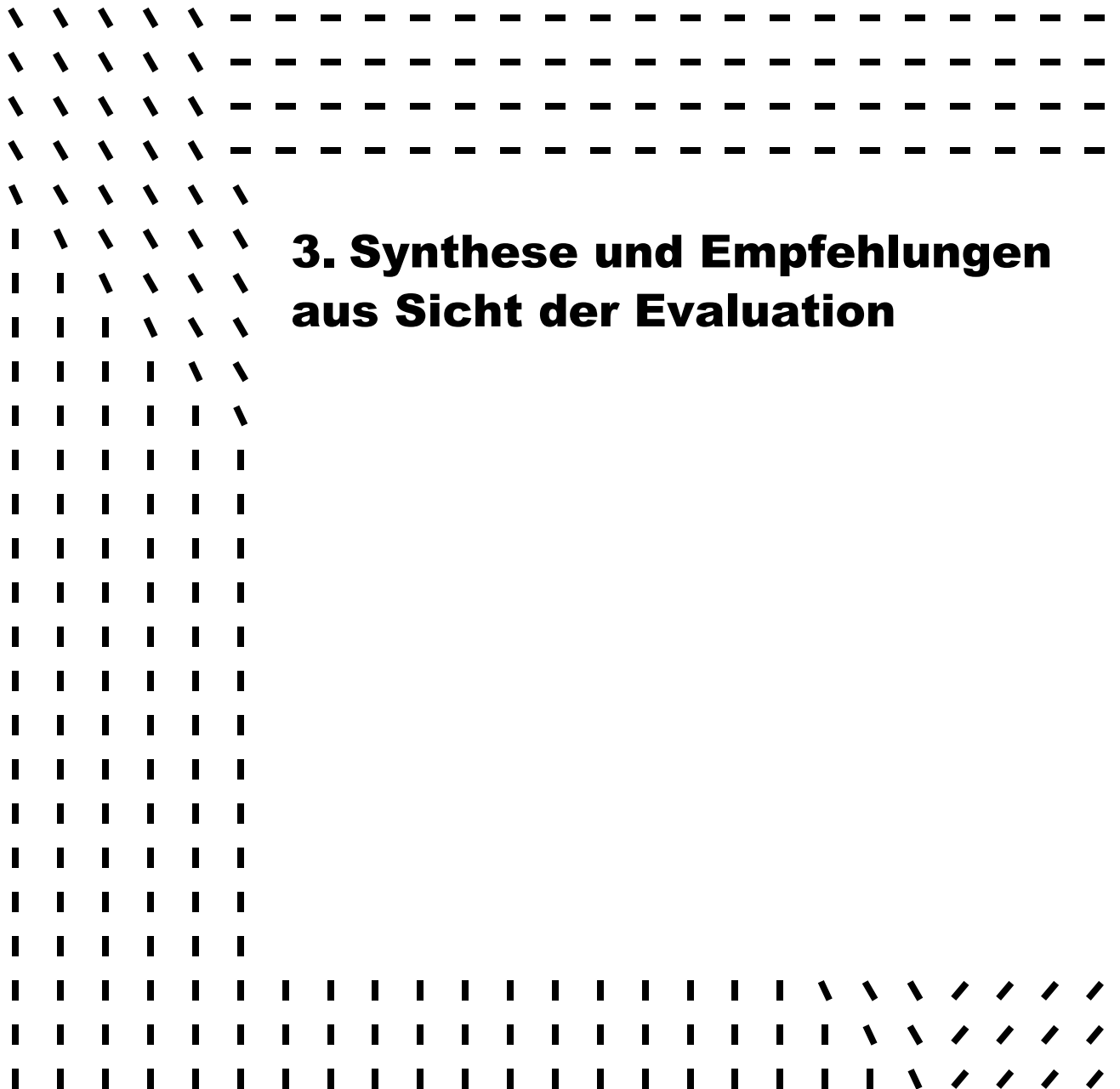
Ebenfalls von den Vertretern/-innen aller Seiten sehr begrüsst wird, dass sich künftig eine unabhängige Stelle um die inhaltliche Qualitätssicherung kümmern soll. Es müsste sich dabei um dieselbe Stelle handeln, die sich auch um die Zulassung kümmere. Folgende Aufgaben bezüglich Qualitätssicherung sollte die Kommission nach Ansicht der befragten Experten/-innen übernehmen oder in Auftrag geben (z.B. Delegation an eine Arbeitsgruppe oder an die Versicherer):

- *Anforderungskriterien definieren:* Die unabhängige Stelle wäre für die Definition der qualitativen Anforderungskriterien für die medizinische Begutachtung zuständig. Es seien letztlich die Mediziner/-innen, welche die inhaltlichen Qualitätskriterien festzulegen hätten. Ein Problem hierbei sei, dass es seit Jahrzehnten Untersuchungen zur Qualität der Gutachten gebe, die aufzeigten, dass Gutachten wenig zuverlässig seien (vgl. RELY-Studie von Kunz et al. 2019).
- *Peer-Review:* Eine wichtige Grundlage für die Qualitätssicherung ist die Durchführung von Peer-Reviews. Zum einen könnten Gutachten nach inhaltlichen Gesichtspunkten ausgewählt und von unabhängigen Peers geprüft und miteinander verglichen werden. Solche Quervergleiche werden als sehr wichtig erachtet. Gemeinsam könnte man sich, im Sinne eines Qualitätszirkels, mit den Gutachten auseinandersetzen und aus den Differenzen der Beurteilung lernen. Gutachten könnten aber auch zufällig gezogen und deren Qualität von Peers in regelmässigen Abständen geprüft werden.
- *Statistisches Gesamtbild erstellen:* Die Gutachten müssten nach Ansicht einiger Experten/-innen gesamtschweizerisch nach gewissen Parametern in ein Raster eingeordnet und verglichen werden. Basis würden die von den IV-Stellen bereitzustellenden Listen bilden. So könnten z.B. bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit Durchschnittswerte eruiert und grobe Abweichungen festgestellt werden (vgl. Kap. 2.1.4). Abweichungen würden als Grundlage für weitergehende Kontrollen dienen.
- *Ansprechstelle:* Die Kommission müsste als Ansprechstelle fungieren, an die man sich wenden könne, wenn es strukturelle Probleme gebe, die über den Einzelfall hinausgingen. Die Stelle wäre dann verpflichtet, diesen Informationen nachzugehen und die notwendigen Schritte einzuleiten.
- *Sanktionieren:* Ob die Stelle die Kompetenz erhalten soll, bei Fehlverhalten in letzter Konsequenz Sanktionen vorzunehmen, müsste nach Ansicht der Befragten noch geprüft werden. Sollte diese Kompetenz weiterhin bei den Versicherern angesiedelt sein, so hätte die Kommission diese diesbezüglich zu überwachen (vgl. auch Kapitel 2.1.4).

Förderung Austausch und gegenseitiges Lernen

Verschiedentlich wird in den Gesprächen darauf hingewiesen, dass die IV-Stellen die Gutachterbetreuung stärken und mehr mit den Gutachtern/-innen in Kontakt treten soll-

ten. Gutachter/-innen sollten so gut wie möglich auch «on the job» geschult werden. Erwähnt werden in diesem Zusammenhang die Förderung von Austausch mit Erfahrungsgruppen, Falldiskussionen im Rahmen von Gutachter-Peer-Gruppen (Intervisionen), um schwierige Fälle anonym besprechen zu können. Nach Aussagen in den Gesprächen lassen gewisse Gutachterstellen ihre Gutachten von einer medizinischen Fachperson lektorieren, die nicht in die Begutachtung involviert ist. Dabei könne nochmals auf fehlende Kausalitäten in der Begutachtung hingewiesen werden. Ein solcher stärkerer Fachaustausch innerhalb der Gutachterstellen wäre eine gute Möglichkeit, die Qualität der Gutachten weiter zu steigern. Letztlich wird von einer Seite auch der Vorschlag vorgebracht, die Zufriedenheit der versicherten Personen im Gutachterprozess systematisch zu erheben.



3. Synthese und Empfehlungen aus Sicht der Evaluation

In der Schweiz wurden in den letzten Jahren jährlich zwischen 70 und 100 Millionen Franken für externe Gutachten der IV ausgegeben und spielen bei einem Grossteil der Rentenentscheide eine wesentliche Rolle. Es erstaunt daher nicht, dass die IV-Gutachten seit Jahren im Fokus des öffentlichen Interesses stehen.

Bevor das Evaluationsteam nachfolgend Empfehlungen zur Zulassung (Strukturqualität), Vergabe (Prozessqualität) und zu Anforderungen an die Gutachten und deren Prüfung (Ergebnisqualität) formuliert, soll an dieser Stelle eingangs auf zwei Entwicklungen hingewiesen werden, die wesentlich dazu beigetragen haben, dass externe Gutachten in der IV in den letzten Jahren so stark an Bedeutung gewonnen haben:

- *Externe Gutachten nehmen im Abklärungsverfahren der IV einen immer wichtigeren Stellenwert ein.* Berichte von Hausärzten/-innen und behandelnden Ärzten/-innen, die zu Beginn eines Verfahrens eingeholt werden, wie auch die Abklärungen und Berichte durch die RAD haben im Laufe der Zeit immer mehr an Bedeutung und Beweiskraft verloren. Sie stehen beide mehr und mehr im Verdacht der mangelnden Objektivität und Parteilichkeit. Zudem hat auch das Bundesgericht seine Rechtsprechung im Vergleich mit der Praxis von vor zehn Jahren grundlegend überdacht (Girón 2019: 5). Im BGE 135 V 465 kam es zum Schluss, dass immerhin schon bei geringen Zweifeln an der internen Einschätzung ergänzende Abklärungen zu tätigen seien. Andernfalls sei die versicherte Person gegenüber dem Versicherungsträger klar benachteiligt und habe keine vernünftige Chance, ihr Anliegen dem Gericht zu unterbreiten. Im Zuge der über die letzten Jahre zurückhaltender erfolgten Rentenzusprachen sind die Versicherten zunehmend auch auf den Beizug von Anwälten/-innen angewiesen, die auf das Sozialversicherungsrecht spezialisiert sind, um ihre Interessen gegenüber den Versicherern wahren zu können. Die «Fronten» haben sich gesamthaft verhärtet.²³ Diese Situation hat dazu geführt, dass mittlerweile praktisch bei jedem Rentenentscheid ein externes Gutachten eingeholt wird.
- *Anzahl entschädigungspflichtiger psychischer Erkrankungen und komplexer Krankheitsbilder hat zugenommen:* In der IV ist in den letzten zehn Jahren die Zahl der Neurenten, die aufgrund einer psychischen Krankheit gesprochen wurden, stetig angestiegen. Sie machen 2019 rund 50 Prozent aller krankheitsbedingten Neurenten

²³ Gemäss Informationen des BSV vom 10. 06. 2020 zur Entwicklung der Neurenten wurden im Jahr 2019 15'500 *gewichtete* Neurenten bezogen (Schweiz und Ausland); bei der Gewichtung der Renten werden unter dem Aspekt der Rentenkosten ganze Renten einmal gezählt, Dreiviertelrenten 0,75-mal, halbe Renten 0,5-mal, Viertelrenten 0,25-mal). Damit hat die Zahl der Neurenten im Vergleich zum Vorjahr um 100 zugenommen, seit dem Höchststand 2003 (28'200) aber um 45 Prozent abgenommen. Seit Inkrafttreten der 5. IVG-Revision 2008 ist die Zahl der Renten, die in einem Jahr neu zugesprochen wurden, um 12,4% gesunken. Die Zahl der neuen Renten entwickelt sich seit 2011 insgesamt stabil.

<https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/61590.pdf>

aus.²⁴ Im Jahr 2000 waren es noch 41 Prozent. In diesem Kontext muss beachtet werden, dass die Bereitschaft von Arbeitgebern, Menschen mit psychischen Behinderungen auf dem ersten Arbeitsmarkt anzustellen, von den Faktoren (grosses) ökonomisches Wachstum, (niedrige) Arbeitslosenquote und (grosser) Arbeitskräftemangel abhängt (Boardman et al. 2003). Gleichzeitig zeigen Ergebnisse einer aktuellen Studie, dass die Verlässlichkeit von Gutachten gerade in diesem Bereich gering ist und diese Gutachten daher häufig umstritten sind.²⁵ Gemäss Ergebnissen der RELY-Studie 2, wurde die Erwartung der Akteure, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zwischen zwei Gutachtern/-innen maximal 25 Prozentpunkte auseinanderliegen sollte (idealerweise weniger), in 73,6 Prozent der Vergleiche erfüllt. Bei einem Viertel der Beurteilungen war der Unterschied zwischen zwei Gutachtern/-innen grösser.

Der zunehmend herausragende Stellenwert der Gutachten als Beweismittel rückt die Forderung nach Qualität und Unabhängigkeit der Begutachtung in den Vordergrund. Nicht nur die Rechtsprechung hat sich in diversen Urteilen mit Fragen der Vergabe und Qualität der Gutachten auseinandergesetzt. Ein Blick auf Medienberichte²⁶ der letzten Jahre wie auch auf Vorstösse und Debatten im nationalen Parlament²⁷ zeigen das grosse Interesse am Thema auf. Die in dieser öffentlichen Diskussion geäusserten Bedenken bezüglich der Zulassung von Gutachtern/-innen und Gutachterinstituten, der Fairness der Vergabe sowie der Qualität der Gutachten spiegeln sich in den im Rahmen dieser Studie erhobenen Rückmeldungen seitens der Experten/-innen. Die Frage, ob die Kritik in jedem Einzelfall jeweils berechtigt ist oder nicht, war nicht Gegenstand dieser Untersuchung. Die Kritik weist aber auf das fehlende Vertrauen in das gegenwärtige System der Begutachtung hin, weshalb konkrete Massnahmen zur Steigerung von Akzeptanz und Vertrauen als notwendig zu erachten sind. Die momentan laufende Gesetzesrevision zur Weiterentwicklung der IV (Geschäftsnummer 17.022) bietet hierzu eine vielversprechende Ausgangslage. Es geht dabei um den neuen Art. 44 ATSG. Da nachfolgend an verschiedenen Stellen auf diesen neuen Artikel Bezug genommen wird, führen wir die bisherige sowie die neue Version, die vor Kurzem vom Parlament verabschiedet wurde, an dieser Stelle auf:²⁸

Art. 44 Gutachten (bisher)

Muss der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhaltes ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholen, so gibt er der Partei deren oder dessen Namen bekannt. Diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und kann Gegenvorschläge machen.

Art. 44 Gutachten (neu)

¹ Erachtet der Versicherungsträger im Rahmen von medizinischen Abklärungen ein Gutachten als notwendig, so legt er je nach Erfordernis eine der folgenden Arten fest:

²⁴ BSV, Invalidenversicherungsstatistik, online unter (Zugriff 20.07.2020)

<https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/statistik.html>

²⁵ Die Ergebnisse der beiden RELY-Studien 1 und 2 der Universität Basel sind zu finden unter:

<https://www.unispital-basel.ch/lehre-forschung/ebim-forschung-bildung/rely-studie/ergebnisse/>

²⁶ So z.B.: «Dank IV: Ärzte scheffeln Millionen» (Blick 24. 1. 2019); «IV-Gutachten: Bundesamt pfeift grösste Schweizer Abklärungsfirma zurück» (Aargauer Zeitung, 18. 1. 2020); «Rente weg: Gutachter schreiben falsche Arztzeugnisse» (Beitrag im Kassensturz vom 16. 10. 2018); «IV muss einer Versicherten 100'000 Franken nachzahlen» (Der Bund, 4. 3. 2020); « Une étrange clinique genevoise sanctionnée par le Département de la santé » (Le Temps, 24. 2. 2018).

²⁷ Siehe Liste der Parlamentarischen Vorstösse im Anhang A1.

²⁸ Die Schlussabstimmung im Parlament erfolgte am 19. Juni 2020.

a. monodisziplinäres Gutachten;

b. bidisziplinäres Gutachten;

c. polydisziplinäres Gutachten.

² Muss der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhaltes ein Gutachten bei einem oder mehreren unabhängigen Sachverständigen einholen, so gibt er der Partei deren Namen bekannt. Diese kann innert zehn Tagen aus den Gründen nach Artikel 36 Absatz 1 Sachverständige ablehnen und Gegenvorschläge machen.

³ Mit der Bekanntgabe der Namen stellt der Versicherungsträger der Partei auch die Fragen an den oder die Sachverständigen zu und weist sie auf die Möglichkeit hin, innert der gleichen Frist Zusatzfragen in schriftlicher Form einzureichen. Der Versicherungsträger entscheidet abschliessend über die Fragen an den oder die Sachverständigen.

⁴ Hält der Versicherungsträger trotz Ablehnungsantrag an den vorgesehenen Sachverständigen fest, so teilt er dies der Partei durch Zwischenverfügung mit.

⁵ Bei Gutachten nach Absatz 1 Buchstaben a und b werden die Fachdisziplinen vom Versicherungsträger, bei Gutachten nach Absatz 1 Buchstabe c von der Gutachterstelle abschliessend festgelegt.

⁶ Sofern die versicherte Person es nicht anders bestimmt, werden die Interviews in Form von Tonaufnahmen zwischen der versicherten Person und dem Sachverständigen erstellt und in die Akten des Versicherungsträgers aufgenommen.

⁷ Der Bundesrat:

a. kann für Gutachten nach Absatz 1 die Art der Vergabe des Auftrages an eine Gutachterstelle regeln;

b. erlässt Kriterien für die Zulassung von medizinischen und neuropsychologischen Sachverständigen für alle Gutachten nach Absatz 1;

c. schafft eine Kommission mit Vertreterinnen und Vertretern der verschiedenen Sozialversicherungen, der Gutachterstellen, der Ärzteschaft, der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen, der Wissenschaft sowie der Patienten- und Behindertenorganisationen, welche die Zulassung als Gutachterstelle, das Verfahren zur Gutachtenerstellung und die Ergebnisse der medizinischen Gutachten überwacht. Die Kommission spricht öffentliche Empfehlungen aus.

In den nachfolgenden Kapiteln werden die Empfehlungen des Evaluationsteams aufgeführt. Am Schluss sind die Empfehlungen in einer Tabelle zusammengefasst.

3.1 Optimierung der Zulassung (Strukturqualität)

Nachfolgend führt das Evaluationsteam Anpassungen auf, die kurz- und mittelfristig im Rahmen des heutigen Marktsystems vorzunehmen wären. Abschliessend weisen wir auf ein mögliches Zulassungsmodell hin, das – falls sich das heutige Modell der Zulassung nicht bewährt – zu einem späteren Zeitpunkt zum Einsatz kommen könnte.

3.1.1 Kurz- und mittelfristige Perspektive: Anpassungen im gegenwärtigen Markt-system vornehmen

Gegenwärtig basiert die Begutachtung in der Schweiz auf einem Marktmodell. Rund 2000 Gutachter/-innen sind in diesem Markt tätig. Die Zulassungshürden, um als Gutachter/-in tätig zu werden, sind sehr niedrig angesetzt. Alleiniges Kriterium ist der Nachweis eines Facharzttitels oder einer äquivalenten Qualifikation aus dem Ausland. Dies führt dazu, dass das Profil der Gutachter/-innen sehr unterschiedlich ist. Von den zahlreichen selbstständig praktizierenden Ärzten/-innen, die in einem eher geringen Umfang Gutachten erstellen, bis hin zu Gutachtern/-innen, die für eine oder mehrere Gutachterstellen Vollzeit als Gutachter/-in tätig sind.

Dem heterogenen Angebot von rund 2000 Gutachtern/-innen mit ganz unterschiedlichen Kapazitäten steht eine Nachfrage von jährlich rund 15'000 Gutachten gegenüber. Insgesamt scheint (abgesehen von bestimmten Fachdisziplinen oder Regionen) nicht die reine Anzahl verfügbarer medizinischer Gutachter/-innen ein Problem darzustellen, sondern ein nicht ausreichendes Angebot an qualitativ guten und geeigneten Gutachtern/-innen.

Die Zulassung zur Begutachtung ist das erste Glied der Qualitätssicherung. Ausgehend von der momentanen Marktsituation macht das Evaluationsteam nachfolgend Vorschläge, wie diese Zulassung optimiert werden könnte. Dies mit dem Ziel, gewisse Anforderungen an die Qualifikation der Gutachter/-innen festzulegen, die helfen sollen, die Qualität der Gutachten zu steigern respektive gut qualifizierte Gutachter/-innen zu honorieren.

E1 Schaffung einer unabhängigen Kommission für Qualitätssicherung und Zulassung von Gutachtern.

Die Gesetzesrevision sieht folgende Neuerungen vor: Mit dem neuen Art. 44 Abs. 7 c ATSG *schafft der Bundesrat eine Kommission mit Vertreterinnen und Vertretern der verschiedenen Sozialversicherungen, der Gutachterstellen, der Ärzteschaft, der Wissenschaft sowie der Patienten- und Behindertenorganisationen, welche die Zulassung als Gutachterstelle, das Verfahren zur Gutachtenerstellung und die Ergebnisse der medizinischen Gutachten überwacht. Die Kommission spricht öffentliche Empfehlungen aus.*

Das Evaluationsteam erachtet die Schaffung einer unabhängigen, paritätisch zusammengesetzten Kommission, die diverse Aufgaben im Zusammenhang mit der Zulassung und Qualitätssicherung übernimmt, als sehr wichtige Massnahme. Wir sind jedoch der Ansicht, dass diese Kommission nicht nur öffentliche Empfehlungen aussprechen, sondern die Kompetenz zur Formulierung verbindlicher Vorgaben und zu deren regelmässiger Überprüfung erhalten soll. Als Aufsichtsorgan soll die Kommission zudem die Kompetenz erhalten, Gutachter/-innen und Gutachterstellen, welche die Vorgaben zur Zulassung nicht einhalten respektive durch wiederholt qualitative Mängel in der Begutachtung auffallen (vgl. Ausführungen zur Qualitätssicherung), zu sanktionieren. Diese Vorgaben sollten grundsätzlich für die medizinische Begutachtung Anwendung finden (also auch UV/Suva).

Die Kommission (respektive deren Geschäftsstelle) sollte bezüglich Zulassung folgende Aufgaben ausüben:

- Definition verbindlicher Zulassungskriterien (siehe Vorschläge unter Empfehlung 2).
- Akkreditierung polydisziplinärer Gutachterstellen mit periodischen Nachprüfungen
- Überwachung einer schweizweit einheitlichen Zulassung von Gutachtern/-innen und durch die IV-Stellen

- Führung einer Liste sämtlicher zugelassener Gutachter/-innen und Gutachterstellen und Aberkennung der Zulassung bei Nichteinhalten der Zulassungskriterien oder schwerwiegenden Qualitätsmängeln.

Die künftige Kommission (und deren Geschäftsstelle) wird eine sehr wichtige Rolle ausüben und über weitreichende Kompetenzen verfügen. Daher muss bei der Zusammensetzung unbedingt darauf geachtet werden, dass die verschiedenen Interessenlagen adäquat berücksichtigt sind. Es muss sich um ein fachlich-wissenschaftliches Gremium an der Schnittstelle von Medizin und Recht handeln. Zudem ist aus Sicht der Evaluation eine Amtszeitbeschränkung vorzusehen. Hinsichtlich der konkreten Organisationsstruktur könnte die Kommission ähnlich wie beispielweise die Medizinalberufekommission (MEBEKO) aufgebaut sein. Diese hat als ausserparlamentarische Kommission sowohl eine Behörden- als auch eine Beratungsfunktion im Bereich der universitären Medizinalberufe.²⁹ Angesichts der Anzahl und Breite der Aufgaben der MEBEKO besteht diese aus einer Geschäftsleitung sowie aus den beiden Ressorts Aus- und Weiterbildung. Beide Ressorts unterhalten eine Geschäftsstelle, die in der Sektion Vollzug Gesundheitsberufe des BAG angesiedelt ist. Die MEBEKO muss ebenfalls breit aus Fachleuten sowie Vertretern/-innen der betroffenen Kreise zusammengesetzt sein.

I E2 Zulassungskriterien definieren

Mit dem neuen Art. 44 Abs. 7 b ATSG *erhält der Bundesrat die Kompetenz, Kriterien für die Zulassung von medizinischen Sachverständigen für alle Gutachten nach Absatz 1 zu erlassen.*

Das Evaluationsteam ist der Ansicht, dass die Zulassung in folgenden Bereichen verschärft werden soll:

- *Nachweis Fortbildungstitel Versicherungsmedizin einfordern:* Bereits im heutigen System verfügen drei Viertel der Gutachter/-innen über einen Fortbildungsnachweis in Versicherungsmedizin, am häufigsten handelt es sich dabei um das SIM-Zertifikat (vgl. Laubereau et al. 2018). Das Evaluationsteam erachtet den obligatorischen Nachweis einer Fortbildung im Bereich der Versicherungsmedizin als minimale Voraussetzung, um sich mit den Grundlagen des schweizerischen Versicherungsrechts und schweizerischen (fachspezifischen) Leitlinien für die Begutachtung vertraut zu machen. Die Gültigkeit des Fortbildungsnachweises soll befristet und an den Nachweis einer periodischen Fortbildung gebunden sein. In der Schweiz existiert im engeren Sinne der Fortbildung im Bereich der Begutachtung lediglich das SIM-Zertifikat. Einzelne Aspekte der gutachterlichen Tätigkeit, vor allem aber bezüglich des Aufbaus und der Funktionsweise des Sozialversicherungswesens werden auch im Rahmen des Erwerbs des Fähigkeitsausweises «Vertrauensarzt» durch die Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte vermittelt. Das SIM-Zertifikat ist auch Teil des einzigen in der Schweiz existierenden Studiengangs im Bereich der Versicherungsmedizin, dem Master of Applied Sciences in Versicherungsmedizin (MASIM der Universität Basel). Als Zeichen, die medizinische Begutachtung und deren Fortbildung künftig mehr gewichten zu wollen, hätte das Evaluationsteam die geplante Überführung des SIM-Zertifikats in einen Fähigkeitsausweis Begutachtung begrüsst und empfiehlt die nochmalige Vorlage in den entsprechenden Gremien.
- *Nachweis Praxisbezug und klinische Erfahrung einfordern:* Langjähriger Praxisbezug/klinische Erfahrung sind im Hinblick auf die Zulassung wichtige Kriterien. Sie

²⁹ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/organisation/ausserparlamentarische-kommissionen/medizinalberufekommission-mebeko.html>

tragen dazu bei, dass die gutachterliche Beurteilung nicht rein theoretisch und praxisfremd erfolgt. So ist dann auch eine Mehrheit der Gutachter/-innen in der Schweiz neben ihrer Tätigkeit als Gutachter/-innen praktizierend tätig (60 Prozent) und lediglich rund ein Viertel arbeitet hauptsächlich als Gutachter/-in und investiert mehr als die Hälfte der Arbeitszeit in die Gutachtertätigkeit (Laubereau et al. 2018). Nach Ansicht des Evaluationsteams bildet die Verknüpfung von praktisch-klinischer Tätigkeit und Gutachtertätigkeit eine optimale Ausgangslage. Diese parallele Verknüpfung zwingend einzufordern, erachtet das Evaluationsteam jedoch als einen zu weitreichenden Eingriff in die Ausgestaltung der Berufsausübung. Es ist nicht notwendig, dass die praktisch-klinische Tätigkeit zwingend parallel zur Gutachtertätigkeit erfolgen muss. Kann ein Arzt/eine Ärztin in ihrem Lebenslauf den praktisch-klinischen Erfahrungshintergrund über einen längeren Zeitraum nachweisen (z.B. fünf Jahre Erfahrung), so reicht dies aus Sicht des Evaluationsteams für die Zulassung aus. Die Lebensläufe der potenziellen Gutachter/-innen sind entsprechend individuell zu prüfen.

- *Nachweis praktische klinische Tätigkeit in der Schweiz einfordern:* Gemäss der Interface-Befragung aus dem Jahr 2017 liegt der Anteil ausländischer Ärzte/-innen, die sich in der Schweiz als Gutachter/-in betätigen, bei rund vier Prozent (Laubereau et al. 2018). In welchem Umfang diese Gutachten erstellen, ist nicht bekannt. Aufgrund der Rückmeldungen im Rahmen der vorliegenden Studie ist es wahrscheinlich, dass ein grosser Teil dieses geringen Anteils sorgfältige Arbeit leistet. Werden aber Fälle aufgedeckt, bei denen ausländische Ärzte/-innen aufgrund mangelnder Vertrautheit mit dem Schweizer Kontext unsorgfältige und damit qualitativ minderwertige Arbeit geleistet haben, so schadet dies der Glaubwürdigkeit des gesamten Begutachtungswesens enorm. Dies zeigt auf, wie sensibel dieses Thema behandelt werden muss. Gutachterliche Tätigkeit setzt für *alle* Gutachter/-innen nicht nur Kenntnisse des schweizerischen Versicherungskontextes und der hier geltenden Leitlinien für die Begutachtung voraus. Wichtig sind auch Kenntnisse der Ausgestaltung des hiesigen Arbeitsmarkts respektive der arbeitsmarktlichen Integration in der Schweiz. Stark begünstigt werden diese Kenntnisse – neben der theoretischen Auseinandersetzung im Rahmen einer Fortbildung – durch eine Tätigkeit in der Schweiz. Die gutachterliche Tätigkeit sollte nach Ansicht des Evaluationsteams daher an eine kantonale Berufsausübungsbewilligung geknüpft sein und eine Tätigkeit in der Schweiz von mindestens zwei Jahren voraussetzen. Dies wird auch in anderen medizinischen Tätigkeitsfeldern verlangt.³⁰ In begründeten Spezialfällen kann von dieser Anforderung abgesehen werden.
- *Probegutachten verbindlich einfordern:* Im Rahmen der heutigen Zulassung erfolgt keine systematische Einforderung von Probegutachten. Ein Probegutachten ist ein «reales Gutachten», das erstattet werden muss, bevor der betreffende Gutachter von der IV-Stelle regelhaft Aufträge erhält und in den Gutachterpool aufgenommen wird. Erste Gutachten sollten im Rahmen der Facharztausbildung unter fachkundiger Supervision erarbeitet und mit doppelter Unterschrift verwendet werden. Dies fordert z.B. der FMH Psychiatrie ganz konkret. Das Evaluationsteam empfiehlt, dass Probegutachten bei neuen Gutachtern/-innen verbindlich zu verlangen sind und die Zulassung nur erfolgen darf, sofern aufgrund der eingereichten Gutachten keine qualitativen Bedenken bestehen.
- *Anforderungen an die Gutachterstellen definieren:* An die Gutachterstellen sind explizite Qualitätsanforderungen zu stellen. In der momentan geltenden Vereinbarung sind diese bezüglich qualitativ relevanter Kriterien sehr vage definiert. Zur Er-

³⁰ Eine Tätigkeit von zwei Jahren ist bspw. im Rahmen der Erlangung des Schwerpunktstitels Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen durch die SIWF/FMH geregelt: https://www.siwf.ch/files/pdf19/psy_abhaengigkeitserkrankungen_d.pdf

langung der Zulassung muss jede Gutachterstelle über eine fachärztliche Leitungsperson verfügen, die im Minimum mindestens die gleichen Qualifikationskriterien zu erfüllen hat wie die Gutachter/-innen, die für die Gutachterstellen arbeiten (die ihrerseits die oben aufgeführten Kriterien erfüllen). Weiter muss jede Gutachterstelle in den fachärztlichen Kerndisziplinen mindestens eine Gutachterin oder einen Gutachter vorweisen, die/der mindestens 50 Begutachtungen im entsprechenden Fachgebiet erstellt hat.

I E3 Attraktivität der Begutachtungstätigkeit steigern

Will man einen besser qualifizierten Markt an Gutachtern/-innen, so muss die Attraktivität der Gutachtertätigkeit gesteigert werden. Dies kann über zwei Stränge verfolgt werden:

- *Aus-, Weiter- und Fortbildung stärken:* Die Attraktivität der medizinischen Begutachtung kann nur gesteigert werden, wenn diese Tätigkeit entsprechend in allen Phasen der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung Eingang findet. Entsprechende Empfehlungen, deren Relevanz aufgrund der vorliegenden Ergebnisse dieser Untersuchung weiterhin unterstrichen wird, hat Interface bereits 2018 in der Studie zur ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung medizinischer Gutachter/-innen formuliert. Demnach sollte bereits während des Medizinstudiums die Sensibilisierung für Versicherungsmedizin erhöht werden (Laubereau et al. 2018). Dies ist aber kein Schweizer Spezifikum: Eine multinational angelegte Studie des Forensisch-psychiatrischen Dienstes der Universität Bern mit 1345 Medizinstudenten/-innen aus der Schweiz, Österreich, Deutschland und Ungarn konnte zeigen, dass sich die Studenten/-innen im Rahmen des Studiums länderübergreifend nur unzureichend auf die Einschätzung und die Attestierung von Arbeitsunfähigkeiten vorbereitet fühlten (Warnke et al. 2018). Allerdings zeigte die Untersuchung auch, dass Medizinstudenten/-innen insgesamt eine neutrale bis positive Haltung gegenüber der Bearbeitung von Fragestellungen an der Grenze zwischen Recht und Medizin einnehmen, sodass bereits im Studium die Offenheit gegenüber einer späteren gutachterlichen Tätigkeit gefördert werden kann. Hier empfiehlt das Evaluationsteam entsprechende Inhalte in dem seit 1. Januar 2018 geltenden Schweizerischen Lernzielkatalog Humanmedizin gemäss MedBG (PROFILES) stärker zu berücksichtigen und konkret auszuformulieren. Mit der Ausarbeitung von PROFILES wurde die Schweizerische Medizinische Interfakultätskommission (SMIFK) vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) mandatiert. Hier stehen über die Medizinalberufekommission (MEBEKO), Ressort Ausbildung, die mit Inhalt, Durchführung und Bewertung der eidgenössischen Prüfung in Humanmedizin beauftragt ist, entsprechende Ansatzpunkte zur Verfügung. Während der ärztlichen Weiterbildung sollte die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als Thema verankert und bei allen Fachrichtungen vorangetrieben werden. Für einzelne Fachrichtungen sollten die praktische Ausbildung und die Supervision von Gutachtenerstellung gestärkt werden. Im Bereich der Fortbildung sind insbesondere Angebote zu medizinisch-juristischen Themen anzubieten (Laubereau et al. 2018). Angesprochen sind hier explizit die Fachgesellschaften und die FMH. Das Thema der Qualität ärztlicher Begutachtung und deren Wertschätzung muss künftig verstärkt in deren Interesse liegen.
- *Entlohnung anpassen:* Gutachter/-innen, die ihre Arbeit sorgfältig und umfassend ausüben, sollen nicht bestraft werden. Das Tarifsystem sollte angepasst werden, insbesondere auch, weil die Anforderungen in den letzten Jahren gestiegen sind und mit den beabsichtigten Anforderungen an die Qualität künftig weiter steigen werden. Insbesondere sollte hier eine Differenzierung entsprechend den unterschiedlichen Anforderungen (vgl. Leitlinien) an Untersuchungszeit bzw. Abklärungstiefe in den einzelnen Fachdisziplinen erfolgen. Die weiter oben ausgeführte besondere Bedeu-

tung der Psychiatrie – in der wiederholt in der Öffentlichkeit zu kurze Untersuchungszeiten angeprangert worden sind – macht für diese Disziplin eine gesonderte Betrachtung notwendig: So unterscheidet sich die Untersuchungszeit, die für die Diagnostik aufgewendet wird, oft erheblich bei einer leitlinienkonformen Abklärung in der Klinik von derjenigen einer sozialversicherungsrechtlichen Begutachtung (IV). Dies erscheint fachlich nicht gerechtfertigt, und die Kritik der Behindertenverbände sowie die grosse mediale Aufmerksamkeit ist somit durchaus begründet (Schleifer et al. 2014). Auch wenn aufgrund der verfügbaren Datenlage keine absolute Empfehlung in Bezug auf die Untersuchungsdauer genannt werden kann, geht das Evaluationsteam ähnlich wie Foerster & Winckler (2009) davon aus, dass bei einer zu oberflächlichen bzw. zu kurzen Untersuchung mit einer höheren Fehlerwahrscheinlichkeit gerechnet werden muss. Eine umfassende mehrstündige psychiatrische Untersuchung, möglichst auf zwei oder mehrere Termine verteilt – was im Bereich des Strafrechts im Schweizer Raum üblich ist –, stellt häufig eine Voraussetzung für die Erstellung eines qualitativ hochwertigen psychiatrischen Gutachtens dar. Merkmale für hohen Zeitaufwand sind u.a. in den Akten dokumentierte multiple Differenzialdiagnosen unterschiedlicher Kategorien des ICD-10, die Diagnostik einer Persönlichkeitsstörung sowie einer neurotischen Belastungs- und somatoformen Störung (insbesondere in strittigen Fällen), Aggravation und Simulation, das Vorliegen von Observationsmaterialien, die Klärung der Zusammenhangsfragen zwischen traumatischen Ereignissen und nachfolgender Symptomatik, komplexe retrospektive Beurteilungen und Untersuchungen mit Dolmetschern sowie Fälle, bei denen bereits ein oder mehrere Vorgutachten bestehen, die es zu würdigen gilt. Diese Konstellationen können dabei völlig unabhängig vom Verfahrensstand zum Tragen kommen. Dem hohen Zeitbedarf dieses Faches muss dementsprechend Rechnung getragen werden, wenn eine Qualitätsverbesserung erreicht werden soll. Missbräuchlicher Verwendung und ausufernden Kosten könnte durch die Aufsicht der Kommission entgegengewirkt werden, gegenüber der eine Begründungspflicht einzuführen wäre, die den Quervergleich (zur Fachgruppe) wahren und Ausreisser sanktionieren (Rechnungskürzung). Angesprochen ist im Bereich der polydisziplinären Gutachten das BSV, indem es entsprechende Tarifverhandlungen mit den Gutachterstellen führt. Vorschläge seitens der Gutachterstellen liegen seit 2017 vor. Die aktuelle Tarifvereinbarung ist seit Einführung des differenzierten Gutachtertariifs im Jahr 2012 unverändert. Die Abrechnung der mono- und bidisziplinären Gutachten erfolgt, analog zur Suva, nach den im TARMED hinterlegten Zeiteinheiten für die Erstellung der Gutachten (abgestuft nach Kategorien A bis E). Längere Untersuchungszeiten und damit einhergehend längerer Dokumentationsbedarf, die durch die Einhaltung der Leitlinien zustande kommen, sind zu berücksichtigen. Entsprechende Anpassungen müssten seitens der TARMED-Tarifpartner³¹ vorgenommen und dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt werden.

3.1.2 Längerfristige Perspektive

I E4 Entwicklung vom «Markt- zum Staat-Modell» prüfen

Die vorangegangenen Ausführungen zur Weiterentwicklung beziehen sich auf ein Zulassungssystem, das vom heutigen Marktmodell ausgeht. Seitens der Juristen des Sozialversicherungsrechts wird im Rahmen dieser Studie, wie auch in weiteren Publikationen, auf die Möglichkeit eines grundlegenden Systemwechsels bezüglich der Ausgestaltung des Gutachtermarkts hingewiesen (Girón 2019). Gutachter/-innen erfüllen eine öffentliche

³¹ Die Tarifstruktur TARMED ist ein Projekt der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Schweizer Krankenversicherer (santésuisse), der Spitäler der Schweiz (H+) sowie den in der Medizinaltarifkommission (MTK) der Suva vertretenen Eidgenössischen Sozialversicherern (Unfallversicherung UV, Militärversicherung MV, Invalidenversicherung IV).

Aufgabe im Auftrag der Sozialversicherungen. Es erscheint daher frappierend, dass diese Aufgabe vorwiegend von privat praktizierenden Ärzten/-innen sowie privaten, gewinnorientierten Gutachterstellen durchgeführt wird. Ein Systemwechsel, weg vom Marktsystem mit vielen vorwiegend privaten (gewinnorientierten) Akteuren, hin zu einem Markt mit wenigen an öffentlich-rechtlichen Institutionen angebotenen Gutachterzentren – konkret an die öffentlichen Spitäler und Kliniken –, wird vom Evaluationsteam ebenfalls als interessante Neukonzeption des Begutachtungswesens erachtet. Die Vorteile, die ein solches System bieten könnte, sind aus Sicht der Evaluation sehr hoch einzuschätzen. Es sind dies:³²

- *Unabhängigkeit*: Die öffentlichen Spitäler betreiben in erster Linie die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Daneben dürfte der Gutachtensbereich auch bei höherem Volumen regelmässig ein Nebenbereich bleiben. Somit wäre kein Spital wirtschaftlich von dieser Tätigkeit oder den Auftraggebern abhängig. Vielmehr wird damit bloss ergänzend zum Grundauftrag eine weitere öffentliche Aufgabe wahrgenommen.
- *Praxisbezug/klinische Erfahrung*: Praxisbezug und klinische Erfahrung sind Aspekte, die immer wieder als sehr wichtige Voraussetzungen für qualitativ gute Gutachten genannt werden. Die Spitäler erfüllen diese Anforderungen somit ausgezeichnet. Die Gutachter/-innen an den Spitälern wären neben ihrer Gutachtertätigkeit in den klinischen Alltag eingebunden.
- *Forschung*: Die Universitätsspitäler sowie andere grössere Kliniken (z.B. Lehrkrankenhäuser) sind in der Forschung tätig und verfügen damit über Zugriff auf die neuesten medizinischen Erkenntnisse und Methoden. Die feste Verankerung des Gutachterwesens würde es somit einerseits erlauben, die aktuellsten Erkenntnisse zu Therapie und Behandlungsmöglichkeiten in die Expertisen einfließen zu lassen, und andererseits die bereits an den Kliniken bestehenden Forschungsgruppen an versicherungsmedizinische Forschungsfragen heranzuführen oder solche zu etablieren. Dass solche Ansätze erfolgversprechend sind, unterstreichen die Publikationen des Universitätsspitals Basel, der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und der Universität Bern.
- *Kompetenz*: Alle Spitäler decken zahlreiche Disziplinen ab und die grösseren Institutionen können ohne grossen Aufwand auch auf Spezialisten für seltene Beschwerdebilder zugreifen, was bei vielen der heutigen Gutachterstellen nicht der Fall ist.
- *Nachwuchsförderung*: Die Gutachtenstätigkeit ist Bestandteil der Facharztausbildung. Durch eine vermehrte Gutachtertätigkeit der Spitäler könnte die Ausbildung neuer Gutachter/-innen direkt vor Ort gefördert und beschleunigt werden.
- *Professionalisierung und Imageverbesserung*: Insgesamt könnten die aufgeführten Vorteile längerfristig zu einer Professionalisierung und einer verbesserten Anerkennung der medizinischen Begutachtung auch innerhalb der Ärzteschaft führen.

Lediglich 18 Prozent der Gutachter/-innen sind gemäss der Interface-Befragung aus dem Jahr 2017 im heutigen Marktsystem hauptberuflich in einem Spital tätig (Laubereau et al. 2018). Bis anhin haben die Spitäler nur wenig Interesse gezeigt, sich im Bereich der Begutachtung zu betätigen. Bei den polydisziplinären Gutachterstellen sind einzig die Universität Basel und die Poliklinik der Universität Lausanne vertreten. Das Inselspital der Uni Bern schloss seine Gutachterstelle bereits 2012 wieder, «weil es nicht zum Kernauftrag eines Unispitals gehöre, IV-Gutachten zu erstellen», trotz eines «gut laufen-

³² Die Aufzählung orientiert sich an Girón (2019).

den Geschäfts»³³. Ein entsprechender Systemwechsel dürfte daher mit grossen Anstrengungen verbunden sein.³⁴ Das Evaluationsteam empfiehlt daher, in einem ersten Schritt den oben geschilderten Weg über die Anpassungen im gegenwärtigen System umzusetzen und die Auswirkungen innert fünf Jahren genau zu evaluieren. Sollten die Probleme auch mit diesen Anpassungen mittelfristig nicht in den Griff zu kriegen sein, so müsste aus Sicht des Evaluationsteams mit aller Konsequenz eine Neukonzeption im hier geschilderten Sinne geprüft werden.

3.2 Optimierung der Vergabe (Prozessqualität)

Nachfolgend führt das Evaluationsteam Anpassungen auf, die kurz- und mittelfristig im Rahmen des heutigen Systems der Vergabe vorgenommen werden können. Abschliessend weisen wir auf mögliche Entwicklungen hin, die insgesamt das Vergabesystem entlasten könnten, indem die Anzahl externer Gutachten reduziert wird.

3.2.1 Kurz- und mittelfristige Perspektive: Vergabeprinzipien optimieren und Transparenz schaffen

I E5 Bestehende Vergabeprinzipien belassen, jedoch optimieren

Im heutigen System werden die Gutachten nach zwei unterschiedlichen Prinzipien vergeben: Bei den mono-/bidisziplinären Gutachten erfolgt die Vergabe direkt durch die IV-Stellen, während die polydisziplinären Gutachten mittels Zufallsauswahl an die polydisziplinären Gutachterstellen vergeben werden. Die vorliegende Untersuchung zeigt auf, dass es bezüglich der Vergabe der Gutachten keine einfache Lösung gibt. Namhafte Experten/-innen aus unterschiedlichen Fachgebieten tun sich schwer, dem einen oder anderen Prinzip den Vorrang zu geben. Beide Prinzipien weisen Vor- und Nachteile auf. Das Bundesgericht selbst geht von der Gleichwertigkeit beider Vergabeprinzipien aus (BGE 142 V 551).

Der Vorteil der Zufallszuweisung liegt zweifelsohne darin, dass sich damit die Versicherung vom Verdacht einer ergebnisorientierten Vergabe befreien kann. Das System hat sich bei den polydisziplinären Gutachten grundsätzlich bewährt. Allerdings bestehen im heutigen System noch gewisse Mängel, die dazu führen, dass Gutachter/-innen und Gutachterinstitute mittels Mehrfachbeschäftigung oder Bildung von Verbänden unter den Gutachterstellen ihre Chance auf den Erhalt eines Gutachtens erhöhen.

Ein Vorteil der direkten Vergabe hingegen liegt darin, dass bei der Vergabe fallspezifisch fachlich-inhaltliche Kriterien zur Anwendung kommen können, indem beispielsweise ein/-e Gutachter/-in berücksichtigt wird, welche/-r spezifische Kompetenzen bezogen auf ein Krankheitsbild aufweist. Ein wesentlicher Vorteil des Einigungsverfahrens mittels direkter Vergabe ist aber vor allem darin zu sehen, dass damit wohl eine höhere Akzeptanz des Ergebnisses erreicht werden kann. Die Wahrscheinlichkeit jahrelanger gerichtlicher Streitigkeiten würde dadurch gesenkt (Girón 2019). Dies jedoch nur, wenn im Vergleich zum heutigen System die Rechte der Versicherten im Einigungsverfahren gestärkt würden. Ein entsprechendes Modell der «gemeinschaftlichen Begutachtung» kommt beispielsweise in Frankreich zur Anwendung: Im französischen Modell beauf-

³³ Zurbruggen A. (2012). Die Insel macht keine IV-Gutachten mehr, in: *Berner Zeitung* (online am 24. 01. 2012), <https://www.bernerzeitung.ch/region/kanton-bern/die-insel-macht-keine-ivgutachten-mehr/story/18627600> (Zugriff 19. 07. 2020).

³⁴ Denkbar wäre auch ein Modell von wenigen professionellen Begutachtungszentren. Diese Institute müssten über eine breite öffentlich-rechtliche Trägerschaft verfügen, in welcher alle wesentlichen Anspruchsgruppen vertreten sind (Sozialversicherungen, Ärzteschaft, Vertretungen Patientinnen/Patienten, Rechtsvertreter/-innen, usw.).

trägt die Versicherung eine/-n externe/-n Gutachter/-in und unterrichtet die versicherte Person, dass sie sich bei der Begutachtung durch einen Arzt/eine Ärztin ihrer Wahl begleiten lassen kann. Damit dieses Begleitrecht zu einer effektiven gemeinschaftlichen Begutachtung wird, braucht es eine entsprechende Erklärung beider Parteien. Erst mit der gemeinsamen Erklärung, eine «expertise conjointe» durchzuführen, wird der Arzt oder die Ärztin, welche/-n die versicherte Person ausgewählt hat, auch zur/zum medizinischen Begutachter/-in. Die begutachtende Person kann von der versicherten Person frei gewählt werden. Dies kann der behandelnde Arzt oder sein oder ein/-e spezialisierte/-r Gutachter/-in.³⁵

Die heutige Kritik an der Vergabe der mono- und bidisziplinären Gutachten hängt nach Ansicht des Evaluationsteams insbesondere damit zusammen, dass die IV-Stellen bis anhin wenig transparent aufgezeigt haben, an wen sie ihre Gutachten vergeben. Dies sowie die Unzufriedenheit darüber, dass gewisse «schwarze Schafe» unter den Gutachtern/-innen über Jahre hinweg ihrer Gutachtertätigkeit nachgehen konnten, obschon erhebliche Zweifel an ihrer Qualität bestanden, haben dazu geführt, dass das Vergabeprinzip grundsätzlich in den Fokus der Kritik gerückt ist. Andere Versicherer wie etwa die Suva, die ihre Gutachten auch direkt vergibt, sind diesbezüglich kaum Kritik ausgesetzt. Im Fall der Suva mag dies damit zusammenhängen, dass diese ihre im Vergleich zur IV geringe Anzahl Gutachten über eine zentrale Stelle vergibt, die auch für die Qualitätssicherung zuständig ist. Das Evaluationsteam ist der Ansicht, dass Massnahmen, um die Transparenz der Vergabe durch die IV-Stellen zu erhöhen, wie sie im Rahmen der Gesetzesrevision nun beschlossen wurden, zusammen mit einer Schärfung der Zulassung und Stärkung der Qualitätssicherung bereits einen wesentlichen Beitrag liefern können, um das Vertrauen und die Glaubwürdigkeit in die Begutachtung herzustellen. Daher empfiehlt das Evaluationsteam, (vorerst) die beiden Vergabeprinzipien grundsätzlich zu belassen, jedoch bei beiden Prinzipien Verbesserungen vorzunehmen. Sollte sich damit die Situation bis in fünf Jahren nicht entschärfen, so müsste eine Umstellung der Vergabe nochmals geprüft werden (z.B. alle Gutachten nach dem Zufallsprinzip oder Verteilung der Gutachten über eine unabhängige Stelle). Die Verbesserungen der beiden Vergabeprinzipien werden nachfolgend aufgeführt:

- *Optimierung Zufallsauswahl bei den polydisziplinären Gutachten:* Um einer Aushebelung des Zufallsprinzips entgegenzuwirken, sollte die Mehrfachbeschäftigung von Gutachtern/-innen konsequent beschränkt und kein Verbund unter Gutachterstellen zugelassen werden. Einer intransparenten Verbindung unter Gutachterstellen entgegenwirken würde dabei auch, wenn der Name der Person, welche die Gutachten koordiniert, transparent aufgezeigt würde, indem diese das Gutachten mituntersreibt.
- *Optimierung Einigungsverfahren bei den mono-/bidisziplinären Gutachten:* Bei der direkten Vergabe erachtet es das Evaluationsteam als wichtig, die Mitwirkungsrechte der Versicherten zu stärken. Bei der heutigen direkten Vergabe durch die IV-Stelle kann die versicherte Person eine/-n vorgeschlagene/-n Gutachter/-in ablehnen. Erfolgt in der Folge keine Einigung zwischen Versicherung und versicherter Person, so legt der Versicherungsträger aber eine/-n Gutachter/-in fest und erlässt eine anfechtbare Zwischenverfügung. Der Weg über ein Gerichtsverfahren, in dem sich die Fronten weiter verhärten, ist somit geebnet. Ein Vorschlag zur Stärkung des Einigungsaspekts und somit der Mitwirkung der Versicherten im Einigungsverfahren findet sich bei Girón (2019). Dieser orientiert sich am weiter oben beschriebenen französischen Modell. Demnach versucht der Versicherungsträger sich mit der versicherten Person auf einen oder mehrere unabhängige Sachverständige zu einigen. Er stellt der

³⁵ Vgl. die Ausführungen zum französischen Begutachtungsmodell in Auerbach et al. (2011) und Laubereau et al. (2018).

versicherten Person eine Liste mit Gutachtern/-innen zu und setzt ihr eine Frist zum Vorschlag von Sachverständigen oder macht ihr Vorschläge und setzt ihr eine Frist zur Einreichung von Gegenvorschlägen aus dieser Liste. Hält der Versicherungsträger trotz Gegenvorschlägen an den vorgesehenen Sachverständigen fest, wird ein gemeinschaftliches Gutachten durchgeführt. Versicherungsträger und versicherte Person bezeichnen pro Disziplin je eine/-n Sachverständige/-n aus ihren Vorschlägen. Diese Sachverständigen erstellen das Gutachten gemeinsam und machen Vorschläge zur Bereinigung allfälliger Diskrepanzen.

I E6 Transparenz der Vergabe schaffen

Massnahmen zur Erhöhung der Transparenz der Vergabe der Gutachten sind aus Sicht des Evaluationsteams grundlegend für die Herstellung von Vertrauen und Glaubwürdigkeit. Es ist daher sehr zu begrüssen, dass dieser Aspekt im Rahmen der Revision des Art. 44 ATSG vom Nationalrat aufgegriffen wurde. Er fügte neu einen Absatz 7 hinzu, der wie folgt lautet: *Die Versicherungsträger führen eine Liste aller Sachverständigen und Gutachterstellen, strukturiert nach Fachbereich und Anzahl jährlich begutachteter Fälle. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.* Im Rahmen der Beratung der Vorlage durch den Ständerat wurde dieser Absatz gestrichen und stattdessen eine entsprechende Ergänzung von Art. 57 Abs. 1 lit. n IVG vorgenommen.³⁶ Das Führen von Listen wird somit nur von der IV verlangt, dies mit der Begründung, dass beim Vorwurf der Intransparenz durch die Öffentlichkeit und Rechtspflege grossmehrheitlich die IV im Fokus stehe (Kieser 2020).

Die Veröffentlichung von Angaben zur Anzahl verteilter Gutachten nach Gutachter/-in bei den mono- und bidisziplinären Gutachten erachtet das Evaluationsteam als Chance für die IV-Stellen, dem seit Jahren im Raum stehenden Vorwurf der unausgewogenen Verteilung entgegenzutreten. Die Kapazitäten der Gutachter/-innen sind sehr unterschiedlich. Dies gilt es selbstverständlich bei der Interpretation dieser Angaben zu beachten. Bei den polydisziplinären Gutachten ist die Verteilung nach Gutachterstellen bereits heute schon transparent. Jedoch wird aus den Reportingangaben von Suisse-MED@P nicht ersichtlich, welche Gutachter/-innen letztlich wie viele Teilgutachten für die jeweilige Stelle erstellt haben (vgl. z.B. BSV 2018^b). Diese Informationen müssten seitens der Gutachterstellen zusätzlich noch zur Verfügung gestellt werden. Die Angaben zur Verteilung nach Gutachtern/-innen und Gutachterstellen sind der unabhängigen Kommission zur Verfügung zu stellen und von dieser öffentlich zu publizieren.

Hinsichtlich der Bekanntgabe der Ergebnisse der Gutachten in Form der attestierten Arbeitsunfähigkeiten kann das Evaluationsteam die Bedenken, dass diese Angaben für sich allein wenig aussagekräftig sind und daher ein Risiko der Fehlinterpretation durch die Öffentlichkeit besteht, nachvollziehen. Hinsichtlich der Qualitätssicherung bieten diese Angaben aus Sicht des Evaluationsteams aber wertvolle Hinweise für Quervergleiche und die Identifikation von Ausreissern. Hierzu bedarf es aber valider statistischer Auswertungen. Das Evaluationsteam empfiehlt daher, dass diese Angaben zu den attestierten Arbeitsunfähigkeiten lediglich der unabhängigen Kommission, die sich mit Fragen der Qualitätssicherung beschäftigt, zuzustellen sind. Nicht die Rohdaten, jedoch das Ergebnis der statistischen Auswertung sollte in der Folge seitens der Kommission der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

³⁶ Die Ergänzung bzgl. der Aufgaben der IV-Stellen lautet: Führung und Veröffentlichung einer Liste, die insbesondere Angaben zu allen beauftragten Sachverständigen und Gutachterstellen enthält, strukturiert nach Fachbereich, Anzahl jährlich begutachteter Fälle und attestierten Arbeitsunfähigkeiten.

Das Evaluationsteam geht davon aus, dass bereits diese Massnahmen zur Steigerung der Transparenz einen korrigierenden Einfluss auf die Verteilung der Gutachten ausübt und zur Ausgewogenheit beiträgt. Auf zahlenmässige Vorgaben im Sinne einer Obergrenze soll daher (vorerst) verzichtet werden. Wenn, dann müssten solche Obergrenzen fachspezifisch und nach Komplexität der Gutachten definiert werden. Jedoch sind die Angaben zur Verteilung der Gutachten seitens der Kommission dahingehend zu prüfen, ob gewisse Gutachter/-innen stark überdurchschnittlich viele Gutachten erstellen. In einem solchen Fall müssten diese Gutachten per Stichprobe auf ihre Qualität hin geprüft werden (vgl. Kap. 3.3.2).

3.2.2 Grundsätzliche Überlegungen zur Anzahl externer Gutachten

I E7 Massnahmen zur Senkung der Anzahl externer Begutachtungen prüfen

Die Zahl von rund 15'000 externen Gutachten entspricht ziemlich exakt der Anzahl Neurenten, die in der IV jährlich gesprochen werden. Die IV-Stellen holen hauptsächlich im Rahmen der vertieften Rentenprüfung zusätzlich externe medizinische Gutachten ein. Hauptgründe dafür sind eine unklare medizinische Sachlage oder juristische Überlegungen im Hinblick auf einen möglichen Gerichtsprozess (Guggisberg et al. 2015: VIII). Beide Aspekte haben im Laufe der Zeit an Bedeutung gewonnen (vgl. Anmerkung zu Beginn Kapitel 3). Grundsätzlich stellt sich die Frage, wie dieser Trend gestoppt und eine Reduktion medizinischer Gutachten herbeigeführt werden kann. Das Anliegen einer Reduktion der externen Gutachten wird im Rahmen dieser Untersuchung von verschiedener Seite zum Ausdruck gebracht. Ein Blick über die Grenze zeigt, dass beispielsweise in Deutschland der Grossteil der Gutachten, für welche die regionalen Träger der Deutschen Rentenversicherung zuständig sind, versicherungsintern erfolgt. In den Niederlanden sind alle Gutachter/-innen direkt bei der Arbeitnehmersicherungsanstalt UWV angestellt. Häufig werden die Ärzte/-innen direkt nach ihrer medizinischen Ausbildung bei der UWV angestellt, also als Ärzte/-innen, die noch über keine Facharztweiterbildung verfügen. Diese machen während ein bis zwei Jahren eine interne Ausbildung bei der UWV und beginnen dann in der Regel mit ihrer Weiterbildung zum/zur Facharzt/-ärztin Versicherungsmedizin (Laubereau et al. 2018).

Angesichts der Forderung nach mehr Unabhängigkeit scheint ein solcher Weg, bei dem verstärkt versicherungsintern begutachtet wird, gegenläufig zur momentanen Stimmungslage zu sein. Ein System, wie es in den Niederlanden zur Anwendung kommt, unterscheidet sich deutlich von jenem der Schweiz. Es liefert jedoch interessante Hinweise, welche Aspekte wichtig sind, damit auch versicherungsinterne Gutachten auf Akzeptanz stossen. Erstens muss der Prozess der Begutachtung konsensorientiert angelegt sein. Zweitens muss die Begutachtung sehr transparent entlang von Leitlinien erfolgen. Drittens kann ein weiterer interessanter Aspekt angefügt werden: Das Gutachten in den Niederlanden erfolgt aus unterschiedlichen Perspektiven. Es enthält immer zwei Teile. Im ersten Teil werden verschiedene Bereiche der Funktionsfähigkeit standardisiert beurteilt. Dies erfolgt durch den/die Versicherungsarzt/-ärztin. Im zweiten Teil wird eine Begutachtung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen. Hierzu wird immer ein/-e Arbeitsexperte/-in beigezogen (Laubereau et al. 2018).

Das Evaluationsteam ist der Ansicht, dass bei der IV geprüft werden muss, mit welchen Massnahmen der versicherungsinterne Abklärungsprozess bei den IV-Stellen und den RAD dahingehend intensiviert werden könnte, damit es längerfristig in weniger Fällen überhaupt zu einem externen Gutachten kommt. Dazu beitragen könnte beispielsweise ein verstärkter Austausch und Dialog zwischen den versicherten Personen, deren behandelnden Ärzten/-innen und der IV/dem RAD. Bei Bedarf könnten in einem frühen Stadium der internen Abklärung auch Arbeitsmediziner/-innen und Fachleute aus dem Bereich der beruflichen Eingliederung stärker einbezogen werden. Das Evaluationsteam ist

überzeugt, dass solche konsensorientierten Massnahmen, die auf Einbezug und Austausch setzen, Vertrauen schaffen und damit dazu beitragen, dass weniger externe Gutachten in Auftrag gegeben werden müssen.

3.3 Optimierung der Qualität der Gutachten und deren Prüfung (Ergebnisqualität)

3.3.1 Diskussion der Ergebnisse

In den letzten Jahren sind bereits diverse Schritte zur Verbesserung der Gutachtensqualität in der Schweiz unternommen worden. Diese Entwicklung wird dabei auf unterschiedlichen Ebenen von Akteuren aus Recht, Medizin und Verwaltung getragen und wird von den im Rahmen der vorliegenden Untersuchung befragten Experten/-innen auch mehrheitlich anerkannt. Erwähnenswert sind zum Beispiel die Implementierung einer einheitlichen Gutachtensstruktur zum 1. Januar 2018 sowie die Entwicklung von Begutachtungsleitlinien, massgeblich getragen durch die Fachgesellschaften in den im praktischen Alltag besonders bedeutsamen Begutachtungsdisziplinen Psychiatrie, Rheumatologie und Orthopädie. Weiterhin sind die gestiegenen Qualitätsanforderungen in den Verwaltungen (IVST) und RAD sowie bei einem Teil der Gutachter/-innen bekannt und als Bestandteil in der gutachterlichen Fort- und Weiterbildung zumindest im Kursangebot der SIM bereits berücksichtigt.

I Qualitätsdimensionen der medizinischen Begutachtung für die Invalidenversicherung

Trotzdem unterstreichen die Ergebnisse der Experteninterviews im Zusammenspiel mit der Analyse der Literatur zum Evaluationsgegenstand, dass die Qualitätsbeurteilung massgeblich vom Blickwinkel des Akteurs (Recht, Medizin oder Verwaltung) geprägt wird, jede Interessengruppe somit heterogene Anforderungen an die gutachterliche Tätigkeit stellt, die sich ergänzen können, zum Teil überschneiden, sich aber auch teilweise widersprechen:

- Gesamtgesellschaftliche Anforderungen: Die Allgemeinheit der Versicherten erwartet ein faires und transparentes Begutachtungsverfahren.
- Formaljuristische Anforderungen: Sind festgelegt durch die Gesetzgebung, Rechtsprechung und ausgestaltet durch das BSV. Diese sind stark normativ geprägt, lassen aber auch den Einfluss von versicherungsmedizinischen Erkenntnissen erkennen.
- Versicherungsmedizinische Anforderungen: Neben der rein fachlichen Diagnostik müssen im Rahmen der Begutachtung spezifische berufliche, soziale und rechtliche Aspekte berücksichtigt werden, für die z.T. fachspezifische gutachterliche Leitlinien entwickelt wurden.
- Fachliche Anforderungen: Die gutachterlichen Abklärungen sollen fachlich kompetent von gut ausgebildeten Sachverständigen und in Kenntnis der aktuell geltenden klinischen Leitlinien bzw. der neuen wissenschaftlichen Entwicklungen im jeweiligen Fachgebiet erfolgen.

Die Öffentlichkeit und insbesondere die versicherten Personen, die sich zum Leistungsbezug bei der IV anmelden, sind an einem fairen Begutachtungsverfahren interessiert, das einerseits einen ungerechtfertigten Leistungsbezug verhindert³⁷, andererseits aber eine transparente, neutrale, faire und fachlich kompetente Begutachtung ermöglicht. Bei den vom Evaluationsteam durchgeführten Interviews zeigte sich diesbezüglich eine grosse Unsicherheit der versicherten Personen, die mehrheitlich die Anwesenheit einer Vertrauensperson wünschten. In dieselbe Richtung gehen auch Bestrebungen, die Qualität und Transparenz der Gutachten mittels Audio- (oder auch Video-)Aufnahmen zu

³⁷ siehe z.B. Vorlage Nr. 625, Amtliche Endergebnisse vom 16. März 2018 <https://www.bk.admin.ch/ch/d/pore/va/20181125/det625.html> und vgl. Art. 43a ATSG und Art. 66a StGB).

verbessern (vgl. Vorlage Art. 44 Abs. 5^{bis} IVG), aber auch andere Kontrollmechanismen bzw. fallbezogene und übergeordnete *Qualitätssicherungsmaßnahmen* zu verbessern.

In Bezug auf die *formaljuristische Qualität* (juristische Anforderungen und einheitliche Struktur der Gutachten) kann festgehalten werden, dass die vom BSV vorgegebene Struktur mehrheitlich positiv aufgenommen und auch in der Praxis verwendet wird. Die wesentlichen Kritikpunkte betreffen die Inkongruenz zu fachlichen Anforderungen in somatischen Disziplinen sowie auch die fehlende Evidenzbasierung einiger der von juristischer Seite ausgewählten Indikatoren. Dies wiederum kann zu Widersprüchen zu medizinischen Begutachtungsleitlinien führen, auch wenn die Resultate der Expertenbefragung nahelegen, dass Sachverständige diesem Dilemma begegnen, indem sie besonders umstrittene Indikatoren verkürzt abhandeln. Die juristische Schwerpunktlegung allein auf die formale Qualität scheint möglicherweise diejenigen Gutachter/-innen zu begünstigen, die zwar formal richtig arbeiten, jedoch oberflächlich. Auch formal «gut aussehende» Gutachten könne man nicht, so die Auffassung der befragten Experten/-innen, mit guter inhaltlicher Qualität gleichsetzen. Für die Kontrolle der formaljuristischen Anforderungen sind in der Praxis einerseits die IV-Stellen, andererseits auch die Gerichte zuständig. Die Rückmeldungen an die Gutachter/-innen erfolgen allerdings in beiden Fällen zum Teil unsystematisch. Fraglich erscheint auch, inwieweit die medizinischen Gutachter/-innen, die juristische Laien sind, direkt und ohne weitere Erläuterungen aus den Urteilen Nutzen für ihre Tätigkeit als Sachverständige ziehen können. Sinnvoll wäre hier eine «Übersetzung» und «Zusammenfassung» der Urteile durch die Rechtsdienste der IVST/RAD, kombiniert mit für Mediziner/-innen verständlichen fallspezifischen und nicht fallspezifischen Rückmeldungen. Zum Teil werden solche (nicht fallspezifischen) Feedbacks bereits heute von versicherungsmedizinischen Fachgesellschaften übernommen, im Rahmen von Fortbildungen vermittelt und/oder bei Leitentscheiden auch in leicht zugänglichen medizinischen Fachzeitschriften kommentiert. Allerdings besteht hier aus Sicht der Experten/-innen und des Evaluationsteams ein nicht ausgeschöpftes Verbesserungspotenzial, zumal derartige Urteilssammlungen bzw. Entscheidensbesprechungen in den IVST bereits heute erarbeitet und zusammengestellt, dann aber nur für den internen Gebrauch verwendet werden.

Die *Sicherung der versicherungsmedizinischen Qualität* im Bereich der Invalidenversicherung setzt einerseits spezifische Fachkenntnisse, andererseits aber auch Kenntnisse des Sozialversicherungsrechts, insbesondere der einschlägigen Rechtsbegriffe, sowie die Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit und zur permanenten Fortbildung in medizinischer und juristischer Hinsicht voraus. Ein nach wissenschaftlichen Kriterien verfasstes medizinisches Gutachten kann dabei als ein «Messinstrument» betrachtet werden, das idealerweise eine genaue Beurteilung von erhobenen Messwerten zulässt. Gute Messinstrumente sollen, unabhängig vom Untersucher, gleiche Resultate liefern. In diesem Zusammenhang spricht man von der Objektivität eines Verfahrens. Die Ergebnisse müssen zudem möglichst replizierbar d.h. reliabel sein und das messen, was sie auch zu messen versprechen (Validität) (Linden 2013; Schleifer et al. 2014). In Bezug auf den Ablauf der Begutachtung existieren in der Schweiz mittlerweile detaillierte juristische und auch medizinische Anforderungen, insbesondere Leit- und Richtlinien in verschiedenen Disziplinen. Trotz intensiver Bemühungen auch im Bereich der Fortbildung von Fachärzten, die sich im Begutachtungswesen engagieren wollen, blieb die Qualität der Gutachten zum Teil mangelhaft. So stellte Niklaus Gyr (2010) im Rahmen einer Qualitätserhebungsstudie fest, dass 22 Prozent der analysierten Gutachten qualitativ ungenügend waren, wobei die wesentlichen Mängel nicht nur in der versicherungsmedizinischen Diskussion und in einer insuffizienten Begründung der Schlussfolgerungen lagen, sondern auch aus medizinisch-handwerklichen Fehlern wie einer unvollständigen

digen Befunderhebung oder gar dem Fehlen von klinischen Untersuchungen bestanden (Gyr 2010).

Zur *Gewährleistung der fachlichen Qualität*, und dies zeigten die Experteninterviews deutlich, ist ein Fach- oder Spezialarztstitel nur auf den ersten Blick ausreichend. Vielmehr müssen diese fachärztlichen Kenntnisse durch fachspezifische klinische Erfahrungen sowie eine vertiefte Kenntnis unter anderem der hiesigen Therapieleitlinien und sozialmedizinischen Verhältnisse ergänzt werden. Eine fachspezifische Qualitätskontrolle stützt sich deshalb beispielsweise auf Super- und Intervisionen, fachspezifische Fortbildungen (für eidgenössische FMH-Titelträger klar reglementiert und mittels eines Fortbildungsdiploms zu bestätigen³⁸) und auf das Vieraugenprinzip (vgl. Kap. 3.1.1).

I Fallbezogene Qualitätssicherung und konstruktives Feedback durch IVST/RAD

In Bezug auf die versicherungsmedizinische und fachspezifische Qualitätsüberprüfung sind vor allem die RAD (vgl. Art. 59 IVG) zuständig, deren Aufgabe es ist, fachlich mangelhafte Gutachten durch Rückfragen, Nachbesserungen oder auch durch ergänzende Begutachtungen zu verbessern.

An dieser Stelle soll darauf verwiesen werden, «dass auch ein nach allen Qualitätsleitlinien erstelltes Gutachten allein noch nicht unbedingt bewirken kann, dass derjenige Sachverhalt als massgebend betrachtet wird, der im Gutachten als zutreffend bezeichnet wird» (Kieser 2016). Die medizinisch-wissenschaftlichen Anforderungen an ein Gutachten können nicht allein auf die Anforderungskriterien – unabhängig davon, ob diese von Mediziner/-innen oder von Juristen/-innen formuliert werden – reduziert werden.

Die gegenwärtigen implementierten Überprüfungen durch den RAD können allerdings einen fahrlässig-mangelhaften Untersuchungsablauf nicht zuverlässig ausschliessen, da in der Regel nur die von dem/der Gutachter/-in formulierten Gutachtenberichte zur Verfügung stehen. Es kann an dieser Stelle eine Analogie zur Behandlungstätigkeit hergestellt werden, bei der eine gute Berichterstattung bzw. Dokumentation zwar ein Qualitätskriterium sein kann und auch rechtlich gefordert wird, allerdings für sich allein keineswegs eine gute Behandlungsqualität gewährleistet. Vielmehr müssen neben der formalen Seite (Berichterstattung, hinreichende Qualifikation und Spezialisierung des Arztes/der Ärztin usw.) vor allem inhaltliche Punkte, wie exakte Diagnostik und erfolgreiche Durchführung einer indizierten leitlinienkonformen Behandlung, sowie auch die subjektiven Aspekte, wie suffiziente Arzt-Patient-Kommunikation, qualitativ überzeugen (Gabel & Jansen 1997).

Eine derartig umfassende Prüfung setzt genügend Ressourcen voraus; abstellend auf die Angaben der im Rahmen der vorliegenden Untersuchung befragten Experten/-innen, werden allerdings zurzeit in einigen IVST die Gutachten nur formal, aber fachspezifisch inhaltlich nicht genau genug geprüft. Eine Entlastung kann hier durch sorgfältige Auswahl und Selektion von qualitativ gut arbeitenden Gutachtern/-innen, durch die Einführung weiterer RAD-unabhängiger und nicht fallbezogener Qualitätssicherungsmechanismen sowie durch die Sanktionierungen von mangelhaft arbeitenden Gutachterstellen und Gutachtern/-innen erfolgen. Inwieweit die RAD durch die Einführung eines sich gegenwärtig unter der Führung des BSV in der Entwicklung befindenden Instruments zur kombinierten Prüfung der formalen und inhaltlichen Qualität entlastet werden kön-

³⁸ SIWF Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (2017). Fortbildungsordnung (FBO) 25. April 2002 (letzte Revision: 28. September.2017), online unter (Zugriff 19.07.2020) https://www.fmh.ch/files/pdf19/fbo_d.pdf

nen, kann durch das Evaluationsteam zum Zeitpunkt der Abfassung des vorliegenden Berichts noch nicht abschliessend beurteilt werden.

I Widersprüche zwischen divergierenden Anforderungen

Im Folgenden sollen einige Widersprüche zwischen einzelnen der oben genannten Anforderungen ausgeführt werden. Diese können aus Sicht des Evaluationsteams nur durch eine Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren aufgelöst werden.

Zum Beispiel steht zurzeit die Rechtspraxis im Widerspruch zu den fachlichen Qualitätsanforderungen. So wird davon ausgegangen, dass für die Aussagekraft eines Gutachtens nicht die Dauer der Untersuchung von zentraler Bedeutung ist, sondern vielmehr, ob der Untersuchungsbericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. Urteil 9C_664/2009 vom 6. November 2009). Zusätzlich können die festgestellten Mängel in Bezug auf die Einhaltung der Qualitätsleitlinien gemäss Rechtsprechung den Beweiswert der Expertise nicht zwangsläufig schmälern, da «weder Gesetz noch Rechtsprechung [...] den Psychiatern eine Begutachtung nach den entsprechenden Richtlinien (vorschreiben)». «Ein Gutachten verliert nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an die erwähnten Qualitätsrichtlinien anlehnt» (Urteil 9C_273/2018 vom 28. Juni 2018). Die letztgenannte Feststellung widerspricht den in der Medizin üblichen Qualitätsanforderungen. Auch wenn das Abweichen von den Leitlinien, in deren Kenntnis, durchaus zulässig ist, muss ein solches Vorgehen explizit begründet werden und sollte nicht willkürlich erfolgen. Aus Sicht des Evaluationsteams begünstigt die geltende Rechtsprechung die Selektion bzw. die finanzielle Bevorteilung von Gutachtern/-innen, welche die Versicherten eher kurz untersuchen und Expertisen formulieren, die aus medizinischer Sicht möglicherweise mangelhaft sind und die Kommunikation zwischen den Gutachtern/-innen und den Versicherten dysfunktional gestalten, obwohl sie formaljuristisch den Anforderungen entsprechen.

Trotz der von medizinischer und juristischer Seite formulierten formalen und zum Teil inhaltlichen Kriterien blieb die Kritik an der inhaltlichen Qualität der Gutachten in den letzten Jahren bestehen: Analog zu der bereits oben zitierten Qualitätserhebung geht das Evaluationsteam auch aktuell davon aus, dass die meisten Gutachten den formalen juristischen Kriterien und Anforderungen zwar genügen, jedoch – so die Äusserungen von RAD-Ärztinnen und -Ärzten, Behandelnden und Versicherten – zum Teil inhaltliche Zweifel an der Beurteilung bestehen bleiben (Brühlmeier & Disler). Ähnliche Angaben wurden auch von den im Rahmen dieser Evaluation befragten Experten/-innen, insbesondere im Bereich der Psychiatrie, gemacht. Die Gründe hierfür sind sicherlich vielschichtig, könnten aber in fachlichen Mängeln der Begutachtung, insbesondere einer Missachtung der Leitlinien, und auch in einer insuffizienten Kommunikation zwischen Probanden und Sachverständigen zu suchen sein. Erwähnenswert erscheint, dass einige basale Aspekte der gutachterlichen Beziehungsgestaltung in den gültigen Leitlinien ausgeführt werden, jedoch in einem schriftlichen Bericht, wenn überhaupt, nur ansatzweise dargestellt werden können.

Neben einer dysfunktionalen Kommunikation, auch über die Grenzen der gutachterlichen Kompetenz im Leistungsverfahren hinweg, ist insbesondere eine zu kurze Untersuchungszeit ein häufig kritizierter Mangel vor allem im Bereich psychiatrischer Untersuchungen. Hier sind drei Aspekte zu betonen: Einerseits resultiert die (zu) kurze Untersuchungszeit aus der zum Teil pauschalen Entlohnung der Gutachter/-innen. Eine kürzere Untersuchungsdauer resultiert damit einerseits in einer Steigerung des erzielbaren Stundenlohns und andererseits in der Möglichkeit, mehrere Untersuchungen an einem Tag durchzuführen. Eine Einhaltung der geltenden Leitlinien bezüglich der Abklärungstiefe ist bei solchen Fehlanreizen nicht zu erwarten. Zudem kann ein stark einseitig struktu-

rierter Explorationsstil innert kurzer Zeit den notwendigen gutachterlichen Beziehungsaufbau zum Probanden ungünstig tangieren, der – z.B. durch die Einführung von offenen Fragen, die Repetition und Zusammenfassung von Aussagen, das Zeigen von emotionaler Beteiligung (sofern aus der neutralen Haltung zulässig) usw. – die notwendige Basis für eine vertrauensvolle Untersuchung erst entstehen lässt.

3.3.2 Empfehlungen aus Sicht der Evaluation

I E8 Fachliche und formaljuristische Anforderungen an Gutachtensqualität mittels Qualitätszirkeln weiterentwickeln

Sinnvoll ist die Bildung von interdisziplinären Qualitätszirkeln mit Juristen/-innen, Mitarbeitern/-innen der Verwaltung, der Versicherungsmedizin und idealerweise Klinikern, um den Abstand zwischen formellen und inhaltlichen Anforderungen zu schliessen und interdisziplinäre Anforderungskriterien für die Begutachtung zu entwickeln. Denkbar wäre, dass die Qualitätszirkel im Rahmen einer Arbeitsgruppe der neu zu schaffenden Kommission zur Qualitätssicherung stattfinden würden (vgl. E13). Unter Einbezug der Patienten- und Behindertenverbände empfiehlt es sich zudem, eine für die medizinischen und juristischen Laien bestimmte Leitlinienversion (analog zu Patientenleitlinien in der klinischen Medizin) zu erstellen, welche die Transparenz des Begutachtungsprozesses verbessern soll. Begleitet werden sollte die Massnahmen durch die regelmässige, gezielte Förderung von interdisziplinär ausgerichteter anwendungsorientierter Forschung zum Thema, deren primäres Ziel die Erarbeitung von praxisbezogenen Problemlösungen ist. Denkbar ist die Entwicklung eines spezifischen Förderungsinstruments durch den Schweizerischen Nationalfonds.

I E9 Transparenz der Begutachtung mittels Tonaufnahmen steigern

Unterschiedliche Seiten versprechen sich von der Einführung von digitalen Gesprächsmitschnitten nicht nur eine Verbesserung der Transparenz, sondern damit einhergehend auch von der Gutachtensqualität. Hierzu ist anzumerken, dass die Tonaufnahmen zwar dazu dienen werden, falsche Angaben zu Untersuchungsdauer und Abklärungstiefe leichter zu identifizieren, damit einhergehend fehlbare Gutachter/-innen zu sanktionieren und möglicherweise von dieser Form der ärztlichen Tätigkeit ganz auszuschliessen, allerdings ist diese Massnahme nicht frei von «Risiken und Nebenwirkungen». So stellt die Tonaufnahme einen erheblichen Eingriff in den Untersuchungsablauf dar und stört diesen empfindlich, indem sie sowohl das Verhalten des/-r Gutachters/-in, aber auch des/-r Versicherten beeinflusst. Zudem kann eine Tonaufnahme naturgemäss die Notwendigkeit, geltende Anforderungskriterien und Qualitätsleitlinien einzuhalten, nicht ersetzen.

I E10 Stärkung der Ausbildung von Nachwuchsgutachtern/-innen in der Schweiz

Ein Teil der Gutachten ist gezielt an SIWF-zertifizierte Weiterbildungsstätten zu vergeben, in denen Begutachtungen unter enger Supervision von erfahrenen Gutachtern/Kaderärzten erfolgen sollten. Nur auf diesem Weg kann die Ausbildung des Nachwuchses gewährleistet werden. Die gutachterliche Tätigkeit bildet neben Diagnostik und Therapie die dritte Säule der Medizin und sollte dementsprechend stärker in Aus-, Weiter- und Fortbildung verankert werden (Warnke et al. 2018). (vgl. Empfehlung E3)

I E11 Qualitätsentwicklung «on the job» weiter stärken

Nach Laubereau et al. (2018) ist dem «learning on the job» grosse Bedeutung beizumessen. Damit Gutachter/-innen ihre Tätigkeit auf die Bedürfnisse der Auftraggeber abstimmen können, sind Interaktionen der Auftraggeber mit den Gutachtern/-innen zu empfehlen. Diese können sich auf die Auftragsklärung beziehen, bedingen aber insbesondere auch ein Qualitätsmanagement, das auch gezielte Rückmeldungen an die Gutachter/-innen von RAD/IVST ermöglicht. Der persönliche Kontakt gibt den Auftragge-

bern auch die Möglichkeit, Wertschätzung zu vermitteln, was ein wichtiger Motivationsgrund für eine Tätigkeit ist. Dass hier Bedarf besteht, lässt sich aus den Freitextangaben der befragten Gutachter/-innen vermuten, die zum Teil Frustration über fehlende Anerkennung ihrer Arbeit ausdrücken. Wir empfehlen, dass das BSV die Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements schafft. Zum Beispiel sollte das BSV den IV-Stellen den Auftrag erteilen, eine Betreuung und regelmässige Schulung der Gutachter/-innen sicherzustellen. Die IV-Stellen sollten ihr Qualitätsmanagement und die Gutachterbetreuung stärken und mehr mit den Gutachtern/-innen in Kontakt treten.

Mögliche Gefässe, beispielsweise in der Zusammenarbeit mit der SIM oder anderen medizinischen Fachgesellschaften, sind dezentrale regionale fallbezogene Workshops mit Juristen/-innen und Gutachtern/-innen, Diskussionsforen sowie Vermittlung von qualifizierten Supervisionen bzw. Organisation von interdisziplinären Intervisionsgruppen.

I E12 Feedback durch Rechtsprechung stärken

Zu empfehlen ist eine «Übersetzung» und «Zusammenfassung» der für Gutachter/-innen relevanten kantonalen und höchstrichterlichen Gerichtsentscheide durch die Rechtsdienste der IVST/RAD,³⁹ kombiniert mit fallspezifischen und nicht fallspezifischen Rückmeldungen, die für Gutachter/-innen verständlich sind. Diese Informationen könnten dabei in einen allgemeinen und fachspezifischen Teil gegliedert sein und auf bereits etablierten Plattformen (SIM, SGVP, SGV) oder per Newsletter an Gutachter/-innen und Gutachterstellen disseminiert werden. Zu erwägen wäre auch eine Stärkung der medizinischen Kompetenzen von Gerichten (Canela et al. 2019), wo kantonal vorgesehen, z.B. durch den Einsatz von Fachrichtern und -richterrinnen sowie die häufigere Vergabe von Gerichtsgutachten in komplexen und strittigen Fällen.

I E13 Unabhängige Kommission für Qualitätssicherung und Zulassung einsetzen (vgl. Empfehlung 1)

Die bereits an verschiedenen Stellen der vorliegenden Evaluation erwähnte Kommission (respektive deren Geschäftsstelle) ist für die Zulassung der Sachverständigen zuständig und übt bezüglich der Qualitätssicherung folgende Aufgaben aus:

- Definition von Anforderungskriterien für die medizinische Begutachtung und für das Verfahren
- Erstellen und Auswerten von Statistiken zur Verteilung der mono-, bi- und polydisziplinären Gutachten und deren Ergebnissen (Quervergleiche, um Ausreisser zu identifizieren)
- Durchführung eines regelmässigen Peer-Reviews (Zufallsauswahl und kriteriengeleitete Auswahl, Letzteres beispielsweise bei Hinweisen aufgrund der statistischen Auswertung der Verteilung und der Ergebnisse bzw. bei Hinweisen auf Qualitätsmängel, die der Kommission seitens der IV-Stellen, Fachgesellschaften und Patienten-/Behindertenorganisationen rapportiert werden)
- Empfehlungen zur Sanktionierung (z.B. an IV-Stellen/BSV) entlang eines abgestuften Vorgehens:
 - Mahnung/Einforderung Nachbesserung
 - Auflagen zur Verbesserung der Qualität, z.B. Einsatz von externen Supervisoren/-innen,

³⁹ Denkbar ist auch der Einbezug der sozialrechtlichen Abteilungen/Lehrstühle der Rechtswissenschaftlichen Fakultäten der Schweizer Universitäten.

- Nachweis von Fortbildungsstunden
- Leistungskürzung
- Aberkennung Zulassung (vgl. Kapitel 3.1)

Somit käme es zu einer Aufgaben- und Kompetenzverschiebung *bei der Qualitätssicherung vom BSV zu einer unabhängigen Stelle.*

Abschliessend sind in der nachfolgenden Tabelle sämtliche Empfehlungen aufgelistet. Dabei wird angegeben, welche Massnahmen die Empfehlung beinhaltet, an wen sich die Empfehlung richtet und welche Priorität ihr im Hinblick auf die Umsetzung zukommt.

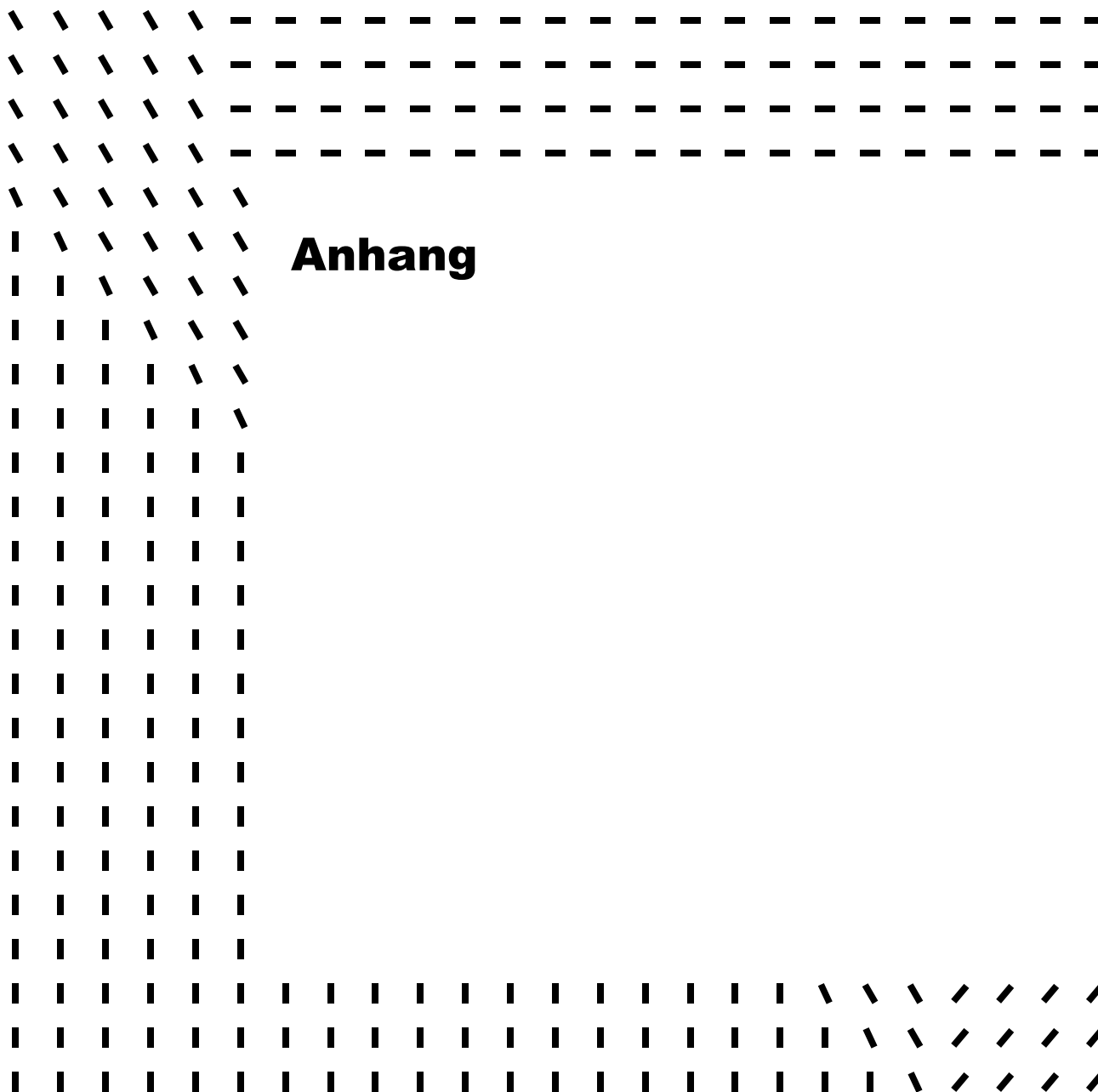
D 3.1: Überblick Empfehlungen

	<i>Empfehlung</i>	<i>Massnahmen</i>	<i>Zuständigkeit</i>	<i>Zeitpunkt (Priorität)</i>
:Zulassung (Strukturqualität)	E1 Einberufung Kommission für Qualitätssicherung und Zulassung von Gutachtern schaffen	Stelle schaffen, Mitglieder einberufen Aufgaben bezüglich Zulassung: <ul style="list-style-type: none"> - Definition verbindlicher Zulassungskriterien (vgl. E2) - Akkreditierung polydisziplinärer Gutachterstellen mit periodischen Nachprüfungen - Überwachung einer schweizweit einheitlichen Zulassung von Gutachtern/-innen durch die IV-Stellen - Führung einer Liste sämtlicher zugelassener Gutachter/-innen und Gutachterstellen und Aberkennung der Zulassung bei Nichteinhalten der Zulassungskriterien oder schwerwiegenden Qualitätsmängeln 	Bundesrat	Nach Inkrafttreten IVG-Revision
	E2 Zulassungskriterien definieren	Nachweis Fortbildungstitel Versicherungsmedizin einfordern Nachweis Praxisbezug und klinische Erfahrung einfordern Nachweis praktische klinische Tätigkeit in der Schweiz einfordern Probegutachten verbindlich einfordern Anforderungen an die Gutachterstellen definieren	Bundesrat, unabhängige Kommission für Qualitätssicherung und Zulassung von Gutachtern, vgl. E1)	Nach Inkrafttreten IVG-Revision
	E3 Attraktivität der Begutachtungstätigkeit steigern	Aus-, Weiter- und Fortbildung stärken Entlohnung anpassen	SIWF, FMH, Schweizerische Medizinische Interfakultätskommission (SMIFK), versicherungsmedizinische Akteure TARMED-Tarifpartner	Ab sofort
	E4 Entwicklung vom «Markt- zum Staat-Modell» prüfen		Unabhängige Kommission für Qualitätssicherung und Zulassung von Gutachtern	Nur ab 2025 prüfen, falls E1 bis E3 die Situation nicht verbessern

	<i>Empfehlung</i>	<i>Massnahmen</i>	<i>Zuständigkeit</i>	<i>Zeitpunkt (Priorität)</i>
Vergabe (Prozessqualität)	E5 Bestehende Vergabeprinzipien belassen, jedoch optimieren	Optimierung Zufallsauswahl bei den polydisziplinären Gutachten (Mehrfachbeschäftigung beschränken) Optimierung Einigungsverfahren bei den mono-/bidisziplinären Gutachten (Stärkung Einigungsverfahren)	Bundesrat, BSV	Ab sofort
	E6 Transparenz der Vergabe schaffen	Führen einer Liste aller Sachverständigen und Gutachterstellen, strukturiert nach Fachbereich, Anzahl jährlich begutachteter Fälle und attestierter Arbeitsunfähigkeiten Daten jährlich auswerten und publizieren (vgl. E13)	Bundesrat, BSV, IV-Stellen Unabhängige Kommission für Qualitätssicherung und Zulassung von Gutachtern	Nach Inkrafttreten IVG-Revision
	E7 Massnahmen zur Senkung der Anzahl externer Gutachten prüfen		BSV, IV-Stellen	Längerfristige Perspektive (ab 2025)
Anforderungen an Gutachten/Qualitätssicherung (Ergebnisqualität)	E8 Fachliche und formaljuristische Anforderungen an Gutachtensqualität mittels Qualitätszirkeln weiterentwickeln	Qualitätszirkel im Rahmen einer Arbeitsgruppe der neu zu schaffenden Kommission zur Qualitätssicherung Förderung von interdisziplinär ausgerichteter anwendungsorientierter Forschung	Unabhängige Kommission (Zulassungs- und Qualitätssicherungsstelle), versicherungsmedizinische Akteure SNF	Ab sofort
	E9 Transparenz der Begutachtung mittels Tonaufnahmen steigern		Bundesrat, Versicherungsträger	Nach Inkrafttreten IVG-Revision
	E10 Stärkung der Ausbildung von Nachwuchsgutachtern/-innen in der Schweiz	Durchführung von Begutachtungen unter enger Supervision von erfahrenen Gutachtern/Kaderärzten	SIWF-zertifizierte Weiterbildungsstätten	Ab sofort
	E11 Qualitätsentwicklung «on the job» weiter stärken	Fallbezogene Workshops Diskussionsforen Supervisionen/interdisziplinäre Interventionsgruppen	BSV, IV-Stellen, versicherungsmedizinische Akteure	Ab sofort
	E12 Feedback durch Rechtsprechung stärken	«Übersetzung» und «Zusammenfassung» der für Gutachter/-innen relevanten kantonalen und höchstrichterlichen Gerichtsentscheide durch die Rechtsdienste der IVST/RAD, kombiniert mit fallspezifischen und nicht fallspezifischen Rückmeldungen, die für Gutachter/-innen verständlich sind Stärkung medizinischer Kompetenzen von Gerichten	IV-Stellen/RAD; denkbar ist auch der Einbezug der sozialrechtlichen Abteilungen/Lehrstühle der Rechtswissenschaftlichen Fakultäten der Schweizer Universitäten	Ab sofort

<i>Empfehlung</i>	<i>Massnahmen</i>	<i>Zuständigkeit</i>	<i>Zeitpunkt (Priorität)</i>
E13 Unabhängige Kommission für Qualitätssicherung und Zulassung einsetzen (vgl. E1)	Stelle schaffen, Mitglieder einberufen Aufgaben bezüglich Qualitätssicherung: <ul style="list-style-type: none"> – Definition von Anforderungskriterien an die medizinische Begutachtung und an das Verfahren – Erstellen und Auswerten von Statistiken zur Verteilung der mono-/bi- und polydisziplinären Gutachten und deren Ergebnissen – Durchführung eines regelmässigen Peer-Reviews (Zufallsauswahl und kriteriengeleitete Auswahl), Empfehlungen zur Sanktionierung entlang eines abgestuften Vorgehens 	Bundesrat	Nach Inkrafttreten IVG-Revision

Quelle: Interface/Universität Bern



A 1 Dokumente und Literatur

I Literaturverzeichnis (alphabetisch):

Auerbach, H.; Bollag, Y.; Eichler, K.; Gyr, N.; Imhof, D. & Stöhr, S. (2011). MGS Medizinische Gutachtensituation in der Schweiz: «Studie zur Einschätzung der Marktsituation und zur Schaffung von Markttransparenz und Qualitätssicherung». Schlussbericht, 6. Mai 2011. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Winterthur & Academy of Swiss Insurance Medicine, Basel.

Boardman, J., Grove, B., Perkins, R., & Shepherd, G. (2003). Work and employment for people with psychiatric disabilities [Editorial]. *The British Journal of Psychiatry*, 182(6), 467–468.

Brühlmeier Rosenthal, D. & Disler W. (2019). Wer «betrügt» hier wen? *Schweizerische Ärztezeitung SAeZ*, 100(7), 221–224.

BSV Bundesamt für Sozialversicherungen, Geschäftsfeld Invalidenversicherung, Rechtsdienst (2013). Auftragsvergabe und Zufallsprinzip. SuisseMED@P. BSV, Bern.

BSV Bundesamt für Sozialversicherungen, Geschäftsfeld Invalidenversicherung, Verfahren und Rente (2015^a). IV-Rundschreiben Nr. 334 : Neues Beweisverfahren zur Abklärung psy-chosomatischer Leiden (Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015). BSV, Bern.

BSV Bundesamt für Sozialversicherungen, Geschäftsfeld Invalidenversicherung, Verfahren und Rente (2015^b). IV-Rundschreiben Nr. 339 : Auftrag für ein medizinisches Gutachten in der Invalidenversicherung. BSV, Bern.

BSV Bundesamt für Sozialversicherungen, Geschäftsfeld Invalidenversicherung (2016^a). Konzept zur Verbesserung der Qualität und Verlässlichkeit medizinischer Beurteilungen und Begutachtungen in der IV. BSV, Bern.

BSV Bundesamt für Sozialversicherungen, Geschäftsfeld Invalidenversicherung (2016^b). Vereinbarung zwischen dem BSV und Gutachterstelle xy, [inkl.] Kriterien für die Durchführung von polydisziplinären (medizinischen) Gutachten zur Beurteilung von Leistungsansprüchen in der Invalidenversicherung. BSV, Bern.

BSV Bundesamt für Sozialversicherungen, Geschäftsfeld Invalidenversicherung (2017^a). Die neue Gutachtensstruktur in der Invalidenversicherung – Erläuterungen und Erwartungen. BSV, Bern.

BSV Bundesamt für Sozialversicherungen, Geschäftsfeld Invalidenversicherung (2017^b). Gesamtbericht IV-Stellen-Audits 2017. BSV, Bern.

BSV Bundesamt für Sozialversicherungen (2018^a). Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) Stand: 1.1.2018. BSV, Bern.

BSV Bundesamt für Sozialversicherungen, Geschäftsfeld Invalidenversicherung (2018^b). SuisseMED@P Reportings 2018. BSV, Bern.

Canela, C., Buadze, A., Dube, A., Jackowski, C., Pude, I., Nellen, R., Signorini, P. & Liebreuz, M. (2019). How Do Legal Experts Cope With Medical Reports and Forensic Evidence? The Experiences, Perceptions, and Narratives of Swiss Judges and Other Legal Experts. *Frontiers in psychiatry*, 10(art. 18).

Canela, C., Schleifer, R., Jeger, J., Ebner, G., Seifrietz, E. & Liebreuz Rosenstock, M. (2015). Die invalidenversicherungsrechtliche Begutachtung in der Schweiz vor dem Hintergrund der letzten Gesetzesrevision und neueren Rechtsprechung. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 9(2), 106–116.

Cording, C. (2014). Zur Qualitätssicherung zivilrechtlicher Begutachtungen. *Forensische Psychiatrie. Psychologie, Kriminologie*, 8(1), 3–9.

DRV Deutsche Rentenversicherung (2013). Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung. Manual zum Peer Review-Verfahren (Überarbeitete Fassung, Stand August 2018). DRV, Berlin.

Ebner, G. (2018). ICF und Begutachtung in der Psychiatrie. *MEDINFO* 1/2018.

EFK Eidgenössische Finanzkontrolle (2015). Fachliche, administrative und finanzielle Aufsicht über die IV-Stellen. Bundesamt für Sozialversicherungen. EFK, Bern.

Fischer, S., Koller, D. & Wiederkehr, R. (2018). Das externe Gutachtenverfahren in der Sozialversicherung : empirische Ergebnisse und Regelungsmodelle. Stämpfli Verlag, Bern.

Foerster, K. & Winckler, P. (2009). Forensisch-psychiatrische Untersuchung, in: Venzlaff, U. & K. Foerster (Hrsg.), *Psychiatrische Begutachtung : ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen* (5., neu bearb. u. erw. Aufl.), S. 17–33. Elsevier, Urban & Fischer, München.

Gächter, T., & Meier, M. E. (2016). Rechtsprechung des Bundesgerichts im Bereich der Invalidenversicherung. Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge SZS, 4/2018, S. 414–447.

Gaebel W. & Jansen B. (1997). Qualitätssicherung in der Psychiatrie, in: Ekkernkamp, A. & Scheibe, O. (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Medizin : Handbuch für Klinik und Praxis* (Erg.-Lfg. 1). ecomed Medizin, Landsberg am Lech

Girón, S. (2019). Art. 44 E-ATSG – die Chance nutzen!, in: *Jusletter* vom 16. September 2019.

Guggisberg, J., Stocker, D., Dutoit, L., Becker, H., Daniel, H., & Mosimann, H.-J. (2015). Der Abklärungsprozess in der Invalidenversicherung bei Rentenentscheiden: Prozesse, Akteure, Wirkungen : Schlussbericht : Bericht im Rahmen des Forschungsprogramms zur Invalidität und Behinderung (FoP2-IV) (Reihe: *Beiträge zur sozialen*

Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 4/15). Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, Bern.

Gyr, N. (2010). Gutachtenqualität in der Schweiz. Ergebnisse einer Studie, in: Murer, E. (Hrsg.), *Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Begutachtung : Medizin zwischen dem Hammer der Anwaltschaft und dem Amboss der Versicherer* (Freiburger Sozialrechtstage 2010), S. 227–239. Stämpfli, Bern.

Hoffmann-Richter, U., Jeger, J. & Schmidt, H. (2012). *Das Handwerk ärztlicher Begutachtung : Theorie, Methodik und Praxis*. W. Kohlhammer, Stuttgart.

Jeger J. (2015). Die neue Rechtsprechung zu psychosomatischen Krankheitsbildern. Eine Stellungnahme aus ärztlicher Sicht. *Jusletter* vom 13. Juli 2015.

Kieser, U. (2020). Gutachten im Sozialversicherungsrecht: Art. 44 ATSG in Revision. Zürich (noch nicht publiziert).

Kieser, U. (2016). Der Beitrag der Leitlinien zur Qualitätssicherung und Verteilungsgerechtigkeit aus Sicht eines Rechtsvertreters. *Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge SZS*, 5/2016, 516–524.

Kocher R. & Hermelink, M. (2017). Medizinische Beurteilung und Begutachtung in der IV. *Soziale Sicherheit CHSS* Nr. 4/2017, 41–45.

Kunz, R., von Allmen, D. Y., Marelli, R., Hoffmann-Richter, U., Jeger, J., Mager, R., Colomb, E., Schaad, H. J., Bachmann, M., Vogel, N., Busse, J. W., Eichhorn, M., Bänziger, O., Zumbunn, T., de Boer, W. E. L., & Fischer, K. (2019). The reproducibility of psychiatric evaluations of work disability: two reliability and agreement studies. *BMC Psychiatry*, 19(1), 205.

Laubereau, B., Müller, F., Hanimann, A. & Balthasar, A. (2018). Ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung der medizinischen Gutachterinnen und Gutachter. Schlussbericht zuhanden des Bundesamts für Sozialversicherungen (Reihe: *Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 5/18*). Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, Bern.

Liebrenz, M., Kieser, U. & Schleifer, R. (2018). Entscheidbesprechung [...] – [von zwei Fällen:] Bundesgericht, I. sozialrechtliche Abteilung, 8C_841/2016 vom 30. November 2017, IV-Stelle des Kantons Zürich gegen A., sowie 8C_130/2017 vom 30. November 2017, A gegen IV-Stelle des Kantons Aargau, Strukturiertes Beweisverfahren bei Invalidität, Ausdehnung der Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 auf alle psychischen Beeinträchtigungen. *Aktuelle Juristische Praxis AJP/Pratique Juridique Actuelle PJA* 18(3), 379–83.

Linden, M. (2013). Handwerkliche Aspekte der sozialmedizinischen Begutachtung bei psychischen Störungen. *Die Rehabilitation* 52(6), 412–22.

Ludwig C. A. (2013). Auswahlkriterien der Suva für medizinische Gutachter. *Suva Medical*, 2013, S. 103–105.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Group, T. P. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine*, 6(7), e1000097.

- Riemer-Kafka, G. (Hrsg.) (2017). *Versicherungsmedizinische Gutachten : ein interdisziplinärer juristisch-medizinischer Leitfaden* (dritte, vollst. überarb. u. erg. Aufl.). Stämpfli Verlag AG & EMH Media, Bern & Basel.
- Sachs, J., Habermeyer, E. & Ebner, G. (2014). Qualifizierung und Qualitätskontrolle in der forensischen Psychiatrie – die aktuelle Situation in der Schweiz. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 8(1), 34–40.
- Schleifer, R., Jeger, J., Canela, C., Ebner, G., Seifritz, E., & Liebreuz Rosenstock, M. (2014). Abklärungstiefe psychiatrischer Gutachten – Profondeur d’analyse de l’expertise psychiatrique. *InFo Neurologie und Psychiatrie*, 12(6), 30–35.
- Soltermann, B. & Ebner, G. (2018). Ausbildung der medizinischen Gutachter und Qualität der Gutachten. *Bulletin des médecins suisses*, 99(42), 1466–1468.
- Soltermann, B. & Ebner, G. (2018). Position der SIM zur BSV-Studie: Ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung der medizinischen Gutachterinnen und Gutachter (8. Fortbildungskurs 2018 für SIM Gutachter & Interessierte). Swiss Insurance Medicine SIM, Steinhausen.
- Soltermann, B. (2019). Medizinische Begutachtung in der Schweiz (3., überarb. u. aktualisierte Aufl.). Swiss Insurance Medicine SIM, Steinhausen.
- Soltermann, B (2016): Versicherungen und medizinisches Gutachterwesen in der Schweiz, in: Ludolph Schürmann Gaidzik – Kursbuch der ärztlichen Begutachtung – 42. Erg.-Lfg. 6.
- Stadtland, C., Kainz, W. J., & Nedopil, N. (2013). Vermeidbare Fehler bei sozialmedizinischen Gutachten. *Die Psychiatrie*, 10(3), 195–201.
- Ustün, T. B., Chatterji, S., Bickenbach, J., Kostanjsek, N., & Schneider, M. (2003). The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disability and Rehabilitation*, 25(11–12), 565–571.
- Warnke, I., Gamma, A., Buadze, A., Schleifer, R., Canela, C., Rüschi, N., Rössler, W., Strebel, B., Tényi, T., & Liebreuz, M. (2018). Status quo of German-speaking medical students’ attitudes toward and knowledge about central aspects of forensic psychiatry across four European countries. *International Journal of Law and Psychiatry*, 58, 9–16.
- I** Unterlagen BSV/SuisseMED@P/IV-Stellen (chronologisch):
- Kocher, Ralf (2012): Polydisziplinäre Begutachtung in der Invalidenversicherung. In: Soziale Sicherheit CHSS 4/2012. Seiten 236–238
- BSV (2012): Polydisziplinäre Begutachtung in der IV: Qualitätssicherung, Unabhängigkeit, faire Verfahren; Bern.
- BSV (2013): Auftragsvergabe und Zufallsprinzip SuisseMED@P, (19.03.2013)
- Kocher, R. (2015). Ressourcenorientierte Abklärungen – Bundesgerichtsurteil als Chance für die IV. *Soziale Sicherheit CHSS*, Nr. 5/2015, 279–81.
- BSV (2015). IV-Rundschreiben Nr. 339 : Auftrag für ein medizinisches Gutachten in der Invalidenversicherung

BSV (2015). IV-Rundschreiben Nr. 334 : Neues Beweisverfahren zur Abklärung psychosomatischer Leiden (Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015). Bern

BSV (2016). Konzept zur Verbesserung der Qualität und Verlässlichkeit medizinischer Beurteilungen und Begutachtungen in der IV

BSV (2016). Vereinbarung zwischen dem BSV und Gutachterstelle xy, inkl. Kriterien für die Durchführung von polydisziplinären medizinischen Gutachten zur Beurteilung von Leistungsansprüchen in der IV (Stand 2016)

Messi, Michaela; Leuenberger Ralph (2016): Massnahmen gegen begrenzte Gutachterkapazitäten, SuisseMED@P; in: Soziale Sicherheit CHSS4/2016.

Leitlinien der Fachgesellschaften:

- Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP; 2016.
- Leitlinien für die rheumatologische Begutachtung der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie; 2016.
- Leitlinien für die orthopädische Begutachtung von Swiss Orthopaedics, 2017.

Gesamtbericht IV-Stellen-Audits 2017, 2015 und 2014

BSV (2017) Die neue Gutachtensstruktur in der Invalidenversicherung – Erläuterungen und Erwartungen

Kocher R. & Hermelink, M. (2017). Medizinische Beurteilung und Begutachtung in der IV. *Soziale Sicherheit CHSS* Nr. 4/2017, 41–45.

Kocher, R. (2017). Vereinheitlichung der Gutachtensaufträge, der Gutachtensstruktur und der Fragestellung im Begutachtungswesen der IV (Präsentation, internes Dokument).

BSV: Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) Stand 1.1.2018

SuisseMED@P-Reportings 2013-2018

Deutsche Rentenversicherung DRV (2013): Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung. Manual zum Peer Review-Verfahren; Berlin. (Stand 2018)

Statistische Angaben zu Verteilung der Aufträge (polydisziplinäre Gutachten, nach Fachdisziplin, IV-Stelle, Sprache, Fristverlängerungen und Verzug, Verhältnis benötigter zu den verteilten Fachdisziplinen, SuisseMED@P 2019

Qualitätssicherung der versicherungsmedizinischen Begutachtung. Manual zum Peer Review-Verfahren. Überarbeitung durch eine Expertengruppe im Auftrag der Eidg. Invalidenversicherung 2020

Übersicht über alle zugelassenen Gutachterstellen (Stand 2020)

Sammlung aller Infoschreiben (2012-2020) an Gutachterstellen, IV-Stellen, Gerichte / Briefwechsel BSV – Kanton Tessin/Gericht, Kanton Genf

Feedbackformular von SuisseMED@P

Screenhots zur Meldestelle zu IV-Gutachten (Inclusion Handicap); unabhängige Stelle

I Parlamentarische Vorstösse:

IV-Gutachten. Verfahrensfairness, Transparenz und Ergebnisoffenheit in der Kritik (Interpellation vom 01.12.2015, 15.4093)

Qualitätssicherung bei Rentenanpassungen infolge von somatoformen Schmerzstörungen (Interpellation vom 30.05.2017, 17.3366)

Wirtschaftliche Abhängigkeit der Gutachterinstitute (Interpellation vom 14.03.2018, 18.3188)

IV. Polydisziplinäre Gutachten und Qualitätssicherung (Frage vom 30.05.2018, 18.5276)

Corela-Affäre. Was sind die Folgen für betroffene Versicherte? (Interpellation vom 16.03.2018, 18.3333)

Affäre Corela und gefälschte Gutachten. Was macht der Bundesrat? (Frage vom 18.09.2018, 18.5526)

Erteilung von Aufträgen an polydisziplinäre Gutachterstellen durch die Invalidenversicherung (Frage vom 13.03.2019, 19.5215)

Hochproblematische IV-Gutachten (Interpellation vom 20.12.19, 19.4623)

Polydisziplinäre IV-Gutachten. Kriterien für die Anerkennung von Gutachten (Interpellation vom 20.12.19, 19.4592)

Klärung des Vorgehens bei der Überprüfung des Bereichs der IV-Gutachten (Interpellation vom 20.12.19, 19.4593)

IV-Gutachten. Ist eine Zufallsauswahl die Lösung? (Interpellation vom 18.12.19, 19.4469)

Jusqu'où un expert de l'AI peut-il aller? (Interpellation vom 19.12.19, 19.4498)

Wie passen Wunderheilungsglaube und polydisziplinäre IV-Gutachtertätigkeit zusammen? (Interpellation vom 19.12.19, 19.4481)

Fehlentwicklungen im IV-Gutachterwesen korrigieren (Interpellation vom 19.12.19, 19.4513)

I Gesetzliche Grundlagen, Rechtsprechung (ab 2015):

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung

Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV)

Revision ATSG, neuer Art. 44

BGE 125 V 351 vom 14. Juni 1999

BGE 137 V 210 vom 28. Juni 2011

BGE 139 V 349 vom 3. Juli 2013

BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015

BGE 142 V 551 vom 19. August 2016

A 2 Liste der angefragten und befragten Expertinnen und Experten

DA 1: Interviewpartner/-innen			
	<i>Personen</i>	<i>Funktionen</i>	<i>Bemerkungen</i>
1	Ralf Kocher	Fürsprecher, Leiter Bereich Verfahren und Rente, Geschäftsfeld IV, BS	
2	IV-Stelle SG/RAD Ostschweiz: Patrick Scheiwiller Dr. med. Jürgen Böhler	Leitung IV-Stelle, Jurist Leitung RAD, zertifizierter Gutachter SIM	Gruppengespräch
3	Office AI VD/SMR Service médical régional : Boris Petermann Dr. Laetitia Nauroy	Directeur adjoint AI VD, juriste SMR Suisse Romande	Zwei Einzelgespräche
4	Office AI pour les assurés résidant à l'étranger OAIE: Alexandre Emmanouilidis Dr. Stefania Sereni-Keller Dr. med. Kyran Latter, Amanda Verly	Office AI pour les assurés résidant à l'étranger OAIE, Chef du domaine des services spécialisés, juriste SMR – Assurés à l'étranger/Médecine générale – Médecine physique et réadaptation service médical Psychiatre, service médical Juriste rattachée au service médical de l'OAIE	Gruppengespräch
5	Dr. med. Bruno Soltermann	Facharzt für Chirurgie Chefarzt Schweizerischer Versicherungsverband Vizepräsident der Medizinaltarif-Kommission UVG Mitglied diverser medizinischer Fachgesellschaften	
6	Dr. med. Josef Grab	Chefarzt Versicherungsmedizin der Suva	
7	Dr. iur. Hans-Jakob Mosimann	Richter Kanton Zürich	
8	Dr. med. Simon Pagin	Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur Président ARPEM	
9	Dr. med. Gerhard Ebner	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Psychiatrische Praxis Vorstandsmitglied Schweizerische Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie SGVP Vorstandsmitglied Institut für Psychoanalyse IfP Mitglied diverser medizinischer Fachgesellschaften	
10	Yvonne Bollag	Juristin, Leitung asim Begutachtung Universitätsspital Basel Vorstand MEDAS Verband Schweiz Vorsitzende Fachgruppe Juristen und Juristinnen SIM Mitglied Studienleitung MAS Versicherungsmedizin Uni Basel	
11	Prof. Dr. med. Regina Kunz	Professorin für Versicherungsmedizin, Internistin und Klinische Epidemiologin, Evidence-based Insurance Medicine, Forschung & Bildung Universität Basel, Funktionsorientierte Begutachtung	

	<i>Personen</i>	<i>Funktionen</i>	<i>Bemerkungen</i>
12	Dr. med. Andreas Klipstein	Facharzt für Rheumatologie Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation AEH AG-Zentrum für Arbeitsmedizin/Leiter Medizin Lehrbeauftragter Medizinische Fakultät, Universität Zürich Vorstand SGPMR IG Ergonomie SAR	
13	Dr. med. Isabelle Gabellon (ehemals BEM)	Spécialiste en médecine interne et rhumatologie Ancien médecin chef du BEM-Vevey, Bureau interdisciplinaire d'Expertises Médicales Ancienne présidente de l'ARPEM (Association romande des praticiens en expertises médicales)	
14	Prof. Dr. rer. nat. Hennric Jokeit	Habilitation an der Universität Zürich für das Fachgebiet Neuropsychologie, Leiter des Instituts für neuropsychologische Diagnostik und Bildgebung am Schweizerischen Epilepsie-Zentrum Zertifizierter neuropsychologischer Gutachter SIM	
15	Prof. Dr. iur. Thomas Gächter	Lehrstuhl für Staats-, Verwaltungs- und Sozialversicherungsrecht Universität Zürich.	
16	Dr. med. Thomas Ihde-Scholl	Facharzt für Psychiatrie und Neurologie (ABPN), Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (FMH), Chefarzt Psychiatrie der Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG Präsident der Stiftung Pro Mente Sana	
17	Petra Kern	Rechtsanwältin, Abteilungsleitung Sozialversicherungen, Inclusion Handicap, Unabhängige Meldestelle zu IV-Gutachten	
18	Prof. Dr. iur. Ueli Kieser	Rechtsanwalt, Titularprofessor für Sozialversicherungsrecht und öffentliches Gesundheitsrecht an der Universität St. Gallen und stellvertretender Direktor am Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis (IRP-HSG).	
19	Dr. med. Fulvia Rota	Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie Vorstandsmitglied FMPP/SGPP – Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie	
	Dr. med. Christoph Bosshard	Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates Vizepräsident FMH Leitender Arzt Versicherungsmedizin Suva, Lehrauftrag für Versicherungsmedizin Universität Bern	Angefragte Person hat abgesagt
	Prof. Dr. iur. Gabriela Riemer-Kafka	Langjährige Rechtsberatungs-, Lehr-, Forschungs- und Redaktionstätigkeit auf den Gebieten Sozialversicherungs- und Arbeitsrecht .	Angefragte Person hat abgesagt

A 3 Leitfaden für die Gespräche mit den Expertinnen und Experten

Informationen zur befragten Person (Rolle/Funktion bzgl. Prozess der Begutachtung, seit wann Tätigkeit im Bereich des Versicherungswesens/Begutachtung):

Fragblock 1: Zulassung von Gutachter/innen und Gutachterstellen

A. Darlegung Status quo (dieser wird kurz in Stichworten erläutert)

Polydisziplinäre Gutachten:

- Vereinbarung zwischen BSV und Gutachterstelle mit Kriterien: Gutachterstelle garantiert Unabhängigkeit und Unparteilichkeit, und dass fachliche, organisatorischen und formelle Voraussetzungen erfüllt sind
- Checkliste für die Anerkennung von Gutachterstellen (Kriterien entlang der Vereinbarung zwischen BSV und Gutachterstelle)
- Prüfung Einhaltung durch BSV Geschäftsfeld IV anhand Checkliste
- Gutachterstellen: Die Gutachterstelle garantiert die in der Vereinbarung festgehaltenen Kriterien, sie ist gegenüber dem BSV aber nicht weisungsgebunden.

Mono/bi-Gutachten:

- Keine einheitlichen Zulassungskriterien und deren Überprüfung durch die IVST/RAD ausser eidgenössischen Facharzttitel oder aber eine äquivalente Qualifikation aus dem Ausland, die in der Schweiz anerkannt wurde (Gericht anerkennt nur solche Gutachter/innen).
- Deutliche Unterschiede/keine einheitliche Praxis der IVST/RAD bei der Prüfung der Qualität der Gutachter/innen: z.T. Gutachterlisten mit Kennwerten wie Zuverlässigkeit (Fristeinhaltung), Auslastung; Probegutachten bei neuen Gutachter/innen; Bewerbungsgespräche
- Neuer Art. 44 ATSG. Abs. 6: Bundesrat soll für Sachverständige, welche mono-, bi und polydisziplinäre Gutachten erstellen Zulassungskriterien erlassen, deren Inhalt von einer unabhängigen Kommission zu überwachen sind.

Präziserungsfragen /Klärungsfragen zum Status quo:

1. Wie läuft genau die Prüfung der Zulassungskriterien bei *polydisziplinären* Gutachten durch das BSV ab? Was passiert bei Nicht-Einhalten/Fehlverhalten? Welches ist genau die Rolle und Zuständigkeit des BSV (*nur BSV*).
2. Welche Zulassungskriterien wenden die IVST/RAD bei *mono/bidisziplinären* Gutachten an und wie überprüfen sie diese? Welches ist genau die Rolle und Zuständigkeit der IVST/RAD (*nur IVST/RAD, BSV*)
3. Welche Qualitätskontrolle der Qualifikation der Gutachter/innen erfolgt durch die Gutachterstelle? Was passiert bei Nicht-Einhalten/Fehlverhalten? (*nur Gutachterstellen, BSV*)

B. Beurteilung status quo und Optimierungsvorschläge

4. 4.1. Reichen die momentan definierten Zulassungskriterien für Gutachterstellen und Gutachter/innen aus? Was sind allenfalls die Herausforderungen? Was müsste ergänzt/geändert/verschärft werden aus Ihrer Sicht? (dies auch im Vergleich zu den Zulassungskriterien bei anderen Auftraggebenden von Gutachten, wie Versi-

cherungen, Gerichte; kurz von den entsprechenden Vertretern erläutern lassen, wie es da abläuft)

4.2 Welchen Stellenwert messen Sie im Hinblick auf die Zulassung/Anerkennung von Fachärztinnen oder Fachärzten als Gutachter oder Gutachterinnen den folgenden, versicherungsmedizinischen Bildungsausweisen zu? Müsste einer/mehrere dieser Bildungsausweisen vorausgesetzt werden?

- *Master of Applied Sciences in Versicherungsmedizin (MASIM, Universität Basel)*
- *Zertifikat Medizinischer Gutachter (SIM)*
- *Zertifikat Arbeitsfähigkeitsassessor ZAFAS (SIM)*
- *Fähigkeitsausweis Vertrauensärztin/Vertrauensarzt (SGV, FMH)*
- *Weitere?*

4.3 Stellungnahme zu folgendem Kritikpunkt, welche in der öffentlichen Diskussion erwähnt wird/welche Optimierungsmöglichkeiten sehen sie diesbezüglich?:

- *Kritik an sogenannten «Fluggutachten» durch ausländische Ärzte, fehlende Vertrautheit mit den hier geltenden mit den (versicherungs-)medizinischen Anforderungen.*
- *Welche Möglichkeiten stehen Ihnen zur Verfügung um "Fluggutachter" zu identifizieren? (nur IVST/RAD, andere Auftraggeber)*
- *Sind Sie in ihrer persönlichen beruflichen Erfahrung schon einmal auf ein Gutachten eines Fluggutachters gestossen? Woran haben Sie dies festgemacht? Wie sind sie mit dieser Feststellung umgegangen? (bzw. wie wurde in ihrer Institution mit dieser Feststellung umgegangen? (nur IVST/RAD, andere Auftraggeber)*

5. Werden die Zulassungskriterien (und damit die Qualifikation der Gutachter/innen) in der Praxis aus Ihrer Sicht ausreichend geprüft? Was sind allenfalls die Herausforderungen? Was müsste verbessert werden?
6. Sind die Rollen und Zuständigkeiten zwischen den beteiligten Akteuren (IVST/RAD; BSV, Gutachterstellen) sachgerecht festgelegt? Müssten/könnten auch andere, event. neue Organisationen/Akteure gewisse Aufgaben und Verantwortungen übernehmen und z.B. das BSV aus gewissen Aufgaben, Verantwortungen entlassen (z.B. Fachgesellschaften, SIM)? Reichen die Sanktionierungsmöglichkeiten aus? Was sind die Herausforderungen? (z.B. BSV als Auftraggeberin und Aufsichtsbehörde) Was müsste verbessert werden?
7. 7.1 Geplant ist, dass künftig der Bundesrat die Zulassungskriterien definiert (Einsetzung unabhängige Kommission)? Welche Zuständigkeit sollte diese Kommission im Bereich der Zulassung von Gutachter/innen und Gutachterstellen und deren Prüfung haben?
7.2 Wie sollte diese Kommission zusammengesetzt sein?
8. Gibt es weitere Optimierungsvorschläge hinsichtlich der Zulassung von Gutachter/innen und Gutachterstellen aus Ihrer Sicht?

Fragblock 2: Vergabe von Gutachten (Prozessqualität)

A. Darlegung status quo (dieser wird kurz in Stichworten erläutert)

Polydisziplinäre Gutachten werden seit 2012 nach dem Zufallsprinzip vergeben.

Mono/bi-Gutachten werden weiterhin direkt über die IVST vergeben. Vergabekriterien sind äusserst selten explizit schriftlich festgehalten. In den meisten Fällen handelt es sich um eine etablierte Praxis beziehungsweise um frühere Erfahrungen mit entsprechenden Gutachtern/-innen (Laubereau 2018). Gutachterlisten, z.T. Datenbanken kommen zum Einsatz.

Tarifsystem: differenzierte Abgeltung der Gutachten nach abgestuften Pauschalen

Geplant (Weiterentwicklung IV): Transparenz schaffen über Veröffentlichung Tonaufnahme; Veröffentlichung Anzahl Gutachten pro Gutachtenperson und das Resultat in Form der attestierten Arbeitsunfähigkeiten.

Präzisierungsfragen /Klärungsfragen zum Status quo:

9. Wie läuft genau die Vergabe bei den mono/bidisziplinären Gutachten ab? Welche Kriterien wenden Sie als IVST/RAD an? (nur IVST/RAD, BSV)
10. Führt Ihre Institution eine Statistik über die Vergabe von Begutachtungsaufträgen an Gutachterstellen und an Gutachter (inkl. Auftragsvolumen und Umsätze)? (nur IVST/RAD, BSV); Zahlen zur Verteilung der Gutachten: 2018 erhielten 10 Prozent der Gutachter/innen 73 Prozent des Gutachtenvolumens. Aktuelle Zahlen verfügbar? (nur BSV)
11. Publizieren Sie Statistiken zur Auftragsvergabe und/oder stellen Sie solche auf Anfrage externen Interessierten zur Verfügung? (nur IVST/RAD, BSV)
12. Tarife für mono- und bidisziplinäre Gutachten? (nur BSV)
13. Bezahlen Sie Gutachtern Marktzuschläge in Fällen, in welchen sich diese nicht bereit erklären, einen Auftrag zum offiziellen Tarif auszuführen (wenn ja: Häufigkeit, bezahlte Aufschläge)? (nur IVST/RAD, BSV)

B. Beurteilung status quo und Optimierungsvorschläge

14. 14.1 Wie beurteilen Sie die Vergabekriterien- und praxis bei den poly- wie auch bei den mono/bi Gutachten? Was sind allenfalls die Herausforderungen? Was müsste verbessert werden? (dies auch im Vergleich zum Ablauf der Vergabe bei anderen Auftraggebenden von Gutachten, wie Versicherungen, Gerichte; *kurz von den entsprechenden Vertretern erläutern lassen, wie es da abläuft*)

14.2 Stellungnahme zu folgenden Kritikpunkten, welche in der öffentlichen Diskussion erwähnt werden:

- Kritik der unausgewogenen und intransparenten Verteilung
- Kritik der weiterhin bestehenden Abhängigkeit von Gutachter/innen aufgrund Direktvergabe bei mono/bidisziplinäre Gutachten?
- Kritik an der Kombination von (Zufallszuweisungen) polydisziplinären Gutachten und Direktvergaben (mono/bidisziplinäre Gutachten)
- Kritik der Aushebelung des Zufallsprinzips mittels Bildung Verbund von mehreren Firmen

14.3 Wie beurteilen Sie folgende Optimierungsvorschläge (welche in der öffentlichen Diskussion erwähnt werden):

- Zufallsauswahl auch bei mono/bi Gutachten?
- Obergrenzen bzgl. Vergabe einführen?

- *Transparenz schaffen (über Tonaufnahme, Veröffentlichung Anzahl Gutachten pro Gutachtenperson und das Resultat in Form der attestierten Arbeitsunfähigkeiten)*
15. 15.1 Wie beurteilen Sie das Tarifsystems und den im TARMED hinterlegten Zeiteinheiten für die Erstellung von Gutachten? Vergleich zu anderen Auftraggebern (Versicherungen, Gerichte oder private Parteien)?
- 15.2 Sind Ihrer Erfahrung nach die im TARMED hinterlegten Zeiteinheiten für die Erstellung des Gutachten, Normalfall Kategorie Typ C⁴⁰ von 240 min + Untersuchungszeit für die Erstattung von mono-disziplinären Gutachten ausreichend um den Qualitätsstandards gerecht zu werden und den veröffentlichten Leitlinien (der jeweiligen Fachgesellschaften) zu entsprechen?
16. Sind die Rollen und Zuständigkeiten zwischen den beteiligten Akteuren sachgerecht festgelegt? Müssten/könnten auch andere, event. neue Organisationen/Akteure gewisse Aufgaben und Verantwortungen übernehmen und z.B. das BSV aus gewissen Aufgaben, Verantwortungen entlassen? Was sind die Herausforderungen? Was müsste verbessert werden?
17. Welche weiteren Optimierungsvorschläge hinsichtlich der Vergabe von Gutach-
tengibt es aus Ihrer Sicht?

Frageblock 3 Anforderungskriterien an die Qualität der Gutachten (Ergebnis und Folgequalität)

A. Darlegung status quo (dieser wird kurz in Stichworten erläutert)

Formal-rechtliche Anforderungen an Qualität der Gutachten: Standardindikatoren, Vorgaben des BSV an Gutachtauftrag und -struktur

Fachlich-inhaltliche Anforderungen an die Qualität der Gutachten: fachspezifischer Diagnostik- beziehungsweise Therapieguidelines, Leitlinien der Fachgesellschaften: Psychiatrie; Rheumatologie; Orthopädie;

Präzisierungsfragen /Klärungsfragen zum Status quo:

18. Fachlich Inhaltliche Anforderungen: Sind Ihnen die Leitlinien der einzelnen Fachgesellschaften bekannt? Welche Schritte werden in Ihrer Institution unternommen, um neu erschienene Leitlinien bekannt zu machen? (*nur IVST/RAD, Gutachter/-stellen*)
19. Werten Sie Gerichtsurteile hinsichtlich des Beweiswertes der involvierten Gutachten aus? (*nur IVST/RAD; BSV, Gutachter/-stellen*)
20. Welche Würdigung durch die Richter erfahren die von Ihnen eingekauften Gutachten in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren? Wo weisen Gutachten aus richterlicher Sicht immer wieder Mängel auf? (*nur IVST/RAD; BSV*)

⁴⁰ Gutachten mit hohem Schwierigkeitsgrad: mehrschichtige Problematik, Würdigung von Vorbefunden und Vorgutachten, schwierige Beantwortung eines umfangreichen Fragenkataloges, aufwändige Recherchen.

21. Stand Leitlinien: Neurologie in Bearbeitung? Allgemeine Gutachtenleitlinien vor Abschluss?; Leitlinien für polydisziplinäre Begutachtung in Vorbereitung? (*bereits in Erfahrung gebracht, Frage nicht mehr stellen*)

B. Beurteilung status quo und Optimierungsvorschläge

22. 22.1 Wie beurteilen Sie die vorhandenen Anforderungskriterien an die Gutachten und deren Anwendung? Was sind die Herausforderungen? Was müsste verbessert werden? (*wie läuft die Anwendung in den IVST? Wie beurteilen die Gutachtenden die Anforderungskriterien*)
- 22.2 Stellungnahme zu folgenden Kritikpunkten, welche in der öffentlichen Diskussion erwähnt werden:
- *Kritik der generellen Anwendbarkeit des einheitlichen Gutachtensauftrags*
 - *Kritik der Nichtbeachtung der Leitlinien /Entwertung der Leitlinien*
23. 23.1 Sind die Rollen und Zuständigkeiten zwischen den beteiligten Akteuren sachgerecht festgelegt? Müssten/könnten auch andere, event. neue Organisationen/Akteure gewisse Aufgaben und Verantwortungen übernehmen und z.B. das BSV aus gewissen Aufgaben, Verantwortungen entlassen (z.B. Fachgesellschaften, SIM)? Was sind die Herausforderungen? Was müsste verbessert werden?
- 23.2 Gerade die Gerichte spielen ein ganz wichtiger Faktor in Bezug auf die Beurteilung der Verlässlichkeit und Qualität der Gutachten. Wie beurteilen Sie die Rolle der Gerichte als unabhängige Prüfstelle von Gutachten im Rahmen der zahlreichen Beschwerdefälle?
24. Welche weiteren Optimierungsvorschläge hinsichtlich der Festlegung von Anforderungskriterien gibt es aus Ihrer Sicht?

Frageblock 4: Instrumente Qualitätssicherung und -weiterentwicklung

A. Darlegung status quo (dieser wird kurz in Stichworten erläutert)

Für *polydisziplinäre Gutachten* besteht heute ein einfaches Feedbackformular von Suisse MED@P. Es beinhaltet die Erfassung von sieben Fragen im Bereich von formalen Qualitätskriterien

Ungefähr die Hälfte der IVST prüft systematisch sämtliche Gutachten (Gesamtbericht IV-Stellen-Audits 2017.) Dies erfolgt meist durch den RAD. Gemäss BSV prüfen alle IV-Stellen in jedem Fall im Rahmen des Abklärungsprozesses die Gutachten auf ihre Rechtsgenügllichkeit, d.h. ob sie einer gerichtlichen Prüfung standhalten. Ansonsten gibt es deutliche Unterschiede zwischen den IV-Stellen bei der Qualitätssicherung der Gutachten (inhaltlich und formale Prüfung/ nur formale Prüfung/ punktuelle Prüfung (Lauerer 2018).

Nicht fallbezogene übergeordnete Qualitätssicherung: Seit 2019 befasst sich eine Arbeitsgruppe «Versicherungsmedizinische Qualitätssicherung in der IV» mit der Erarbeitung eines Vorschlags zur Qualitätssicherung bei versicherungsmedizinischen Gutach-

ten. Es handelt sich dabei um ein Manual mit Prüfbogen für ein Peer-Review-Verfahren. Die Zufallsauswahl und die Bereitstellung der Gutachten für die Peers sowie die Auswertungen der Peer-Bewertungen werden durch eine koordinierende Stelle durchgeführt.

Fallbezogene Qualitätssicherung: Vorgesehen ist, dass es künftig für die einheitliche schweizweite fallbezogene Qualitätssicherung (nach Eingang des Gutachtens in der IV-Stelle) einen kurzen Screening-Bogen geben wird, auf welchem einige, sehr wenige des Peer-Review-Bogens einheitlich geprüft werden.

Neu Seit Anfang 2020: Meldestelle: *Unabhängige Meldestelle* zu IV-Gutachten von Inclusio Handicap, Dachverband der Behindertenorganisationen

Präziserungsfragen /Klärungsfragen zum Status quo:

25. Wie sieht bei Ihnen genau das Qualitätsmanagementsystem aus (externe Audits?), wie läuft insbesondere die Prüfung der Gutachten ab? Welche Sanktionierungsmöglichkeiten bestehen? Welches ist genau die Rolle und Zuständigkeit der beteiligten Akteure (*nur IVST/RAD; Gutachterstellen, BSV*).
26. Wie erfährt ein Gutachter/eine Gutachterin, ob die Qualität des von ihm gelieferten Gutachtens Ihren Anforderungen entsprochen hat? (*nur IVST/RAD; Gutachterstellen, BSV*).
27. Welche Möglichkeiten haben die in Ihren Institutionen tätigen Ärzt/innen (RAD) auf Fachpublikationen zuzugreifen? Welche Literaturrecherchedatenbanken⁴¹ stehen zur Prüfung der fachlich-inhaltlichen Anforderungen zur Verfügung? (*nur IVST/RAD*)
28. *Massnahmen bei Fehlverhalten:* Wenn Sie Ihre berufliche Praxis einmal Revue passieren lassen: Können Sie uns ein konkretes Beispiel für ein Fehlverhalten beschreiben? Wie sahen die Konsequenzen dem Fehlverhalten aus? Welcher Zeitraum verging zwischen Identifikation des Fehlverhaltens und der Sanktionierung? In dem Zeitraum den Sie überblicken: Wie häufig ist ein Fehlverhalten von Ihrer Seite persönlich / der Seite Ihrer Institution identifiziert worden? Wie häufig kam es in diesen Fällen zu Sanktionierungen des betreffenden Gutachters/der Gutachterin? (*nur IVST/RAD*)
29. Gibt es *bezogen auf die IVST* weitere bestehende oder geplante Massnahmen zur Qualitätssteigerung (in Zusammenarbeit mit Organisationen der Versicherungsmedizin)? Austausch zwischen Auftraggeber und Gutachter/innen, Informationsgefässe? (*nur IVST/RAD, BSV, Organisationen der Versicherungsmedizin, Aus- und Weiterbildungsinstitutionen*)

B. Beurteilung status quo und Optimierungsvorschläge

30. 30.1 Wie beurteilen Sie die vorhandenen/geplanten Massnahmen zur Qualitätsprüfung der Gutachten (fallbezogene und übergeordnete Qualitätssicherung, Meldestelle) in der IV? Was sind die Herausforderungen? Was müsste verbessert werden? (dies auch im Vergleich zur Qualitätsprüfung bei anderen Auftraggebern von Gutachten, wie Versicherungen, Gerichte; *kurz von den entsprechenden Vertretern erläutern lassen, wie es da abläuft*)
 - 30.2 Stellungnahme zu folgenden Kritikpunkten, welche in der öffentlichen Diskussion erwähnt werden/ welche Optimierungsmöglichkeiten sehen sie diesbezüglich?:

⁴¹ z.B. pubmed, scopus, uptodate, cochrane

- *Kritik, des fehlenden Ausschlusses von Gutachter/innen bei Fehlverhalten*
31. Sind die Rollen und Zuständigkeiten zwischen den beteiligten Akteuren sachgerecht festgelegt? Müssten/könnten auch andere, event. neue Organisationen/Akteure gewisse Aufgaben und Verantwortungen übernehmen und z.B. das BSV aus gewissen Aufgaben, Verantwortungen entlassen? Was sind die Herausforderungen? Was müsste verbessert werden?
 32. Welche Zuständigkeit soll die neu zu schaffende unabhängige Stelle zur Überprüfung der Gutachtensqualität gemäss neuem Art. 44 ATSG Abs. 6 bezüglich der Qualitätssicherung haben?
 33. 33.1 Reichen die bestehenden Massnahmen zur *Qualitätsentwicklung* aus (*hier geht's nicht um die Qualitätsprüfung sondern fortlaufenden Weiterentwicklung*)? Welche weiteren Massnahmen würden zur Qualitätsentwicklung beitragen? (dies im Vergleich zur Qualitätsentwicklung bei anderen Auftraggebern von Gutachten, wie Versicherungen, Gerichte; *kurz von den entsprechenden Vertretern erläutern lassen, wie es da abläuft*)
 - 33.2 Welchen Stellenwert messen Sie einem systematischen Feedback des Auftraggebers an Gutachter bei? Welche Elemente sollte so ein Feedback enthalten?
 - 33.3 Welchen Stellenwert messen Sie dem Vorhandensein eines formellen Qualitätsmanagementsystems in Begutachtungsinstituten bei?
 - 33.4 Wie beurteilen Sie grundsätzlich den Beitrag von formellen Aus- und Weiterbildungsgängen in Versicherungsmedizin im Hinblick auf die Begutachtungsqualität? Besteht hier ein Handlungsbedarf?
 - 33.5 In anderen Ländern kennt man auf Versicherungsmedizin spezialisierte Fachärzte (mit entsprechendem Facharztstitel), welche oft in staatlichen Einrichtungen Begutachtungen durchführen: Ist aus Ihrer Sicht eine derartige Professionalisierung zielführend im Hinblick auf Verbesserungen in der Begutachtung?

Frageblock 5: Längerfristige Weiterentwicklung der sozialversicherungsrechtlichen Begutachtung

34. Vergessen wir einmal die aktuellen gesetzlichen Grundlagen und Verfahrensregeln... - können Sie sich eine neuartige Vorgehensweise vorstellen, mittels welcher sich die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit von Versicherten noch zuverlässiger beurteilen lässt und welche gleichzeitig den Anforderungen hinsichtlich Fairness im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren in besonderem Masse Rechnung trägt?