

MGS Medizinische Gutachtensituation in der Schweiz: „Studie zur Einschätzung der Marktsituation und zur Schaf- fung von Markttransparenz und Qualitätssicherung“

Schlussbericht, 6. Mai 2011

Verfasser

Auerbach, Holger

Bollag, Yvonne

Eichler, Klaus

Gyr, Niklaus

Imhof, Daniel

Stöhr, Susanna

Kontaktadressen:

Auerbach Holger, WIG, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie,
St. Georgenstrasse 70, 8401 Winterthur,
Tel. +41 58 934 70 35, holger.auerbach@zhaw.ch

Bollag Yvonne, asim, Academy of Swiss Insurance Medicine,
Petersgraben 4, 4031 Basel
Tel. +41 61 265 55 68, ybollag@uhbs.ch

Winterthur/ Basel, 6. Mai 2011

Vorbemerkung

Die vorliegende Studie wurde angeregt von der SIM Swiss Insurance Medicine (Interessengemeinschaft Versicherungsmedizin Schweiz) und ermöglicht durch die gemeinsame Forschungsunterstützung der Suva, des SVV (Schweizerischer Versicherungsverband), der IV-Stellen-Konferenz und des Bundesamtes für Sozialversicherung Abteilung Invalidenversicherung, der SIM, des NGW Netzwerk Gesundheitsökonomie Winterthur und durch private Unterstützungsbeiträge. Die beiden die Studie durchführenden Institutionen asim und WIG haben darüber hinaus einen substantiellen Eigenbeitrag an der Studie geleistet.

Allen Geldgebern und insbesondere der SIM, als Initiatorin des Projektes, sei an dieser Stelle für die grosszügige Unterstützung gedankt, mit der es erstmals für die Schweiz möglich wurde sowohl zur Marktsituation bei medizinischen Gutachten wie auch zu deren Qualität eine umfassende, wissenschaftliche Arbeit zu erstellen.

Besonderer Dank geht auch an die Mitglieder des Expertenboards und des Projektleitungsausschusses, welche das Projekt engagiert und sachkundig begleitet und zahlreiche wertvolle Inputs beigesteuert haben: Peter Birchler, Urs Brügger, Jörg Jeger, Niklaus Gyr, Christian Ludwig, Hans-Jakob Mosimann, Ines Rajower, Markus Schmid, Bruno Soltermann. Den Gutachtenreviewern sei für ihren unermüdlichen Einsatz und ihre fachmedizinischen Beiträge gedankt, mit denen sie die Methodik für einheitliche Qualitätsbeurteilung mitentwickelt haben.

Die gesamte Studie wäre aber nicht möglich gewesen, ohne dass zahlreiche Versicherungen mit ihren Mitarbeitenden während drei Monaten den Zusatzaufwand der Fragebogenerfassung auf sich genommen hätten. Dass insbesondere die IV-Stellen diesen Zusatzaufwand parallel zur Umsetzung der 5. IVG-Revision geleistet haben ist ein nicht hoch genug zu würdigendes Engagement der IV-Stellen. Allen beteiligten Versicherungen danken die Autoren für die Mitarbeit an dieser Studie deshalb sehr herzlich.

Inhaltsverzeichnis

I.	Abbildungsverzeichnis	7
II.	Tabellenverzeichnis	8
1.	Management Summary mit Handlungsempfehlungen	9
1.1.	Hintergrund und Zielsetzungen	9
1.2.	Vorgehensweise	9
1.3.	Ergebnisse	11
1.3.1.	Empirische quantitative Erhebung	11
1.3.2.	Prozessanalyse	12
1.3.3.	Qualitätsanalyse	14
1.3.4.	Internationale Ansätze	15
1.4.	Handlungsempfehlungen	16
1.4.1.	Gesundheitsökonomische Empfehlungen – Marktlage	17
1.4.2.	Prozessoptimierungen	17
1.4.3.	Qualitätssicherung der Begutachtung	18
1.4.4.	Handlungsansätze aus dem internationalen Vergleich	19
2.	Einleitung / Hintergrund	21
3.	Zielsetzung und Vorgehensweise	22
3.1.	Zusammenfassung der Zielsetzung	22
3.2.	Vorgehensweise/ Methodik	23
3.2.1.	Datenschutz und Ethikkommission	24
4.	Teilprojekt 1 und 2: Empirie / Quantität und Prozesse der Gutachtenserstellung in der Schweiz	25
4.1.	Vorgehensweise	25
4.1.2.	Studiendesign	25
4.1.3.	Eingeschlossene Gutachten	25
4.1.4.	Outcome	25
4.1.5.	Teilnehmende Organisationen	26
4.1.6.	Fragebogenentwicklung	26
4.1.7.	Ablauf der Datenerhebung	27
4.1.8.	Auswertung der Daten	27
4.2.	Ergebnisse	29
4.2.1.	Erfasste Gutachten	30
4.2.2.	Datenqualität	32
4.2.3.	Antwortende Personen der Versicherer	32
4.2.4.	Medizinische Gutachter	33
4.2.5.	Eingegebene Gutachten	35
4.2.6.	Begutachtete Personen	36
4.2.7.	Schadenhöhe der Gutachten	38
4.2.8.	Prozess der Gutachtenerstellung: Dauer vom Ereignis bis zur Beauftragung	40
4.2.9.	Prozess der Gutachtenerstellung: Beauftragung und Koordination	42
4.2.10.	Prozess der Gutachtenerstellung: Dauer der Erstellung und Umfang	44
4.2.11.	Kosten der Gutachten	46
4.2.12.	Beurteilung der Gutachtenqualität aus Sicht der Auftraggeber	49
4.3.	Diskussion und Handlungsempfehlungen	55
4.3.1.	Methodische Stärken und Limitationen der Studie	55
4.3.2.	Vergleich der Ergebnisse mit publizierter Evidenz	56
4.3.3.	Gesamtschadensumme und Auftragsvolumen für Gutachten in der Schweiz	57
4.3.4.	Handlungsempfehlungen für die Praxis:	61
4.3.5.	Weiterer Forschungsbedarf	63
5.	Teilprojekt 3: Qualität der medizinischen Gutachten in der Schweiz	64
5.1.	Vorgehensweise	65
5.1.1.	Zielsetzung nach Studienprotokoll	65
5.1.2.	Art der Studie	65
5.1.3.	Studienanlage und Methodik	66
5.1.3.1.	Studienablauf schematisch	66
5.1.3.2.	Literaturrecherche zur Suche nach Qualitätsstudien, Leitlinien und Evaluationsraster	67

5.1.3.3.	Auswahl der Gutachtenstichprobe zur Evaluation	68
5.1.3.4.	Auswahl der Experten und Reviewer	68
5.1.4.	Evaluationsprozess	69
5.1.4.1.	Entwicklung des Evaluationsinstrumentes (Raster) und Expertenworkshop 1	69
5.1.4.2.	Inhalt des Rasters.....	69
5.1.5.	Reviewprozess: Zuteilung der Gutachten an die Reviewer	71
5.1.6.	Auswertung der Reviews	72
5.1.6.1.	Rohdatensatz und Plausibilisierung (Prozessschritte1 und 2) und Expertenworkshop 2	72
5.1.6.2.	Weitere Auswertung der Reviews: Konsolidierung (Prozessschritt 3) und Expertenworkshop 3.....	74
5.1.7.	Analysekriterien	75
5.1.8.	Statistische Auswertung	75
5.2.	Ergebnisse.....	75
5.2.1.	Beschreibung der zur Analyse gelangten Gutachten.....	75
5.2.2.	Ergebnisse der Plausibilisierung	80
5.2.3.	Anzahl Diskrepanzen.....	81
5.2.4.	Auswertungen nach Plausibilisierung und Konsolidierung der Daten	82
5.2.4.1.	Auswertung nach Schwierigkeitsgrad	82
5.2.4.2.	Auswertung nach Schlussnote/Gesamtbeurteilung	83
5.2.5.	Notenverteilung	83
5.2.6.	Signifikanz der Gutachtenskategorien für die Qualitätsbeurteilung.....	85
5.2.7.	Vergleich mit der Qualitätsbeurteilung durch die Gutachtensauftraggeber in der MGS-Gesamtstudie.....	90
5.2.8.	Inhaltliche Analyse der ungenügend und sehr gut bewerteten Gutachten	95
5.2.8.1.	Gesamtüberblick.....	95
5.2.8.2.	Qualitative Beschreibung der Gutachtensmängel, die zur ungenügenden Bewertung geführt haben	97
5.2.8.3.	Qualitative Beschreibung der Gutachtensvorzüge, die zur sehr guten Bewertung geführt haben	102
5.3.	Diskussion und Handlungsempfehlungen.....	104
5.3.1.	Gutachtenqualität	104
5.3.2.	Raster zur Qualitätsanalyse.....	106
5.3.3.	Handlungsempfehlungen.....	107
5.3.4.	Vorzüge und Schwächen der Studie zur Qualitätsüberprüfung	108
Annex:	Teilprojekt 4: Internationale Ansätze.....	109
1.	Hintergrund und Zielsetzung für das Teilprojekt „Internationale Ansätze“.....	110
2.	Analyse Deutschland.....	110
2.1.	Vorgehensweise.....	110
2.2.	Ergebnisse	111
2.3.	Diskussion: Internationale Ansätze - Deutschland	136
3.	Analyse Frankreich.....	140
3.1.	Vorgehensweise	140
3.2.	Ergebnisse.....	140
3.2.1.	Gutachterqualifikation	140
3.2.2.	Gutachtensformen	140
3.2.3.	L'expertise conjointe Detailbeschreibung	142
3.2.4.	L'Expertise conjointe – erste Erfahrungen in der Schweiz.....	144
3.3.	Diskussion : Internationale Ansätze – Frankreich	145
Literaturverzeichnis		147
Anhang 1:	Internetbasierter Fragebogen zu TP1/2	
Anhang 2:	Zusammensetzung Gremien.....	
Anhang 3:	Qualitätsraster zur Gutachtensevaluation TP 3.....	
Anhang 4:	Interviewleitfaden Deutschland.....	
Anhang 5:	Mission Droit Commun 2006, Richtlinie „Grundsätze für ärztliche Begutachtungen“ Frankreich.....	

I. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zielsetzung der MGS-Studie	23
Abbildung 2: Teilprojekte der MGS-Studie	24
Abbildung 3: Netto-Schadenhöhe der begutachteten Versicherungsfälle.....	39
Abbildung 4: Kosten der Gutachtenerstellung für die Versicherer	47
Abbildung 5: Verteilung der Kosten der Gutachtenerstellung für Invalidenversicherung und Privatversicherer. ...	48
Abbildung 6 Zuteilungsschema der Gutachten an die Reviewer	72
Abbildung 7: Empirische Daten Qualitätsanalyse: Gutachtensart.....	76
Abbildung 8 Empirische Daten Qualitätsanalyse: Gutachtentyp.....	77
Abbildung 9 Empirische Daten Qualitätsanalyse: Fachdisziplin Monodisziplinäre Gutachten	78
Abbildung 10 Empirische Daten Qualitätsanalyse: Fachdisziplinen Bidisziplinäre Gutachten.....	78
Abbildung 11 Empirische Daten Qualitätsanalyse: Fachdisziplinen Polydisziplinäre Gutachten	79
Abbildung 12 Empirische Daten Qualitätsanalyse: Sprache der Gutachten	80
Abbildung 13 Auswertung Qualitätsanalyse: Einstufung Schwierigkeitsgrad	82
Abbildung 14 Auswertung Qualitätsanalyse: Schlussbenotung	83
Abbildung 15 Statistische Auswertung Qualitätsanalyse: Verteilungsdiagramm der Schlussbenotung.....	84
Abbildung 16 Statistische Auswertung Qualitätsanalyse nach Gutachtenstyp	86
Abbildung 17 Statistische Auswertung Qualitätsanalyse: Odds genügend/ungenügend nach Gutachtenstyp.....	86
Abbildung 18 Statistische Auswertung Qualitätsanalyse nach Gutachtensart.....	87
Abbildung 19 Statistische Auswertung Qualitätsanalyse nach Fachdisziplin.....	88
Abbildung 20 Statistische Auswertung Qualitätsanalyse nach Sprache	89
Abbildung 21 Statistische Auswertung Qualitätsanalyse nach Schwierigkeitsgrad	89
Abbildung 22 Statistische Auswertung Qualitätsanalyse: Vergleich Beurteilung Auftraggeber/Begründung- Experten/Gesamtnote	93
Abbildung 23 Statistische Auswertung Qualitätsanalyse: Odds genügend/ungenügend Vergleich Beurteilung Auftraggeber / Experten	93
Abbildung 24 Statistische Auswertung Qualitätsanalyse: Vergleich Beurteilung Auftraggeber/Zufriedenheit- Experten/Gesamtnote	94
Abbildung 25 Statistische Auswertung Qualitätsanalyse: Vergleich Beurteilung Auftraggeber/Dauer- Experten/Gesamtnote	94

II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Erfasste Gutachten: Organisationen und Sprachregionen.....	31
Tabelle 2: Profil der antwortenden Personen.	33
Tabelle 3: Institutionstyp und FMH-Kategorie der Gutachter.....	33
Tabelle 4: Anzahl FMH-Fachgebiete pro Gutachten.....	34
Tabelle 5: Schwierigkeitsgrad der Gutachten.	35
Tabelle 6: Frühere Gutachten im gleichen Versicherungsfall.	36
Tabelle 7: Altersgruppen der begutachteten Personen.	36
Tabelle 8: Frühere Beschäftigungssituation der begutachteten Personen.	37
Tabelle 9: Beschäftigungssituation der begutachteten Personen im Zeitpunkt der Begutachtung.	37
Tabelle 10: Häufigkeit bestimmter Diagnosen.	38
Tabelle 11: Netto-Schadenhöhe.	40
Tabelle 12: Zeitintervalle vom Ereignis (Schadensereignis oder erste befragte Arbeitsunfähigkeit) bis zur Beauftragung des Gutachtens.....	41
Tabelle 13: Auftragserteilung der Gutachten.	42
Tabelle 14: Aktenlage bei Auftragserteilung.	43
Tabelle 15: Koordination des Gutachtauftrags bei gleichzeitiger Zuständigkeit anderer Versicherer.	44
Tabelle 16: Zeitintervalle der Gutachtenerstellung.	45
Tabelle 17: Zeitintervalle der Gutachtenerstellung in Abhängigkeit von der Beschäftigungssituation im Zeitpunkt der Begutachtung.....	46
Tabelle 18: Kosten der Gutachtenerstellung.....	47
Tabelle 19: Gutachtenqualität aus Sicht der Auftraggeber: Einbezug der Vorinformationen aus den Vorakten. ...	49
Tabelle 20: Gutachtenqualität aus Sicht der Auftraggeber: Formale Gliederung von „Anamnese“, „Befunderhebung“ und „Diagnose“.....	50
Tabelle 21: Gutachtenqualität aus Sicht der Auftraggeber: Inhaltliche Darlegung von „Anamnese“, „Befunderhebung“ und „Diagnose“.....	50
Tabelle 22: Gutachtenqualität aus Sicht der Auftraggeber: Beantwortung der gestellten Fragen.	50
Tabelle 23: Gutachtenqualität aus Sicht der Auftraggeber: Schlussfolgerungen des Gutachters.....	51
Tabelle 24: Gutachtenqualität aus Sicht der Auftraggeber: Notwendige Rückfragen an den Gutachter.....	51
Tabelle 25: Gutachtenqualität aus Sicht der Auftraggeber: Umfang des Gutachtens.....	51
Tabelle 26: Gutachtenqualität aus Sicht der Auftraggeber: Dauer der Bearbeitung des Gutachtens.	52
Tabelle 27: Gutachtenqualität aus Sicht der Auftraggeber: Preis im Verhältnis zur Qualität des Gutachtens.	52
Tabelle 28: Gutachtenqualität aus Sicht der Auftraggeber: Gesamtzufriedenheit mit der Auftragserledigung.	52
Tabelle 29: Gutachtenqualität aus Sicht der Auftraggeber bei monodisziplinären psychiatrischen Gutachten: Gesamtzufriedenheit mit der Auftragserledigung.	53
Tabelle 30: Einfluss einzelner Kriterien der Gutachtenbewertung auf die Gesamtzufriedenheit der Auftraggeber mit den erstellten Gutachten.	54
Tabelle 31: Kalkulation der Gesamtschadensumme.	58
Tabelle 32: Kalkulation der Gesamtkosten der Gutachtenerstellung.....	59
Tabelle 33: Kalkulation der Gesamtschadensumme und der Gesamtkosten der medizinischen Gutachtenerstellung für die Schweiz pro Jahr.....	60
Tabelle 34: Prozess Diskrepanzbereinigung Qualitätsanalyse.....	81
Tabelle 35: Gutachtensbeurteilung durch die Reviewer: Gesamtbeurteilung und genügend / ungenügend 85	85
Tabelle 36: Vergleich Qualitätsbeurteilung durch Reviewer (Gesamtbewertung) und Auftraggeber (Begründung Schlussfolgerung)	91
Tabelle 37: Vergleich Qualitätsbeurteilung durch Reviewer (Gesamtbewertung) und Auftraggeber (Gesamtzufriedenheit).....	92
Tabelle 38: Gesamtüberblick ungenügende Gutachten.....	96
Tabelle 39: Bewertung der ungenügenden Gutachten	97
Tabelle 40: Vergleich ungenügende Gutachten: Bewertung Reviewer/Auftraggeber	101
Tabelle 41: Gesamtüberblick ausgezeichnet bewertete Gutachten.....	102
Tabelle 42: Vergleich ausgezeichnete Gutachten: Bewertung Reviewer/Auftraggeber.....	103
Tabelle 43: Interviewpartner in Deutschland	111
Tabelle 44: Beschäftigte in den Medizinischen Diensten Ende 2007	116
Tabelle 45: Versichertenbezogene Leistungen der MDK für die GKV im Jahr 2007	121
Tabelle 46: Begutachtungen der MDK für die Soziale Pflegeversicherung im Jahr 2007 nach Begutachtungsarten	122

1. Management Summary mit Handlungsempfehlungen

1.1. Hintergrund und Zielsetzungen

Medizinische Gutachten haben eine wesentliche Funktion in der Beurteilung und Abwicklung von Versicherungsfällen in praktisch allen Sozialversicherungszweigen sowie in den privaten Personen- und Haftpflichtversicherungen. Durch die wachsende Zahl von Invaliditätsfällen, den zunehmenden Finanzdruck auf die Invalidenversicherung sowie der schwierigen Objektivierbarkeit von bestimmten, zusehends häufiger vorkommenden Krankheitsbildern oder Unfallfolgen ist die Nachfrage nach medizinischen Gutachten in der Schweiz seit Ende der 90-er Jahre stetig angestiegen. Bis anhin gibt es praktisch keine wissenschaftliche Aufarbeitung, welche Aufschlüsse über Nachfrage, Preisgestaltung und insbesondere Qualitätssicherung medizinischer Gutachten in der Schweiz ermöglicht. Die vorliegende Studie liefert dazu erste Grundlagen. Sie will damit Markttransparenz für den Versicherungsmarkt und die Sozialversicherungen schaffen, Optimierungsbedarf für die am Gutachten beteiligten Organisationen aufzeigen und künftige Grundlagen für die Qualitätssicherung unter der Einbeziehung von gesundheitsökonomischen Aspekten schaffen.

1.2. Vorgehensweise

Die Studie wurde in zwei grosse Themenblöcke „Empirie/Quantität“ und „Qualität“ aufgeteilt und in vier Teilprojekten gemeinsam vom WIG, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie und der asim, Academy of Swiss Insurance Medicine, Universität Basel bearbeitet. Sie umfasst die empirisch-quantitative Erhebung zu relevanten Marktdaten der Gutachtenserstellung inklusive Daten zur Prozessgestaltung (Teilprojekt 1 und 2) sowie die exemplarische Überprüfung der fachlichen Gutachtensqualität (Teilprojekt 3). Der Überblick über die Gutachtenssituation in Deutschland und Frankreich ermöglicht einen internationalen Vergleich (Teilprojekt 4, Zusammenfassung im Studientext, ausführliche Darstellung im Anhang).

Im **Teilprojekt 1 und 2** wurden bei sämtlichen in der Schweiz tätigen Trägern der sozialen Krankentaggeld-, Invaliden- und Unfallversicherung sowie bei den privaten

Krankentaggeld- und Unfallversicherern und bei den Haftpflichtversicherern Daten zu allen, während drei Monaten (1. Februar bis 30. April 2008) eingehenden, medizinischen Gutachten erhoben. Die Datenerhebung geschah mittels eines 41 Fragen umfassenden Fragebogens, der seitens der auftraggebenden Versicherung webgestützt online ausgefüllt wurde. Die Fragen umfassten die Dimensionen Allgemeine Angaben, Informationen zu Gutachter und Gutachten, zur begutachteten Person, zur Schadenhöhe, zum Prozess der Beauftragung und Koordination und zum Ergebnis des Gutachtens inklusive der Qualitätsbeurteilung aus Sicht der Auftraggeber. Die so erfassten Daten wurden als Mittelwerte, Mediane oder kategorielle Daten zusammengefasst und mittels parametrischen / nichtparametrischen Testverfahren für vergleichende Auswertungen und einer Regressionsanalyse zur Bestimmung des Einflusses einzelner Kriterien bei der Beurteilung der Gesamtzufriedenheit der Auftraggeber statistisch ausgewertet.

Im **Teilprojekt 3** wurde bei einer aus dem obigen Datensatz nach dem Zufallsprinzip gezogenen Stichprobe von 104 Gutachten die Qualität dieser Gutachten analysiert. Die Stichprobenziehung erfolgte stratifiziert nach den vier Gutachtensarten (1) IV-Gutachten (IVG), (2) UV-Gutachten (UVG), (3) Krankentaggeld-Gutachten (KVG und VVG) und andere Gutachtenarten sowie (4) Haftpflichtgutachten. Die Gutachten wurden mittels einer speziell für die Studie vergebenen Nummer durch die Versicherungen identifiziert und für die Studie in vollständig anonymisierter, verblindeter Form, welche weder Rückschlüsse auf die begutachtete Person noch auf die Gutachter ermöglichte, zur Verfügung gestellt.

Der Prozess der Gutachtenevaluation wurde in einer unabhängigen Fachexpertengruppe entwickelt, indem in drei Workshops ein gemeinsames Qualitätsraster erarbeitet und dieses durch unabhängige Reviewer (Doppelreview pro Gutachten) für die Qualitätsbeurteilung eingesetzt wurde. Die so gewonnenen Qualitätsbeurteilungen wurden in einem minutiösen Prozess plausibilisiert, divergierende Beurteilungen analysiert und durch die beiden Reviewer ausdiskutiert. Grundsätzliche Fragen wurden in der Expertengruppe abgearbeitet. Die Arbeitsschritte der Reviewer wurden für die Studie deskriptiv dargestellt und ausgewertet. Zur Schlussbeurteilung der Qualität wurde die erzielte Gesamtnote der Gutachten mittels Regressionsanalysen statistisch ausgewertet und sowohl die ungenügenden, wie auch die sehr guten Gutachten mittels qualitativer Beschreibung dargestellt.

Im **Teilprojekt 4** wurde die Situation der Gutachtenserstellung in Deutschland und Frankreich mittels Literaturrecherchen und Experteninterviews untersucht.

1.3. Ergebnisse

1.3.1. Empirische quantitative Erhebung

Marktvolumen

Insgesamt konnten 3165 Gutachten aus allen drei Sprachregionen ausgewertet werden. Gemäss nicht offiziellen Erhebungen und Schätzungen der Aufsichtsbehörden und des Schweizerischen Versicherungsverbandes wird von einem Volumen in der Schweiz von jährlich rund 39'000 (respektive 9'750 pro Quartal) medizinischen Gutachten ausgegangen. Mit der Studie wären somit ca. 1/3 aller Gutachten erfasst worden. Unter Berücksichtigung, dass sich bei der Invalidenversicherung aus Kapazitäts- und Organisationsgründen die Region Ostschweiz an der vorliegenden Studie nicht beteiligen konnte, von den grossen Unfall- und Taggeldversicherern CSS und Visana ebenfalls aus Kapazitätsgründen von einer Studienteilnahme absehen mussten und sich bei der SUVA infolge Umstellung des Gutachtensprozesses auf eine zentrale Clearingstelle nur polydisziplinäre Gutachten auswerten liessen, darf die geschätzte Marktlage für 39'000 medizinische Gutachtensaufträgen pro Jahr durch die Studie als plausibilisiert gelten.

Mit dem in der Studie erfassten Mittelwert der Kosten von rund 5'000 Fr. (IV) respektive 3'000 Franken (PV inkl. UVG) pro Gutachten belaufen sich die geschätzten Gesamtkosten der medizinischen Gutachten auf rund 163.5 Mio Franken pro Jahr. Die Zahl erscheint angesichts der öffentlich publizierten Zahl von rund 35 Mio Franken Kosten allein für polydisziplinäre IV-Gutachten (vgl. plädoyer 3/09, S. 9) ebenfalls plausibel, allenfalls unter Berücksichtigung des von uns erhobenen Verhältnisses von poly- zu mono/bidisziplinären Gutachten als leicht zu tief bewertet. Interessant ist, dass bei grundsätzlich hoher Datenqualität der Fragebogenerfassung in der Studie immerhin in einem Drittel der Gutachten keine plausible Angabe zu den Kosten gemacht werden konnte.

Gutachter

Rund zwei Drittel der medizinischen Gutachten wird von praktizierenden Ärztinnen oder Ärzten in der Arztpraxis (57.7%) respektive in Spitälern (8.7%), ein knappes Drittel wird von spezialisierten Gutachtensinstitutionen (Medas 24.3%; andere Institutionen 7.1%) erstellt. Weitaus am häufigsten in den Fachgutachten sind psychiatrische Fragestellungen (65.9%), gefolgt von rheumatologischen (30.3%), allgemein/internmedizinischen (18.3%), neurologischen (16.5%) und orthopädischen (15.8%). Die übrigen FMH-Kategorien spielen eine untergeordnete Rolle.

1.3.2. Prozessanalyse

Explorand, Explorandin

Während rund 90% der Explorandinnen oder Exploranden vor dem zur Begutachtung führenden Schadenereignis oder vor Beginn der zu beurteilenden Arbeitsunfähigkeit berufstätig waren, sind es zum Zeitpunkt der Begutachtung nur noch gut 40% (inklusive Stellensuchende). Deutliche Unterschiede ergeben sich hier naturgemäss zwischen den IV-Begutachtungen, wo nur noch 30% der begutachteten Personen erwerbstätig sind (inklusive Stellensuchende), gegenüber den übrigen Begutachtungen (Unfall, Haftpflicht, Krankentaggeld), wo noch 80% der begutachteten Personen im Erwerbsprozess (inklusive stellensuchend) sind.

Dauer des Begutachtungsprozesses

Im Mittel vergehen bis zur Erteilung eines gutachterlichen Auftrages bei der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeiten knapp 4 Jahre seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Auffallend ist, dass diese Frist bei Personen, die im Zeitpunkt der Begutachtung noch erwerbstätig waren, deutlich kürzer, bei 166 Wochen gegenüber 233 Wochen, liegt. Bei Haftpflicht- oder Unfallereignissen vergehen bis zum Gutachtensauftrag im Mittel 3.3 Jahre seit dem Schadenereignis. Auch hier ist die Frist für Personen im Erwerbsprozess mit 148 gegenüber 219 Wochen deutlich tiefer. Für die Erstellung des Gutachtens benötigen die Begutachter im Durchschnitt knapp 5 Monate (25%-Perzentille: 8 Wochen, 75%-Perzentille: 25 Wochen).

Auftrag und Koordination

Bei der Invalidenversicherung geht der Auftrag zur Begutachtung in 80% der Fälle

vom medizinischen Dienst aus (RAD, regionalärztlicher Dienst), bei den übrigen Versicherungen zu 80% von den Sachbearbeitenden (selbständig oder nach Rücksprache mit Fachstelle).

In einem Drittel der Fälle lagen vor dem in der Studie erfassten Gutachten bereits eines oder mehrere andere medizinische Gutachten zum gleichen Fall vor. Für ein knappes Drittel der begutachteten Fälle wurde die gleichzeitige Zuständigkeit eines anderen Versicherers als sicher oder wahrscheinlich bejaht, aber bei zwei Drittel dieser Fälle erfolgte keinerlei Koordination zwischen den Versicherungen. In 10% der Fälle wurde die Begutachtung koordiniert durchgeführt, in 20% wurde zumindest über die Begutachtung informiert.

Zufriedenheit und Qualitätsbeurteilung durch die Auftraggeber

Die Zufriedenheit der Auftraggeber mit dem Gutachten wurde für die Teilaspekte Voraktenberücksichtigung, Formale Gliederung, Inhaltliche Darlegung, Beantwortung der gestellten Fragen, Schlussfolgerungen des Gutachters, Rückfragebedarf, Umfang, Bearbeitungsdauer, Preis-/Qualitätsvergleich sowie Gesamtzufriedenheit befragt. Grundsätzlich liegt die Zufriedenheit durch die Auftraggeber zu allen befragten Einzelaspekten in einem hohen Bereich. Dabei werden die IV-Gutachten durch die IV in praktisch allen Aspekten schlechter beurteilt als dies bei den Gutachten der anderen Versicherungen zu beobachten war. Herausstechend sind folgende Punkte: in 30% der Gutachten findet die IV die Bearbeitungsdauer zu lang (andere Versicherungen 11%). In 10% der Gutachten (andere Versicherungen 18%) wird der Preis seitens der IV als nur teilweise gerechtfertigt beurteilt. In knapp 15% der IV-Gutachten, aber nur in knapp 4% der Gutachten anderer Versicherungen, sind nach Einschätzung der Versicherung die gestellten Fragen nicht vollständig beantwortet. Hinsichtlich Gesamtqualität wurde ein Drittel der Gutachten seitens der Auftraggeber mit sehr hoher Zufriedenheit, 50% mit Zufriedenheit, 10% mit Unzufriedenheit und 5% als nicht beurteilbar bewertet. Die multivariable Regressionsanalyse ergab, dass das mit Abstand wichtigste Kriterium für die Gesamtzufriedenheit der Auftraggeber ihre Einschätzung war, dass die „Schlussfolgerungen (im Gutachten) gut begründet und nachvollziehbar“ waren (Wahrscheinlichkeit für hohe Zufriedenheit um den Faktor 14 erhöht). Andere ebenfalls relevante Faktoren waren Preis-Leistungsverhältnis (Faktor 6), Bearbeitungsdauer und vollständige Beantwortung der gestellten Fragen (beide Faktor 4) und angemessener Umfang des Gutachtens (Faktor 2).

1.3.3. Qualitätsanalyse

Vorgehen

Von den 104 stichprobenmässig gezogenen Gutachten konnten 97 Gutachten in die Qualitätsevaluation miteinbezogen werden. 7 Gutachten konnten seitens der Versicherungen nicht mehr eruiert werden. Als Expertenbord zur Entwicklung des Qualitätsrasters fungierte ein 13-köpfiges Fachteam aus den für Begutachtungen relevanten medizinischen Fachgebieten. Zur Durchführung der Gutachtensreviews wurden weitere Fachspezialisten beigezogen, die insbesondere auch die Sprachkompetenz, aus zwei oder sogar allen drei Landessprachen, abdecken mussten, um sicherzustellen, dass jedes Gutachten durch zwei Reviewer beurteilt wurde.

Qualitätsraster

Das in der Studie entwickelte Qualitätsraster umfasste 38 Einzelaspekte für monodisziplinäre, respektive 43 Einzelaspekte für polydisziplinäre Begutachtungen, für Unfall- oder Haftpflichtgutachten wurden zusätzliche 9 weitere Aspekte beurteilt, für Arzthaftpflichtgutachten wurde ein separates Raster entwickelt. Die zu beurteilenden Einzelaspekte lassen sich in die folgenden fünf Dimensionen nach Blöcken zusammenfassen: I) Formale Qualitätskriterien, II) fachliche Qualität der Befunderhebung und Diagnosestellung inklusive Kausalitätsbearbeitung im Unfall- und Haftpflichtbereich, III) Beurteilung der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit inklusive Massnahmen und Comorbiditäten, IV) Schwierigkeitsgrad, V) Gesamtnote.

Ergebnisse

Die Detailanalyse der 97 repräsentativen Gutachten zeigt bezüglich Gesamtbewertung ein Resultat von 22.7% qualitativ ungenügenden, 48.4% qualitativ genügenden bis guten und 28.9% qualitativ sehr guten Expertisen. Damit zeigt sich deutlich, dass grosse Qualitätsdiskrepanzen bei der medizinischen Begutachtung in der Schweiz bestehen, und dass mit über 22% ungenügenden Gutachten die in den Vorstudien aufgezeigten und in den Medien kommunizierten Mängel im schweizerischen Gutachterwesen belegbar sind.

Die Mängel der Gutachten betreffen weniger den formalen Aufbau, sondern fussen in erster Linie in oberflächlichen und unvollständigen Befunderhebungen und in man-

gelhafter versicherungsmedizinischer Diskussion und Begründung der Schlussfolgerungen. Ersteres lässt darauf schliessen, dass für Begutachtungen zuwenig Zeit aufgewendet wird, letzteres deutet auf mangelnde Qualifikation und Expertise in den spezifischen Anforderungen der Gutachtenserstellung hin. Signifikante Qualitätsunterschiede ergaben sich im analysierten Kollektiv hinsichtlich Sprachherkunft (deutschsprachige Gutachten waren signifikant schlechter als romanische [italienische und französische]) und Schwierigkeitsgrad (je schwieriger ein Gutachten eingestuft wurde, desto höher wurde seine Qualität bewertet). Mögliche Erklärungen, die in weiterer Forschungsarbeit zu vertiefen sind, könnten sein: Beizug von spezialisierten und qualifizierteren Gutachter sowohl in der italienischen und welschen Schweiz und bei komplexeren Gutachten.

Auch die Dauer, die seit Eintritt der Arbeitsunfähigkeit oder seit dem Schadensereignis bis zur Begutachtung verstrichen war, beeinflusst die Gutachtensqualität signifikant. Je mehr Zeit verstrichen ist, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Gutachten schlechter bewertet ist. Die vergleichende Analyse der Qualitätsbeurteilung durch die Auftraggeber (Beurteilung der Begründung der Schlussfolgerungen in TP 1 und 2) und die Experten (Schlussnote TP 3) ergab für die analysierten Gutachten eine signifikante Übereinstimmung in den Odds, wenngleich sich bei der Streuung und Analyse der sehr guten und ungenügenden Gutachten deutliche Diskrepanzen zeigten. So wurde die Qualität durch die Experten wesentlich häufiger als durch die Auftraggeber für ungenügend erachtet.

1.3.4. Internationale Ansätze

Deutschland

Auch in Deutschland finden sich analog zur Schweiz keine schlüssigen Erhebungen zu den Quantitäten von medizinischen Gutachten und es existiert keine Transparenz im Gutachten- und Gutachtermarkt. Die Vergütung von Gutachten ist nicht einheitlich geregelt, wird aber insgesamt als attraktiv beurteilt. Die Vergabe von Gutachtensaufträgen erfolgt meist aufgrund des individuellen Erfahrungshintergrunds der Versicherungsfachkräfte. Die Qualität medizinischer Gutachten wird, ebenfalls ähnlich wie in der Schweiz, sowohl in der Literatur wie von Experten als sehr unterschiedlich eingestuft. Die Qualitätsmängel sollen mit geeigneten Massnahmen zur Qualitätsverbesserung und mit Fortbildungsangeboten verbessert werden. Die Bundesärztekammer

hat ein 40-stündiges modulares Rahmen-Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ erstellt, das von diversen Organisationen und Bildungsinstitutionen in heterogener Form angeboten wird. Einzelne Fachgesellschaften haben Leitlinien zur Begutachtung erstellt. Als Handlungsansätze zur weiteren Qualitätssicherung werden in den Experteninterviews genannt: Vereinheitlichung der Bildungsangebote für Gutachter, mehr verbindliche Richtlinien, regelmässige Peer-Review-Kontrolle von Gutachten, Monitoring und Benchmarksysteme innerhalb von Fachgesellschaften.

Frankreich

Auch für Frankreich lassen sich keine direkten Aussagen zur Marktsituation der Gutachten und Gutachter machen. Für gewisse Gutachtensbereiche, z.B. die Beurteilung von Körperschäden sind nur Gutachter zulässig, die eine spezielle universitäre Nachdiplomausbildung absolviert haben. In der Analyse der Prozessgestaltung von medizinischen Gutachten fallen einige interessante Unterschiede zur deutschen und schweizerischen Praxis auf. Der medizinische Begutachtungsprozess wird insgesamt in Frankreich weniger als „absolut objektive Beweissuche und Beweismwürdigung“ verstanden, sondern enthält vermehrt Mediationslemente. So ist es in jedem Begutachtungsfall immer möglich, dass sich der Explorand von einem eigenen Arzt begleiten lässt. Das für Verkehrsunfallopfer gesetzlich geregelte Verfahren des „gemeinschaftlichen Gutachtens“ (l'expertise conjointe) hat das Verfahren massiv beschleunigt und dazu geführt, dass über 90% der Fälle aussergerichtlich erledigt werden können. Bei der expertise conjointe bezeichnen sowohl die geschädigte Person, wie auch die Versicherung je einen ärztlichen Experten, die nun ein gemeinsames Gutachten nach einer ausführlichen 20 Punkte umfassenden Leitlinie erstellen. Es erfolgt dabei eine standardisierte Konsens- und Dissensdarstellung, welche offensichtlich eine rasche und zielführende Weiterbearbeitung des Falles unterstützt.

1.4. Handlungsempfehlungen

Die Studienergebnisse führen zu einer Reihe von möglichen Handlungsansätzen zur Verbesserung der Markttransparenz und der Qualitätssteigerung und -sicherung bei den medizinischen Begutachtungen in der Schweiz. Nachfolgend werden die aus Sicht der Autoren wichtigsten Empfehlungen zusammengefasst. In den einzelnen Kapiteln finden sich noch zusätzliche Empfehlungen.

1.4.1. Gesundheitsökonomische Empfehlungen – Marktlage

Mit hochgerechneten 163.5 Mio Franken jährlichem Marktvolumen für medizinische Gutachten, machen diese zwar nur etwa 0.3% der Gesamtkosten des Gesundheitswesens aus, dennoch sollte diese Mittelverwendung so effektiv und effizient wie möglich erfolgen. Insbesondere die in der Studie zutage tretenden Qualitätsmängel lassen bezüglich Folgekosten von mangelhaften Gutachten aufmerksam werden. Aus gesundheitsökonomischer Sicht empfehlen sich deshalb zusätzliche Anstrengungen zur regelmässigen Datengenerierung über Gesamtmenge, Auftragsvolumen und Entschädigung der medizinischen Gutachten. Eine gute Markttransparenz ist umso wichtiger, als sich in jüngster Zeit die öffentlichen Diskussionen um die Unabhängigkeit medizinischer Gutachter akzentuiert haben.

1.4.2. Prozessoptimierungen

Eine kritische Diskussion über die optimale Prozessgestaltung der Gutachtenerstellung scheint notwendig. Insbesondere empfehlen sich Verbesserungen in folgenden Punkten:

Beschleunigung der Gutachtensprozesse

Der in der Studie analysierte Gutachtensprozess weist grösste Diskrepanzen hinsichtlich zeitlicher Intervalle auf. Auffällig längere Intervalle gelten für Personen, die nicht im Erwerbsprozess stehen gegenüber noch Erwerbstätigen. Im Interesse des optimierten Outcomes für die begutachtete Person und zur Vermeidung weiterer Chronifizierungen sollte die Best Practice definiert sein, welche Zeitintervalle vom Ereignis/Beginn der Arbeitsunfähigkeit bis zur Beauftragung eines Gutachtens und für die eigentliche Gutachtenerstellung eingehalten werden sollen. Den unterschiedlichen Bedürfnissen und Fragestellungen je Versicherungszweig ist dabei durch differenzierte optimale Zeitintervalle Rechnung zu tragen. Die Zeitintervalle zur Begutachtung von nicht im Erwerbsprozess stehenden Personen sollten grundsätzlich verkürzt werden.

Koordination von Gutachtensaufträgen

Obwohl bei mindestens einem Drittel der in der Studie erfassten Gutachten andere Versicherungen mindestens wahrscheinlich mit involviert sind, kommt es mehrheitlich nicht zu einer Koordination von Gutachtensaufträgen. Angesichts der hohen Gutachtennachfrage und der langen Zeitintervalle für Gutachten scheint hier ein Verbesserungspotential für Synergien und für die Beschleunigung der Klärung von Versicherungsfällen brach zu liegen. Mit der 5. IVG-Revision sollte die Prozesskoordination verbessert worden sein. Eine vertiefte Erforschung des Synergiepotentials mit einer Folgeerhebung ist angebracht.

Weiterqualifizierung der Auftraggeber / Verbesserung der Gutachtensvergabe

Angesichts der Qualitätsunterschiede in der Begutachtung und angesichts der teilweise unterschiedlichen Qualitätsbeurteilung durch Auftraggeber und Experten empfiehlt es sich geeignete Weiterbildungsmassnahmen auch für die Auftraggeber zu entwickeln. Einerseits sollen die Ergebnisse der Studie in Weiterbildungsmassnahmen für Versicherungen fliessen. Andererseits sind geeignete Instrumente zu entwickeln, um den Auftraggebern die gezielte Auftragsvergabe an Gutachter, die qualitativ hochwertige Gutachten erstellen, zu ermöglichen. Prüfwert sind folgende Instrumente: Zentral geführtes Register mit zertifizierten Gutachtern, die regelmässig Peer-reviewed werden; Verwendung von einheitlichen Qualitätsrastern mit dazugehöriger Guideline für eine einheitliche Auftragserteilung und Gutachtensbeurteilung; zentrale Clearingstelle, welche Gutachten nach nachvollziehbaren Regeln nach einem Zufallsprinzip an qualifizierte Gutachter vergibt und die Einhaltung von Qualitätsstandards prüft.

1.4.3. Qualitätssicherung der Begutachtung

Die Qualitätsanalyse hat eine grosse Qualitätsdivergenz innerhalb der analysierten Gutachten sowie bei 22% der Gutachten gravierende Mängel hinsichtlich fachlicher Gutachtenserstellung und versicherungsmedizinischer Konklusionen ergeben. Die nachfolgenden Handlungsempfehlungen zielen auf ein Bündel von vernetzten Verbesserungsmassnahmen.

Leitlinien

Die Unité de doctrine ist zu verbessern durch Erlass von verbindlichen fachlichen

und methodischen Leitlinien für die medizinische Begutachtung nach Fachrichtungen. Diese sollen sowohl die spezifischen medico-legalen und versicherungsmedizinischen Aspekte der Gutachtenserstellung, wie auch die jeweiligen fachmedizinischen Belange umfassen. Damit kann eine möglichst sachgerechte und rechtsgleichen Begutachtung entwickelt werden, die auch einer verbindlichen, standardisierten Qualitätskontrolle zugänglich ist. Der nationale und internationale Fachdialog zur Vereinheitlichung zwischen verschiedenen Schulmeinungen soll dabei fortgesetzt werden.

Weiterbildung

Die fach- und stufengerechte Weiterbildung der Ärzteschaft im Gutachterwesen ist durch Gutachterkurse und fachspezifische Fortbildungen zu sichern und weiter zu entwickeln. Die entsprechenden Zertifizierungen sind an Qualitätsnachweise, z.B. regelmäßige Peer Reviews zu koppeln.

Einheitliches Raster zur Qualitätsbeurteilung

Um die Qualität medizinischer Gutachten mit praktikablem Aufwand nach einheitlichen formalen und fachlichen Aspekten, objektiviert und verlässlich beurteilen zu können, ist ein für Auftraggeber, Gutachter und Wissenschaft taugliches, je Gutachstentyp einheitliches Gutachtensraster zu entwickeln und einzusetzen. Das in der vorliegenden Studie verwendete Evaluationsraster wird entsprechend überarbeitet, in einem weiteren Pilottest erneut geprüft werden und soll dann in einer breiten Praxis Anwendung finden können.

Analyse der Qualitätsunterschiede nach Sprachregion

Die signifikante Abweichung in der Qualitätsbeurteilung zwischen deutschsprachigen und französisch-, bzw. italienischsprachigen Gutachten ist genauer zu analysieren. Möglichweise ergeben sich daraus Anstösse, die deutschsprachige Gutachtertätigkeit zu überdenken.

1.4.4. Handlungsansätze aus dem internationalen Vergleich

Aus den eher negativen Erfahrung in Deutschland mit einem breiten, heterogenen Angebot in der Gutachtensausbildung empfiehlt es sich als Handlungsempfehlung,

die Gutachterausbildung in der Schweiz möglichst zentral zu führen und Zertifizierungen an regelmässige Qualifizierungsnachweise zu knüpfen.

Die Grundidee der gemeinschaftlichen Begutachtung, wie sie Frankreich kennt, sollte für die Schweiz in geeigneten Pilotsettings sowohl im Privatversicherungs- wie auch im Sozialversicherungsbereich weiter ausgetestet werden. Die guten Erfahrungen (Verfahrensbeschleunigung und Vermeidung von strittigen Fällen) sollten unbedingt für die Schweiz nutzbar gemacht werden, z.B. im Bereich des Arzthaftpflichtrechtes oder bei komplexen Unfallabfolgen.

2. Einleitung / Hintergrund

Auf Anregung der SIM Swiss Insurance Medicine (Interessensgemeinschaft Versicherungsmedizin Schweiz) haben das WIG, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie und die asim, Academy of Swiss Insurance Medicine an der Universität Basel 2006 bis 2009 ein gemeinsames Forschungsprojekt lanciert, das Marktsituation und Markttransparenz und Qualität im schweizerischen Gutachterwesen untersucht. Hintergrund der Studie war, dass frühere Pilotstudien Qualitätsmängel der Begutachtungen aufgezeigt hatten, die öffentliche Diskussion über die Gutachtensqualität zugenommen hat und sowohl die Nachfrage nach Gutachten wie auch das Angebot an Gutachtern in den letzten Jahren stetig gewachsen ist. Parallel zu dieser Entwicklung ist die Gutachterausbildung in der Schweiz ausgebaut worden. In dieser dynamischen Entwicklung will die Studie eine umfassende Standortbestimmung ermöglichen um möglichst effiziente Handlungsempfehlungen ableiten zu können.

3. Zielsetzung und Vorgehensweise

3.1. Zusammenfassung der Zielsetzung

- Das Ziel der Studie ist es, durch die wissenschaftliche Analyse von empirisch abgestützten Marktdaten und der Prozesse bei der Vergabe von Gutachten in der Versicherungsmedizin, der exemplarischen Überprüfung der Gutachtenqualität und der Berücksichtigung internationaler Benchmarking-Ansätze, die wissenschaftliche Grundlage zur Beurteilung von Handlungsbedarf zu schaffen und Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten. Konkret soll
- Markttransparenz für den Versicherungsmarkt und die Sozialversicherungen geschaffen,
- den am Gutachtenprozess beteiligten Organisationen der Optimierungsbedarf aufgezeigt und
- zukünftig die Grundlagen für die Qualitätssicherung unter Einbeziehung von Aspekten der Gesundheitsökonomie etabliert werden.

Insgesamt gibt es zur Situation der Erstellung von medizinischen Gutachten in der Schweiz wenig verlässliche Daten. Was die quantitativen Aspekte angeht, liegen weder für den Schweizer Gesamtmarkt noch für die einzelnen Versicherer exakte Daten zur Anzahl Gutachten pro Institution oder Gutachten pro Fachdisziplin vor. Ebenso wenig gibt es repräsentative Angaben über die Anzahl Mediziner pro Fachdisziplin, die Gutachten durchführen. Hinsichtlich der qualitativen Aspekte von Gutachten mangelt es an verbindlichen schweizweiten Standards zur Qualitätssicherung. Untersuchungen einzelner Versicherer haben jedoch gezeigt, dass die inhaltliche Qualität von Gutachten verbesserungsfähig ist.

Ziel der Untersuchung ist es, eine Analyse der bestehenden medizinischen Gutachtersituation in der Schweiz durchzuführen und damit grundlegende Informationen zur Markteinschätzung, Markttransparenz und Qualitätssicherung zu erhalten. Dies beinhaltet eine Übersicht über die aktuelle quantitative Datenlage und den Stand der Qualitätsbemühungen. Prozesse der Vergabe und Bearbeitung von Gutachten werden genauer beleuchtet und identifiziert, um prozessorientierte Lösungsansätze zu definieren, die diese Abläufe zukünftig optimieren helfen. Insbesondere werden aus-

ländische Ansätze (Deutschland, Frankreich) zur Sicherung der Qualität von medizinischen Gutachten im Hinblick auf die Übertragbarkeit auf die Schweiz diskutiert. Die Analyse bezieht sich dabei nur auf die Belange der Versicherungsmedizin und damit auf Gutachten in Verbindung mit Personenschäden oder Haftpflichtfragen.

In der nachfolgenden Abbildung ist die Zielsetzung der Studie im Überblick dargestellt.

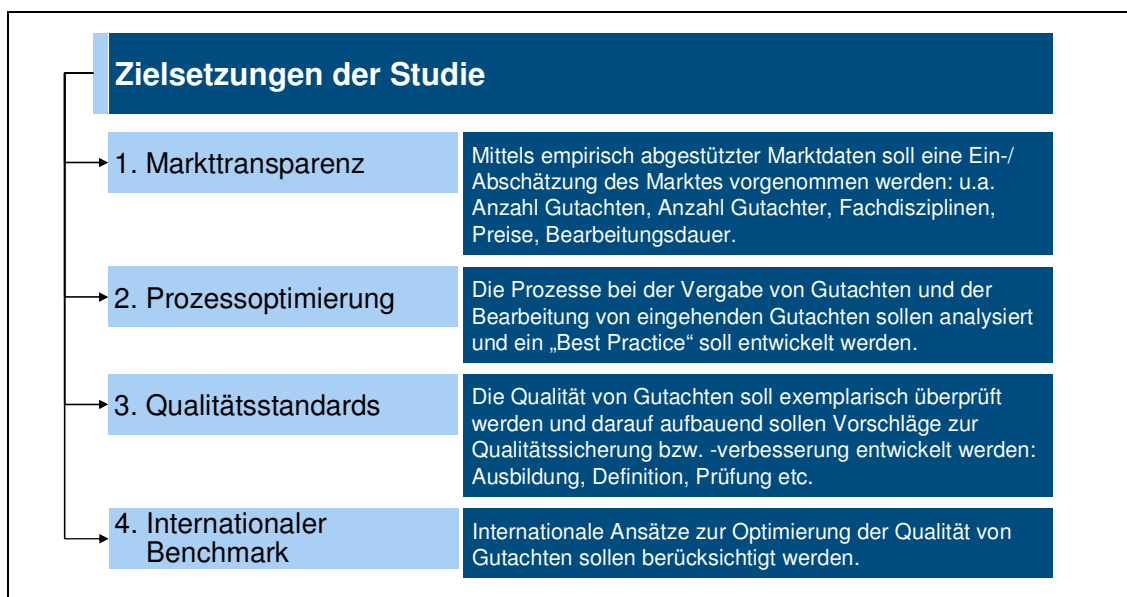


Abbildung 1: Zielsetzung der MGS-Studie

Die Auftraggeber der Studie erhalten mit der Untersuchung einen vertieften Einblick in die aktuelle Lage der medizinischen Gutachten in der Schweiz. Sie kennen damit fundiert die Situation der verschiedenen beteiligten Akteure und verfügen über ein wissenschaftlich fundiertes Argumentarium, wie und womit kurz-, mittel- und langfristig Verbesserungen erreicht werden könnten. Auf dieser Grundlage können alle beteiligten Akteure für eine Zusammenarbeit motiviert und die Notwendigkeit von Handlungsschritten auch auf politischer Ebene vertreten werden.

3.2. Vorgehensweise/ Methodik

Zur Erreichung der Zielsetzungen wurde das Gesamtprojekt in vier Teilprojekte gegliedert, die ein zu eins mit den vier Zielsetzungen korrespondieren. Diese vier Teilprojekte wurden zum Teil gemeinsam (Empirie/Quantität und Prozesse), zum Teil getrennt (Qualität, Internationale Ansätze) voneinander bearbeitet.

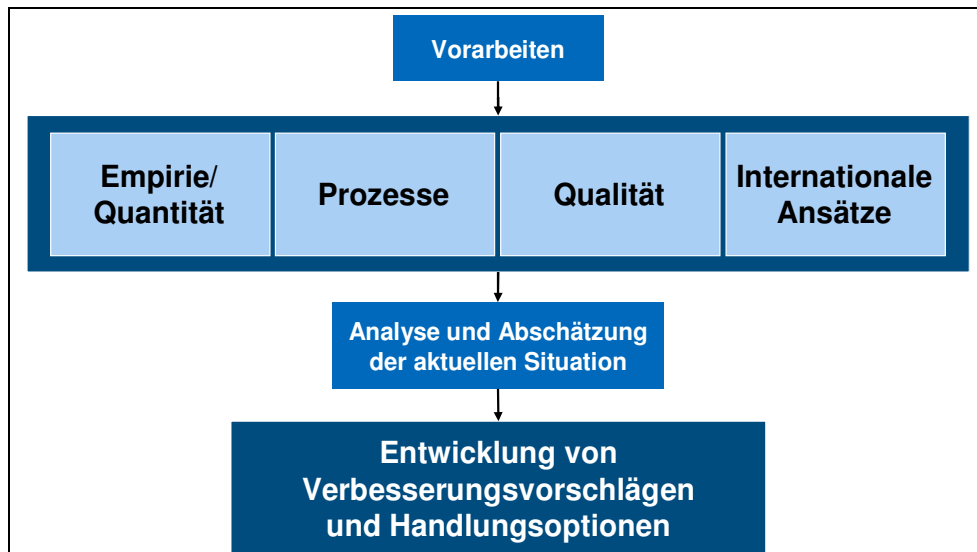


Abbildung 2: Teilprojekte der MGS-Studie

Nachfolgend werden die Studienergebnisse der Empirie/Quantitätserhebung sowie zur Qualitätsanalyse detailliert dargestellt. Die Darstellung internationaler Ansätze wird kurz zusammengefasst im Management Summary dargestellt und in vollem Umfang nachgeordnet als Annex beigefügt.

3.2.1. Datenschutz und Ethikkommission

Bei der Studie handelt es sich um eine Qualitätssicherungsmaßnahme von bereits im Routinebetrieb erhobenen Daten. Es erfolgte keine Erfassung oder Auswertung von Daten, die ausserhalb der beteiligten Organisationen einem spezifischen Patienten zugeordnet werden können.² Das Studienprotokoll für die Gesamtstudie wurde durch die Ethikkommission beider Basel am 15.5.2008 genehmigt (Ref.Nr. EK: 134/08).

4. Teilprojekt 1 und 2: Empirie / Quantität und Prozesse der Gutachtenserstellung in der Schweiz

4.1. Vorgehensweise

4.1.1. Fragestellungen

Mit diesen Teilprojekten sollten vor allem folgende Fragestellungen beantwortet werden:

- Wie viele medizinische Gutachten mit welchen Merkmalen werden in der Schweiz erstellt?
- Was sind typische Ablaufmuster bei der Beauftragung und der Erstellung von Gutachten?
- Wie ist die Qualität der medizinischen Gutachten aus Sicht der Auftraggeber?

4.1.2. Studiendesign

Querschnittstudie über einen Beobachtungszeitraum von 3 Monaten.

4.1.3. Eingeschlossene Gutachten

Eingeschlossen wurden konsekutiv alle schriftlichen "medizinischen Beurteilungen" (mit oder ohne Patientenkontakt), die zwischen dem 01. Februar 2008 und dem 30. April 2008 bei den beteiligten Versicherungen eingingen, unabhängig vom Datum ihrer Auftragserteilung. Eingeschlossen waren also Gerichtsgutachten, Obergutachten, Gutachten (im engeren Sinne) und Aktengutachten (jedoch nicht zu biomechanischen Fragestellungen).

Ausgeschlossen waren folgende Dokumente: Gutachten zu biomechanischen Fragestellungen, medizinische Stellungnahmen, Verlaufs- und Zwischenberichte sowie Arztzeugnisse.

4.1.4. Outcome

- Menge der erstellten medizinischen Gutachten

- Charakteristika der erstellten medizinischen Gutachten
- Informationen zum Prozess der Gutachtenbeauftragung und -erstellung
- Informationen zur wahrgenommenen Qualität der medizinischen Gutachten aus Sicht der Auftraggeber

4.1.5. Teilnehmende Organisationen

An der Datenerhebung beteiligten sich sowohl Schweizer Unfall- und Haftpflichtversicherer als auch Kranken- und Invalidenversicherer aus der deutschen, französischen und italienischen Sprachregion.

Beteiligte Unfall- und Haftpflichtversicherer: Suva (UVG), private Unfallversicherer (UVG), Haftpflichtversicherer (Motorfahrzeug-Haftpflicht; Betriebs-/oder Berufshaftpflicht; Privathaftpflicht), andere Unfall- oder Haftpflichtversicherer (Privatversicherer). (Zu Details der beteiligten Versicherer siehe Kap. 4.2.1. „Erfasste Gutachten“.)

Beteiligte Krankenversicherer und Invalidenversicherung: Kantonale IV-Stellen; Krankentagegeldversicherer (KVG; VVG), andere Kranken- oder Invaliditätsversicherer (Privatversicherer).

4.1.6. Fragebogenentwicklung

Die Erstellung des Fragebogens (FB) erfolgte in einem mehrstufigen Verfahren. In einer initialen Literaturrecherche wurden bereits bestehende Instrumente gesichtet, zudem wurden durch Expertenkontakte typische Probleme bei der Erstellung von Gutachten gesammelt. Entsprechend dem typischen Ablauf der Gutachten-Erstellung erfolgte entlang mehrerer Beobachtungsdimensionen die Erstellung eines ersten Pilot-FB. In mehreren Expertenrunden wurden weitere Inputs gesammelt und Anpassungen vorgenommen. In einem Pretest bei 25 Gutachten verschiedener Versicherungen wurde der FB auf seine Praxistauglichkeit und etwaige noch vorhandene inhaltliche Unschlüssigkeiten getestet und entsprechende letzte Anpassungen vorgenommen.

Der fertige FB bestand aus 41 Fragen zu folgenden Dimensionen: Allgemeine Angaben, Informationen zum Gutachter, zum Gutachten, zum Exploranden, zur Schadenhöhe, zum Prozess der Beauftragung und Koordination des Gutachtens und zum Ergebnis des Gutachtens, welches die Beurteilung der Qualität des Gutachtens aus

Sicht des Auftraggebers einschloss. Zusätzlich wurden zwei Fragen zu Rückenschmerzen und generalisiertem Schmerzsyndrom aufgenommen, die als Identifikationsgrundlage für eine später erfolgende Studie zur Anwendung des ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health im Gutachterbereich dienen. (Kopie des FB siehe Anhang 1).

Der FB wurde nach dem Pretest von fremdsprachigen Spezialisten aus dem Gutachtenwesen in die italienische und französische Landessprache übersetzt. Zudem erfolgte in enger Kooperation mit dem Zentrum für Marketing Management, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, die Übertragung des FB in ein elektronisches Befragungstool zur passwort-geschützten online-Erhebung via Internet am Computer. Bereits der Pilottest erfolgte mit der online-Version des FB. Dies sollte die Akzeptanz der Erhebung verbessern und die Datenqualität erhöhen. Via online-Tool erfolgte bei Dateneingabe der direkte Transfer der Daten in eine zentrale SPSS-Datenbank.

4.1.7. Ablauf der Datenerhebung

Zur Sicherstellung einer hohen Datenqualität wurden verschiedene zusätzliche Massnahmen etabliert: Vorgängig mehrfache Vorinformation von Schlüsselpersonen der verschiedenen Versicherer zur Erhöhung der Messmotivation (Inhalte: Sinn und Nutzen der Messung für die eigene Organisation; Art der Verwendung der Ergebnisse); Erstellung von Schulungsmaterial (Messmanuals; Schulungsfolien) zur Schulung der Mitarbeitenden vor Ort durch Schlüsselpersonen der Versicherer; Empfehlung zum regelmässigen internen Messcontrolling auf Vollständigkeit der Erhebung durch Projektverantwortliche bei den Versicherern; Etablierung eines 2-3 wöchentlichen externen Messcontrollings durch das Studienzentrum mit Feedbackinformation für die Steuerungsgremien der Studie und die Versicherer (jeweils Informationen zu Datenmenge und Datenqualität); Hotline-Service des Studienzentrums zur zeitnahen Beantwortung von aktuellen Fragen während der Dateneingabe.

4.1.8. Auswertung der Daten

Da die an der Studie beteiligten Versicherer und deren begutachtete Personen keine homogene Gruppe darstellen, werden die Ergebnisse, wo dies Sinn macht, sowohl

für das Total (n=3165) dargestellt, als auch für die Invalidenversicherung (IV: n=2444), sowie für die Privatversicherer (PV: n=678; eingeschlossene Versicherergruppen siehe unter „erfasste Gutachten“). Diese beiden Gruppen machen zusammen 98.6% der eingegebenen Gutachten aus. Die Gutachten der Suva und anderer Versicherer (z.B. Krankentaggeldversicherer nach KVG) sind im Total enthalten. Für die deskriptive Auswertung berechneten wir für kontinuierliche Daten Mittelwerte (SD) oder Median (mit 25% und 75%-Perzentilen), sowie für kategorielle Daten prozentuale Häufigkeiten.

Für vergleichende Auswertungen wurden in Abhängigkeit der Verteilung der Daten bei kontinuierlichen Daten parametrische- (paired/unpaired t-test) respektive nicht-parametrische (Wilcoxon/Mann-Whitney) Testverfahren durchgeführt. Kategorielle Daten wurden mittels Chi-square-Test verglichen.

In einer univariablen Regressionsanalyse untersuchten wir den Einfluss einzelner Kriterien der Gutachtenbewertung auf die Gesamtzufriedenheit der Auftraggeber mit den erstellten Gutachten (abhängige Variable: Gesamtzufriedenheit „sehr zufrieden“: ja/nein; un-abhängige Variable: z.B. Bearbeitungsdauer des Gutachtens „angemessen lang“: ja/nein). In einem multivariablen Regressionsmodell analysierten wir alle Einzelkriterien der Gutachtenbewertung, die in der univariablen Analyse positiv (Odds ratio >1.0) und signifikant ($p < 0.05$) mit einer hohen Gesamtzufriedenheit assoziiert waren (abhängige Variable: Gesamtzufriedenheit „sehr zufrieden“: ja/nein; un-abhängige Variablen: Zufriedenheit beim jeweiligen Einzelkriterium: ja/nein).

Für den Vergleich von Kostendaten verwendeten wir Mittelwerte (SD).(1) Kostendaten sind zwar typischerweise nicht normal-verteilt, allerdings stellt der Median eine nur wenig geeignete Hinweisgrösse für den Vergleich von Gesamtkosten dar, da er extreme Kosten nur ungenügend widerspiegelt. Für die Begleichung der anfallenden Gesamtkosten durch den Kostenträger können jedoch solche Kosten, die am Ende der Verteilung liegen, besonders relevant sein.

Die Auswertung erfolgte mit SPSS für Windows, Version 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). Die Regressionsanalysen wurden mit Stata 9.0 (StataCorp 2006, Stata Statistical Software, College Station, TX) durchgeführt.

4.2. Ergebnisse

Zusammenfassung

Insgesamt wurden 3165 Gutachten ausgewertet (zu 88% Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit; zu 12% Beurteilung eines Schadenereignisses). 2'444 Gutachten stammten von der Invalidenversicherung, 678 von Privatversicherern und 43 von anderen Versicherern (z.B. Suva, Krankentaggeldversicherer nach KVG). Die Daten wurden meist von der medizinischen Fachstelle des Versicherers oder Sachbearbeitern eingegeben. Die Vollständigkeit der eingegebenen Daten war hoch.

Die Gutachter waren zum grössten Teil in der eigenen Praxis tätig, die häufigsten involvierten FMH-Fachgebiete waren Psychiatrie und Rheumatologie. Die Gutachten wurden oft von der medizinischen Fachstelle des Versicherers oder von Sachbearbeitern ausgelöst. Die Aktenlage war vor Beauftragung in etwa der Hälfte der Fälle kontrovers. Zwei Drittel aller Gutachten waren monodisziplinäre Gutachten. Der Schwierigkeitsgrad der Gutachten wurde überwiegend als „mittel“ oder „hoch“ eingestuft und in zwei Drittel der Fälle war es das erste Gutachten im betreffenden Versicherungsfall.

Die begutachteten Personen waren oft zwischen 40 und 60 Jahren alt und vor dem Ereignis meist in angestellter Hilfs- oder Fachfunktion tätig. Das Zeitintervall vom erstmaligen Auftreten der relevanten Arbeitsunfähigkeit der begutachteten Personen bis zum Gutachtenauftrag betrug im Mittel etwa 4 Jahre, bei einem Schadenereignis etwa 3 Jahre. Im Zeitpunkt der Begutachtung wiesen bei IV-Gutachten bereits etwa 75% und bei Gutachten für Privatversicherer etwa 31% der begutachteten Personen keine Erwerbsbeschäftigung mehr auf. Die häufigsten Schadenhöhen lagen breit verteilt in einem Bereich bis 500'000 CHF.

Die Dauer der Erstellung eines Gutachtens, vom Auftrag bis zum Eingang beim Versicherer, betrug im Mittel bei IV-Gutachten knapp 5 Monate und bei Gutachten für Privatversicherer etwa 2.5 Monate. Die Preise der Gutachten lagen im Mittel in einem Bereich von etwa 3'000 CHF (Privatversicherer) bis 5'000 CHF (Invalidenversicherung). In einem Drittel der Fälle waren auch andere Versicherer für den gleichen Schadenfall zuständig, eine gezielte Koordination fand jedoch selten statt.

Die Gutachtenqualität wurde von etwa 80-90% der befragten Personen bei den meisten befragten Qualitätsmerkmalen als gut oder erfüllt beurteilt (z. B. formale und in-

haltliche Darlegungen im Gutachten oder Beantwortung der gestellten Fragen). Mit der Bearbeitungsdauer des Gutachtens und dem Preis-Leistungsverhältnis waren etwa 70-80% der befragten Personen zufrieden. Den stärksten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit hatten „gut begründete und nachvollziehbare Schlussfolgerungen“ des Gutachters.

4.2.1. Erfasste Gutachten

An der Studie beteiligten sich folgende Schweizer Versicherungsgesellschaften (in alphabetischer Reihenfolge): Alba Versicherung, Allianz Suisse, AXA-Winterthur, Baloise, Concordia, Generali, Groupe Mutuel, Helsana-Versicherungen AG, Helvetia, Invalidenversicherung (kantonale IV-Stellen), KPT, Mobiliar, Mobiliar-Lebensversicherung, Unfall-/Krankenkasse Bern, Nationale Suisse, Smile direct-Versicherung, Suva (Clearingstelle), SWICA, Zürich-Versicherungen. Infolge organisatorischer Engpässe sahen Visana und CSS, wie auch die via RAD Ostschweiz betreuten kantonalen IV-Stellen der Ostschweizer Kantone von einer Beteiligung an der Erhebung ab.

Insgesamt wurden während der 3-monatigen Erfassungsperiode 3165 Gutachten eingeschlossen (Tabelle 1). Davon entfielen 2784 (88%) Gutachten auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (Krankenversicherer; Invalidenversicherung) und 374 (12%) Gutachten auf die Beurteilung von Schadensfällen (Unfallversicherer), bei sieben Gutachten fanden sich keine diesbezüglichen Angaben. Bei den Gutachten zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stammte der grösste Teil (n=2444 Gutachten) von den kantonalen IV-Stellen.

Für die Auswertung wurden folgende Versicherergruppen als „Privatversicherer“ (PV) zusammengefasst (die untenstehenden Bezeichnungen folgen dem Wortlaut des Fragebogens):

- UVG (Private Versicherungsgesellschaft);
- Haftpflichtversicherer (Motorfahrzeug-);
- Haftpflichtversicherer (Betriebs-/oder Berufshaftpflicht);
- Haftpflichtversicherer (Privathaftpflicht);
- Krankentagegeldversicherer nach VVG;
- Andere Unfall- oder Haftpflichtversicherer
- Andere Kranken- oder Invaliditätsversicherer

Die Privatversicherer trugen insgesamt n=678 Gutachten zur Auswertung bei.

Tabelle 1: Erfasste Gutachten: Organisationen und Sprachregionen

Eingeschlossen wurden n=3165 Gutachten.

Auftrag gebende Organisation (P: Privatversicherer)	Gutach- tens-Art*	N (%)
UVG (SUVA)	S	22 (0.7)
UVG (Private Versicherungsgesellschaft); P	S	298 (9.4)
Invalidenversicherung (Kantonale IV-Stelle)	AU	2444 (77.2)
Haftpflichtversicherer (Motorfahrzeug-); P	S	22 (0.7)
Haftpflichtversicherer (Betriebs-/oder Berufshaftpflicht); P	S	16 (0.5)
Haftpflichtversicherer (Privathaftpflicht); P	S	0 (0.0)
Krankentagegeldversicherer nach KVG	AU	14 (0.4)
Krankentagegeldversicherer nach VVG; P	AU	311 (9.8)
Andere Unfall- oder Haftpflichtversicherer (Privatversicherer); P	S	16 (0.5)
Andere Kranken- oder Invaliditätsversicherer (Privatversicherer); P	AU	15 (0.5)
Keine Angabe	--	7 (0.2)
Total		3165 (100)
Beteiligte Schweizer Sprachregionen		N (%)
Deutsch		2299 (72.6)
Französisch		576 (18.2)
Italienisch		290 (9.2)
Total		3165 (100)

*Gutachtenart: S, Schadensfall; AU, Arbeitsunfähigkeit;

4.2.2. Datenqualität

Der Datenfluss an die Auswertungsstelle erfolgte über die gesamte Erfassungszeit kontinuierlich mit einer Eingabe von etwa 150 bis 270 Datensätzen pro Woche. Die Vollständigkeit der Daten war hoch. Die durchschnittliche Anzahl an fehlenden Daten in den relevanten Items betrug etwa 0.6% (Median: 0%; 25-75%-Perzentile: 0-0%). Lediglich bei vier Items betrug die Anzahl fehlender Daten mehr als 1% (Funktion der Daten eingebenden Person: 6.9%; Datum des Patientenkontakts beim Gutachten: 6.8%; Anzahl Erfahrungsjahre der Daten eingebenden Person: 6.6%; Datum der erstmaligen Arbeitsunfähigkeit: 2.6%). Die Anfragen über die Hotline bezogen sich überwiegend auf technische Eingabefragen oder Fragen zu Sinn und Zweck der Erhebung und konnten so gut wie immer umgehend geklärt werden.

Vor der Auswertung wurden verschiedene Plausibilisierungen zur inhaltlichen Datenqualität durchgeführt (z.B. Plausibilisierung von negativen Zeitintervallen).

Bei der Plausibilisierung von Daten zum Preis der erstellten Gutachten wendeten wir folgende Kriterien an: Bei Gutachtenpreisen von > 20'000 CHF erfolgte die Plausibilisierung unter Einbezug von Informationen zur Anzahl der beteiligten Fachgutachter, zum Institutionstyp des/der Gutachter, zum Schweregrad des Gutachtens und zur Netto-Schadensumme. Als plausible untere Grenze für den Gutachtenpreis wurden auf Basis des Tarmed-Katalogs 364 CHF festgelegt (entsprechend der Summe aus ärztlichen und technischen Leistungen für „Gutachten Klasse A“ und „Untersuchung bei Gutachten Klasse A“; angewendeter Taxpunktswert: 0.92 CHF 3). Bei 53 Gutachten wurden auf Basis der obigen Kriterien die eingegebenen Gutachtenpreise als nicht plausibel gelöscht. Die restlichen Datenfelder der betreffenden Gutachten wurden, soweit sie plausibel waren, für die Auswertung beibehalten.

4.2.3. Antwortende Personen der Versicherer

Details zu den antwortenden Personen der beteiligten Versicherer, welche die Daten eingegeben haben, sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Tabelle 2: Profil der antwortenden Personen.

Eingeschlossen waren n=3165 Gutachten (=Total).

Funktion der antwortenden Personen im Unternehmen	Total N* (%)	IV[#] N* (%)	PV[§] N* (%)
Schadensachbearbeiter	997 (31.5)	695 (28.4)	292 (43.1)
Vorgesetzter	301 (9.5)	55 (2.3)	242 (35.7)
Medizinische Fachstelle des Versicherers	1320 (41.7)	1284 (52.5)	33 (4.9)
Juristische Fachstelle des Versicherers	17 (0.5)	0 (0.0)	17 (2.5)
Andere (z.B. Qualitätsverantwortliche; Case-Manager)	311 (9.8)	221 (9.0)	65 (9.6)
Erfahrungsjahre der antwortenden Personen in gleicher oder ähnlicher Position	N* (%)	N* (%)	N* (%)
0-2 Jahre	752 (23.8)	685 (28.0)	44 (6.5)
2-5 Jahre	573 (18.1)	445 (18.2)	122 (18.0)
6-10 Jahre	782 (24.7)	558 (22.8)	216 (31.9)
11-20 Jahre	748 (23.6)	545 (22.3)	199 (29.4)
>20 Jahre	102 (3.2)	33 (1.4)	68 (10.0)

[#]IV: Invalidenversicherung; [§]PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;* Summe nicht 100%, da einige Gutachten mit fehlenden Daten.

4.2.4. Medizinische Gutachter

Der überwiegende Teil der Gutachter, deren Gutachten in der Erhebung erfasst wurden, waren niedergelassene Ärzte und Ärztinnen aus der Praxis (n=1827; 57.7%). Danach folgten Gutachter, die in einer speziellen Gutachteninstitution (z.B. Medas) angestellt waren (Details siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Institutionstyp und FMH-Kategorie der Gutachter.

Eingeschlossen waren n=3165 Gutachten (=Total).

Institutionstyp	Total N (%)	IV[#] N (%)	PV[§] N (%)
Praxis (niedergelassene Ärztin oder Arzt mit Praxis)	1827 (57.7)	1301 (53.2)	496 (73.2)
Spital (Bezirks-, Regional-, Kantons-, Universitätsspital)	276 (8.7)	200 (8.2)	74 (10.9)
Gutachteninstitution (Medas)	769 (24.3)	742 (30.4)	24 (3.5)
Gutachteninstitution (andere)	225 (7.1)	159 (6.5)	60 (8.8)
Anderer Institutionstyp (z.B. beratender Arzt bei privater Lebensversicherung)	68 (2.1)	42 (1.7)	24 (3.5)

FMH-Kategorien* der beteiligten Gutachter	N** (%)	N** (%)	N** (%)
Psychiatrie	2087 (65.9)	1798 (73.6)	264 (38.9)
Rheumatologie	949 (30.0)	810 (33.1)	133 (19.6)
Neurologie	521 (16.5)	411 (16.8)	100 (14.7)
Neuropsychologie	161 (5.1)	126 (5.2)	35 (5.2)
Orthopädie	499 (15.8)	302 (12.4)	190 (28.0)
Allgemeinmedizin / Innere Medizin	579 (18.3)	511 (20.9)	66 (9.7)
Chirurgie	151 (4.8)	45 (1.8)	101 (14.9)
Andere (z.B. Psychosomatik; Kardiologie)	239 (7.6)	178 (7.3)	60 (8.8)

#IV: Invalidenversicherung; §PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;

*Gilt nicht für „Neuropsychologie“; **Summe grösser als 100%, da Mehrfachantworten möglich.

Bei knapp zwei Dritteln der Gutachten war nur eine FMH-Fachrichtung beteiligt (Monodisziplinäre Gutachten: n=2072; 65.5%). Bei 13.8% (n=437) der Gutachten handelte es sich um bi-disziplinäre Gutachten mit 2 beteiligten Fachrichtungen und bei 20.7% (n=656) der Gutachten handelte es sich um polydisziplinäre Gutachten mit mindestens drei beteiligten Fachrichtungen.

Die häufigste FMH-Kategorie der beteiligten Gutachter war das Fachgebiet Psychiatrie (n=2087; 65.9%), gefolgt von dem der Rheumatologie (n=949; 30.0%). Bei 547 Gutachten (17.3%) waren diese beiden häufigsten Fachgebiete gemeinsam, oft noch zusammen mit anderen Fachgebieten, beteiligt. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Anzahl Fachgebiete der eingeschlossenen Gutachten.

Tabelle 4: Anzahl FMH-Fachgebiete pro Gutachten.

Eingeschlossen waren n=3165 Gutachten (= Total).

Anzahl FMH-Fachgebiete pro Gutachten	Total N (%)	IV [#] N (%)	PV [§] N (%)
1 Fachgebiet (Mono-disziplinäre Gutachten)	2072 (65.5)	1518 (62.1)	522 (77.0)
2 Fachgebiete (Bi-disziplinäre Gutachten)	437 (13.8)	345 (14.1)	83 (12.2)
Poly-disziplinäre Gutachten	656 (20.7)	581 (23.8)	73 (10.8)
3 Fachgebiete	442 (14.0)	398 (16.3)	42 (6.2)
4 Fachgebiete	162 (5.1)	140 (5.7)	22 (3.2)
5 Fachgebiete	47 (1.5)	39 (1.6)	8 (1.2)
6 Fachgebiete	4 (0.1)	4 (0.2)	0 (0.0)
7 Fachgebiete	1 (0.03)	0 (0.0)	1 (0.1)

#IV: Invalidenversicherung; §PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;

4.2.5. Eingegebene Gutachten

Bei fast allen Gutachten erfolgte bei Erstellung ein Patientenkontakt (97.7%; n=3091). Die Mehrzahl der Gutachten (65.2 %; n=2063) wurde von den antwortenden Personen einem „mittleren“ bis „hohen“ Schwierigkeitsbereich, entsprechend den Tarmed-Kategorien, zugeordnet (Tabelle 5).

Tabelle 5: Schwierigkeitsgrad der Gutachten.

Eingeschlossen waren n=3165 Gutachten (=Total).

Schwierigkeitsgrad	Beispiel [§]	Total N (%)	IV [#] N (%)	PV [§] N (%)
Kurzes Aktenstudium	Zeitaufwand ca. 60 Minuten	387 (12.2)	216 (8.8)	164 (24.2)
mittlere Schwierigkeit	Einfache Recherche, Zeitaufwand ca. 180 Minuten	1306 (41.3)	996 (40.8)	299 (44.1)
hohe Schwierigkeit	Aufwändige Recherche, Zeitaufwand ca. 240 Minuten	757 (23.9)	636 (26.0)	115 (17.0)
überdurchschnittliche Schwierigkeit	Komplexe Aktenlage, sehr aufwändige Recherche, Zeitaufwand ca. 240 Minuten	312 (9.9)	249 (10.2)	52 (7.7)
Ausserordentlich hohe Schwierigkeit	Ungewöhnlich umfangreiche Recherchen, hohe Schwierigkeit der gutachterlichen Überlegungen, Aufwand nicht determiniert	87 (2.7)	63 (2.6)	16 (2.4)
Nicht beurteilbar	---	316 (10.0)	284 (11.6)	32 (4.7)

[§] Als Beispiel sind die Tarmed-Kategorien aufgeführt; [#]IV: Invalidenversicherung; [§]PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;

Bei etwa 2/3 der Gutachten (66.4%; n=2101) handelte es sich um das erste Gutachten im betreffenden Versicherungsfall (Tabelle 6). In 29.5% der Fälle (n=934) waren

bereits 2-3 Gutachten und in 2.2% der Fälle (n=69) 4 oder mehr Gutachten inklusive dem aktuellen Gutachten im gleichen Versicherungsfall erstellt worden.

Tabelle 6: Frühere Gutachten im gleichen Versicherungsfall.

Eingeschlossen waren n=3165 Gutachten (Total).

Anzahl bereits erstellter Gutachten in gleichen Versicherungsfall (einschliesslich dem hier befragten Gutachten)	Total N (%)	IV[#] N (%)	PV[§] N (%)
Nur dieses erste Gutachten	2101 (66.4)	1546 (63.3)	519 (76.5)
2-3 Gutachten	934 (29.5)	790 (32.3)	141 (20.8)
4 oder mehr Gutachten	69 (2.2)	53 (2.2)	15 (2.2)
Weiss ich nicht	61 (1.9)	55 (2.3)	3 (0.4)

[#]IV: Invalidenversicherung; [§]PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;

4.2.6. Begutachtete Personen

Informationen zu den begutachteten Personen

Männer und Frauen waren etwa gleich häufig vertreten (49.3% respektive 50.7%).

Das mittlere Alter betrug 45.9 Jahre (Median: 47 Jahre; IQR: 39 – 54; Minimum: 14 Jahre; Maximum 88 Jahre).

Bei 2/3 der Gutachten (67.8%; n=2115) waren die begutachteten Personen zwischen 41 und 60 Jahren alt (Verteilung der Altersgruppen siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Altersgruppen der begutachteten Personen.

Eingeschlossen waren n=3165 Gutachten (=Total).

Altersgruppen der begutachteten Personen	Total N (%)	IV[#] N (%)	PV[§] N (%)
1-18 Jahre	25 (0.8)	23 (0.9)	2 (0.3)
19-40 Jahre	866 (27.4)	607 (24.8)	242 (35.7)
41-50 Jahre	1086 (34.3)	862 (35.3)	213 (31.4)
51-60 Jahre	1029 (32.5)	858 (35.1)	1161 (23.7)
61-65 Jahre	142 (4.5)	91 (3.7)	46 (6.8)
66-90 Jahre	17 (0.5)	3 (0.1)	14 (2.1)

[#]IV: Invalidenversicherung; [§]PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;

Beschäftigungssituation vor dem Ereignis

Die vor dem jeweiligen Schadensereignis- oder vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit der Patienten wurde zum grössten Teil in Hilfs- (50.2%) oder Fachfunktion (29.3%) in einem angestellten Beschäftigungsverhältnis ausgeübt (Tabelle 8). Andere Beschäftigungsarten waren wesentlich seltener.

Tabelle 8: Frühere Beschäftigungssituation der begutachteten Personen.

Angegeben ist die Hauptaufgabe oder wesentliche Beschäftigung (n=3165 Gutachten).

Frühere Beschäftigungssituation	Total N (%)	IV [#] N (%)	PV [§] N (%)
Selbständig	206 (6.5)	136 (5.6)	66 (9.7)
Angestellt (Hilfsfunktion)	1590 (50.2)	1302 (53.3)	271 (40.0)
Angestellt (Fachfunktion)	927 (29.3)	673 (27.5)	236 (34.8)
Angestellt (Kaderfunktion)	100 (3.2)	50 (2.0)	50 (7.4)
Andere (z.B. nicht angestellte Hausfrau/Hausmann; Stellen suchend; in Ausbildung)	342 (10.8)	283 (11.6)	55 (8.1)

[#]IV: Invalidenversicherung; [§]PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;

Beschäftigungssituation im Zeitpunkt der Begutachtung

Im Zeitpunkt der Begutachtung wiesen bereits 57.6% der begutachteten Personen keine Erwerbsbeschäftigung auf und waren nicht Stellen suchend (Tabelle 9). Lediglich 29.4% waren noch in derselben Funktion/Tätigkeit wie vor dem Schadenereignis oder dem erstmaligem Auftreten der befragten Arbeitsunfähigkeit.

Tabelle 9: Beschäftigungssituation der begutachteten Personen im Zeitpunkt der Begutachtung.

Angegeben ist die Hauptaufgabe oder wesentliche Beschäftigung (n=3165 Gutachten).

Beschäftigungssituation im Zeitpunkt der Begutachtung	Total N (%)	IV [#] N (%)	PV [§] N (%)
Noch in derselben Funktion/Tätigkeit wie vor Schadenereignis bzw. Arbeitsunfähigkeit	931 (29.4)	477 (19.5)	437 (64.5)
Andere Anstellung oder Selbständigkeit	116 (3.7)	83 (3.4)	30 (4.4)
Keine Erwerbsbeschäftigung und nicht Stellen suchend	1823 (57.6)	1673 (68.5)	136 (20.1)
Stellen suchend	295 (9.3)	211 (8.6)	75 (11.1)

[#]IV: Invalidenversicherung; [§]PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;

Häufigkeit bestimmter Diagnosen

Mit zwei Zusatzfragen wurde das Vorliegen bestimmter, in Begutachtungssituationen häufiger Diagnosen untersucht: Chronische lumbale Rückenschmerzen und Generalisiertes Schmerzsyndrom (Tabelle 10). Diese Diagnosen wurden abgefragt, um anhand der entsprechenden Gutachten in einer weiteren Studie die Anwendbarkeit des ICF für die Begutachtung wissenschaftlich zu evaluieren.

Tabelle 10: Häufigkeit bestimmter Diagnosen.

(n=3143 Gutachten; 22 Gutachten ohne Angaben)

Diagnosen, welche im Gutachten gestellt wurden*	Total N (%)	IV [#] N (%)	PV [§] N (%)
Chronische lumbale Rückenschmerzen	981 (31.0)	824 (33.7)	152 (22.4)
Generalisiertes Schmerzsyndrom	819 (25.9)	712 (29.1)	101 (14.9)

*Beide Angaben waren möglich; [#]IV: Invalidenversicherung; [§]PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;

4.2.7. Schadenhöhe der Gutachten

In 64.1% der Gutachten (n=2030) konnten diejenigen Personen, welche die Daten eingaben, Angaben zur Schadenhöhe (maximale Netto-Versicherungsleistung / Schadenhöhe / Schadensschätzung), welche mutmasslich zu Lasten ihrer eigenen Institution gehen, machen.

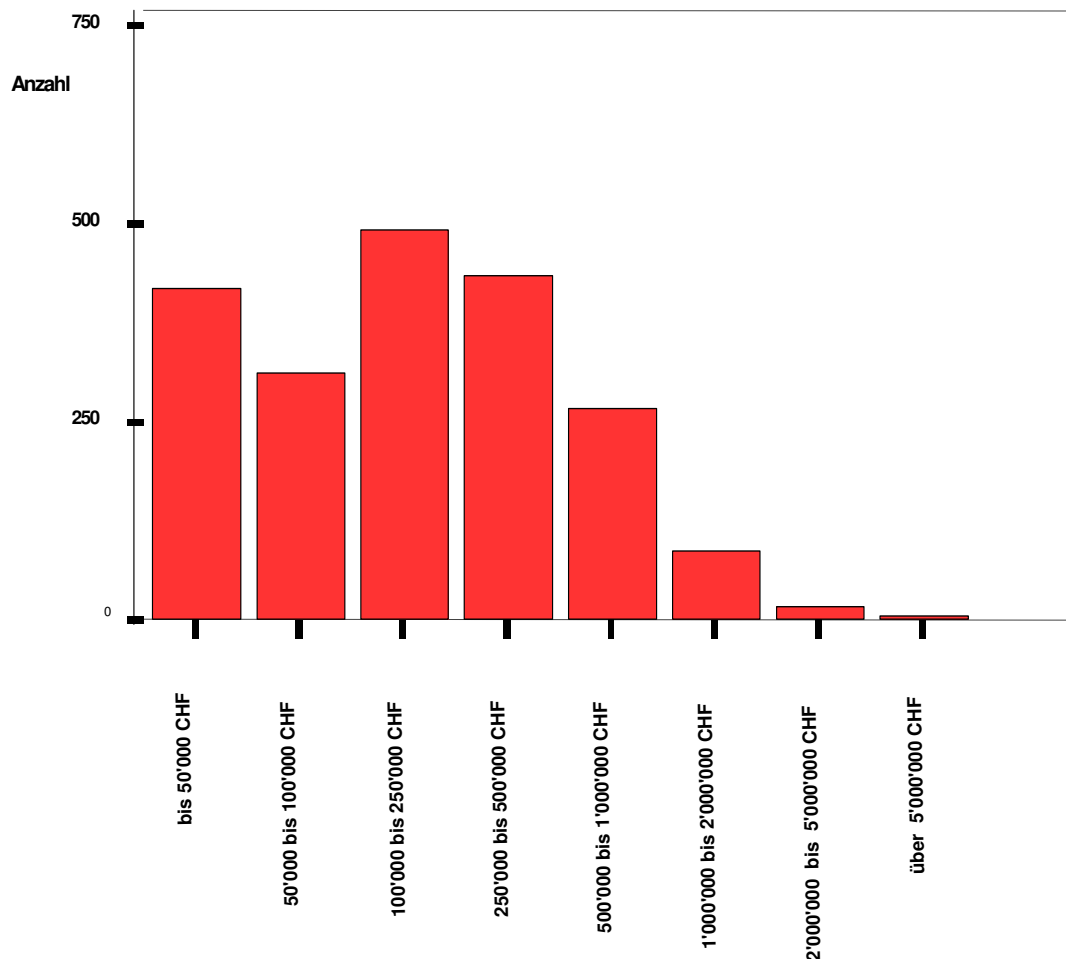
Die Gesamtschadensumme wurde nach folgender Grobberechnung angegeben:

Versicherer	Berechnungsgrössen
Taggeldversicherer	maximale Taggelddauer mal versicherter Lohn
Invalidenversicherung	Taggelder, Massnahmen und Rentenleistungen bis Eintritt AHV
UVG	Taggelder, Massnahmen, Integritätsentschädigung, Heilungskosten und zu erwartende Gesamtrentenleistungen
Pensionskasse	Gesamtrentenleistungen
Haftpflicht	geschätzte Gesamtschadensumme gemäss Einschätzung der Haftpflichtversicherung
Privatversicherer	Leistungen gemäss Vertragspolice

Bezogen auf alle 3165 Gutachten, lagen die genannten Schadenssummen am häufigsten im Bereich von 100'000 CHF bis 250'000 CHF (15.6%; n=494), gefolgt von 250'000 CHF bis 500'000 CHF (13.7%; n=434) und bis zu 50'000 CHF (13.2%; 419). Bei 3.2% aller Gutachten betrug die Schadenssumme mehr als 1 Million CHF (Abbildung 3).

Abbildung 3: Netto-Schadenhöhe der begutachteten Versicherungsfälle

Dargestellt ist die Verteilung der verschiedenen Klassen von Schadenssummen unabhängig von der Versicherergruppe (n=2030 Gutachten mit Angaben zur Schadenhöhe).



Bei Aufteilung der Schadenssummen auf die Invalidenversicherung und die Privatversicherer zeigen sich deutlich unterschiedliche Profile der Schadenssummen (Tabelle 11). Bei der Invalidenversicherung liegen etwa 40% der Schadenssummen in einem

Bereich von 100'000 CHF bis 1 Mio. CHF, knapp die Hälfte aller Schadenssummen sind von den IV-Sachbearbeitern als „nicht einschätzbar“ eingegeben. Bei den Privatversicherern liegen 86% der Schadenssummen in einem Bereich bis 250'000 CHF und sind so gut wie immer einschätzbar.

Tabelle 11: Netto-Schadenhöhe.

Dargestellt ist die Verteilung der verschiedenen Klassen von Schadenssummen abhängig von der Versicherergruppe (n=3165 Gutachten)

Netto-Schadenhöhe	Total N (%)	IV[#] N (%)	PV[§] N (%)
Bis 50'000 CHF	419 (13.2)	118 (4.8)	288 (42.5)
50'000 CHF bis 100'000 CHF	310 (9.8)	115 (4.7)	189 (27.9)
100'000 CHF bis 250'000 CHF	494 (15.6)	378 (15.5)	106 (15.6)
250'000 CHF bis 500'000 CHF	434 (13.7)	381 (15.6)	45 (6.6)
500'000 CHF bis 1'000'000 CHF	267 (8.4)	235 (9.6)	32 (4.7)
1'000'000 CHF bis 2'000'000 CHF	86 (2.7)	72 (2.9)	11 (1.6)
2'000'000 CHF bis 5'000'000 CHF	16 (0.5)	13 (0.5)	2 (0.3)
Über 5'000'000 CHF	4 (0.1)	4 (0.2)	0 (0.0)
Nicht einschätzbar	1135 (35.9)	1128 (46.2)	5 (0.7)

[#]IV: Invalidenversicherung; [§]PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;

4.2.8. Prozess der Gutachtenerstellung: Dauer vom Ereignis bis zur Beauftragung

Im Folgenden werden die Zeitintervalle vom Ereignis bis zur Beauftragung des Gutachtens dargestellt. Dies erfolgt getrennt für Begutachtungen einer Arbeitsfähigkeit (Ereignis ist hier die „erste befragte Arbeitsunfähigkeit“) und für Patienten mit einem Schadenereignis (Ereignis ist hier das Unfall- oder Haftpflichtereignis). Zusätzlich erfolgte eine Schichtung nach dem Beschäftigungsstatus im Zeitpunkt der Begutachtung („mit Beschäftigung“ oder „ohne Beschäftigung“). Die Ergebnisse zum Zeitintervall nach der Beauftragung sind im Abschnitt 4.2.10. „Prozess der Gutachtenerstellung: Dauer der Erstellung und Umfang“ dargestellt.

Bei den Patienten mit Begutachtung einer Arbeitsfähigkeit lag das erstmalige Auftreten der befragten Arbeitsunfähigkeit zum Zeitpunkt der Gutachtenbeauftragung durch

Krankenversicherer oder Invalidenversicherung im Durchschnitt 206 Wochen (also knapp 4 Jahre) zurück (Median: 137 Wochen; IQR: 72-264; Daten verfügbar für 2697 Gutachten; Tabelle 12). Bei Personen mit Beschäftigung im Zeitpunkt der Begutachtung war dieses Zeitintervall deutlich kürzer als bei Personen ohne Beschäftigung (Mittelwert: 166 vs. 233 Wochen).

Bei den Patienten mit einem Schadenereignis lag das Schadenereignis zum Zeitpunkt der Gutachtenbeauftragung durch den Unfall- oder Haftpflichtversicherer im Durchschnitt 169 Wochen (also 3.3 Jahre) zurück (Median: 105 Wochen; IQR: 46-213; Daten verfügbar für 371 Gutachten). Erneut war bei Personen mit Beschäftigung im Zeitpunkt der Begutachtung dieses Zeitintervall deutlich kürzer als bei Personen ohne Beschäftigung (Mittelwert: 148 vs. 219 Wochen).

Tabelle 12: Zeitintervalle vom Ereignis (Schadensereignis oder erste befragte Arbeitsunfähigkeit) bis zur Beauftragung des Gutachtens.

Auswertung aufgeschlüsselt nach Beschäftigungssituation im Zeitpunkt der Begutachtung und Versicherergruppen. Eingeschlossen waren n=3165 Gutachten.

Beschäftigungssituation im Zeitpunkt der Begutachtung:	IV und Krankenversicherer:	Unfallversicherer:
	Zeitintervall „Erste AU bis Beauftragung Gutachten“	Zeitintervall „Schadenereignis bis Beauftragung Gutachten“
Unabhängig von der Beschäftigungssituation	(Daten verfügbar: n=2967*)	(Daten verfügbar: n=371*)
Mittelwert (SD); Wochen	206 (216)	169 (203)
Median (IQR: 25%-75%)	137 (72-264)	105 (46-213)
Mit Beschäftigung	(Daten verfügbar: n=749*)	(Daten verfügbar: n=255*)
Mittelwert (SD); Wochen	166 (197)	148 (200)
Median (IQR: 25%-75%)	99 (44-205)	89 (40-175)
Ohne Beschäftigung	(Daten verfügbar: n=1692*)	(Daten verfügbar: n=83*)
Mittelwert (SD); Wochen	233 (224)	219 (213)
Median (IQR: 25%-75%)	167 (91-290)	127 (73-327)

* Summe nicht 100%, da einige Gutachten mit fehlenden Daten.

4.2.9. Prozess der Gutachtenerstellung: Beauftragung und Koordination

Bezogen auf das Total wurden die zu beurteilenden Gutachten in 2/3 der Fälle (66.2%) von der medizinischen Fachstelle des Versicherers in Auftrag gegeben. Die Auftragserteilung durch andere Stellen war wesentlich seltener (Tabelle 13). Bei Aufteilung auf die Versicherergruppen zeigen sich zwei unterschiedliche Prozesse der Auftragserteilung: Bei der Invalidenversicherung geht die Auftragserteilung zu gut 80% von der medizinischen Fachstelle, bei den Privatversicherern zu knapp 80% vom Schadensachbearbeiter (selbständig oder nach Rücksprache) aus.

Tabelle 13: Auftragserteilung der Gutachten.

Eingeschlossen sind n=3165 Gutachten.

Auftragserteilung durch:	Total N (%)	IV[#] N (%)	PV[§] N (%)
Schadensachbearbeiter selbständig	290 (9.2)	23 (0.9)	259 (38.2)
Schadensachbearbeiter nach Rücksprache mit Vorgesetztem oder Fachperson	545 (17.2)	270 (11.0)	268 (39.5)
Medizinische Fachstelle des Versicherers	2095 (66.2)	1981 (81.1)	110 (16.2)
Juristische Fachstelle des Versicherers	16 (0.5)	4 (0.2)	12 (1.8)
Andere (z. B. Gutachten-Clearingstelle, Verwaltungsgericht)	219 (6.9)	166 (6.8)	29 (4.3)

[#]IV: Invalidenversicherung; [§]PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;

Daten zur Aktenlage für die medizinischen Gutachter wurden hinsichtlich möglicherweise kontroverser Inhalte der Dokumente und hinsichtlich der Vollständigkeit der Aktenlage erhoben. In etwa der Hälfte aller Fälle (49.5%) wurde die Aktenlage bei Auftragserteilung als kontrovers beurteilt. Bei der Invalidenversicherung betraf dies 56%, bei den Privatversicherern 28% aller Gutachten. Dagegen wird die Vollständigkeit der Akten (inklusive Vorakten) in 92.8% aller Fälle als „gut“ oder „genügend“ beschrieben (Tabelle 14).

Tabelle 14: Aktenlage bei Auftragserteilung.

Eingeschlossen sind n=3165 Gutachten.

Widersprüchlichkeit der Aktenlage?	Total N (%)	IV[#] N (%)	PV[§] N (%)
Aktenlage war kontrovers	1566 (49.5)	1358 (55.6)	188 (27.7)
Aktenlage war nicht kontrovers	1262 (39.9)	839 (34.3)	408 (60.2)
Nicht beurteilbar	294 (9.3)	216 (8.8)	70 (10.3)
Es gab keine Vorakten	43 (1.4)	31 (1.3)	12 (1.8)
Vollständigkeit der Aktenlage?	N (%)	N (%)	N (%)
Gut	2089 (66.0)	1632 (66.8)	424 (62.5)
Genügend	848 (26.8)	651 (26.6)	190 (28.0)
Eventuell unvollständig	115 (3.6)	86 (3.5)	28 (4.1)
Nicht beurteilbar	113 (3.6)	75 (3.1)	36 (5.3)

[#]IV: Invalidenversicherung; [§]PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;

Eine Zuständigkeit anderer Versicherer für den gleichen Schadenfall oder den gleichen Abklärungszeitraum wurde in 15.1% aller Fälle (n=479) als „sicher“ und in 16.1% (n=508) als „wahrscheinlich“ angesehen (übrige Angaben: „ausgeschlossen“: 32.5%; „nicht bekannt“ 36.2%).

Insgesamt bestand bei den 987 Gutachten mit „sicherer“ oder „wahrscheinlicher“ Zuständigkeit anderer Versicherer kaum eine gezielte Koordination zwischen den Versicherern hinsichtlich des Gutachtenauftrags. In 67.1% aller Fälle erfolgte gar keine Koordination, in 15.4% erfolgte zumindest eine Information über die Begutachtung an die andere Versicherung. Die übrigen Koordinationsaktivitäten erfolgten wesentlich seltener (Tabelle 15).

Tabelle 15: Koordination des Gutachtauftrags bei gleichzeitiger Zuständigkeit anderer Versicherer.

Eingeschlossen im Total sind n=987 Gutachten (IV: n=701; PV: n=260), bei denen eine Zuständigkeit als „sicher“ oder „wahrscheinlich“ eingestuft wurde.

Art der Koordination:	Total N* (%)	IV[#] N* (%)	PV[§] N* (%)
Gemeinsamer Gutachtauftrag	39 (4.0)	11 (1.6)	22 (8.5)
Gutachten mit Ergänzungsfragen durch andere Versicherung	50 (5.1)	12 (1.7)	35 (13.5)
Information über Begutachtung an andere Versicherung	152 (15.4)	73 (10.4)	72 (27.7)
Information an Gutachter über Bestehen einer anderen Versicherung	51 (5.2)	32 (4.6)	19 (7.3)
Koordination mit Anwalt/Anwältin der begutachteten Person	75 (7.6)	17 (2.4)	53 (20.4)
Versuch zur Koordination ohne Erfolg	4 (0.4)	1 (0.1)	3 (1.2)
Keine Koordination	662 (67.1)	527 (75.2)	126 (48.5)
Nicht beurteilbar	86 (8.7)	71 (10.1)	15 (5.8)

[#]IV: Invalidenversicherung; [§]PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;

*Gesamtzahl grösser als 100%, da Mehrfachantworten möglich.

4.2.10. Prozess der Gutachtenerstellung:

Dauer der Erstellung und Umfang

Im Folgenden werden die Ergebnisse zum Prozess der Gutachtenerstellung ab Beauftragung des Gutachtens dargestellt. Die Ergebnisse zum Zeitintervall vor der Beauftragung, also vom Ereignis (Unfall- oder Haftpflichtereignis oder erste befragte Arbeitsunfähigkeit) bis zur Beauftragung des Gutachtens, sind im Abschnitt 4.2.8. „Prozess der Gutachtenerstellung: Zeitintervalle vom Ereignis bis zur Beauftragung“ dargestellt.

Die durchschnittliche Dauer der Gutachtenerstellung vom Zeitpunkt der Auftragserteilung bis zum Eingang des Gutachtens beim Versicherer betrug im Durchschnitt 19 Wochen, also knapp 5 Monate (Median: 15 Wochen; IQR: 8-25; Daten verfügbar für 3160 Gutachten; Tabelle 16)

Dabei machte das Zeitintervall von Auftragserteilung bis zum ersten Patientenkontakt mehr als die Hälfte der Erstellungsdauer des Gutachtens aus (Mittelwert: 10.8 Wo-

chen; Median: 8 Wochen; IQR: 3-15; Daten verfügbar für 2944 Gutachten). Die Zeitintervalle bei den Privatversicherern betragen etwa die Hälfte der Zeitintervalle bei der Invalidenversicherung.

Tabelle 16: Zeitintervalle der Gutachtenerstellung.

Dargestellt sind alle Zeitintervalle (in Wochen) von Auftragserteilung bis zum Eingang des Gutachtens beim Versicherer. Eingeschlossen waren n=3165 Gutachten.

	Zeitintervall „Auftrag bis erster Patientenkontakt“	Zeitintervall „Erster Patientenkontakt bis Eingang bei Versicherer“	Zeitintervall „Auftrag bis Eingang bei Versicherer“ (=Gesamtintervall*)
	Mittelwert (SD)*; Wochen	Mittelwert (SD)*; Wochen	Mittelwert (SD)*; Wochen
Total	10.8 (11.4)	7.6 (9.5)	18.7 (16.6)
IV[#]	12.2 (11.6)	8.2 (9.0)	20.8 (16.1)
PV[§]	5.7 (9.2)	5.8 (11.0)	11.6 (16.8)

*Bei unterschiedlichen Stichprobengrößen ist die Summe der Teilintervalle nicht gleich dem Gesamtintervall; [#]IV: Invalidenversicherung; [§]PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;

Einen Überblick über die Zeitintervalle der Gutachtenerstellung in Abhängigkeit von der Beschäftigungssituation der begutachteten Personen bei Auftragserteilung gibt Tabelle 17.

Tabelle 17: Zeitintervalle der Gutachtenerstellung in Abhängigkeit von der Beschäftigungssituation im Zeitpunkt der Begutachtung.

Dargestellt sind alle Zeitintervalle (in Wochen) von Auftragserteilung bis zum Eingang des Gutachtens beim Versicherer. Eingeschlossen waren n=3165 Gutachten.

Beschäftigungssituation im Zeitpunkt der Begutachtung:	Zeitintervall „Auftrag bis erster Patientenkontakt“	Zeitintervall „Erster Patientenkontakt bis Eingang bei Versicherer“	Zeitintervall „Auftrag bis Eingang bei Versicherer“ (=Gesamtintervall*)
Unabhängig von der Beschäftigungssituation	n=2944*	n=2949*	n=3160*
Mittelwert (SD); Wochen	10.8 (11.4)	7.6 (9.5)	18.7 (16.6)
Median (IQR: 25%-75%)	8 (3-15)	5 (1-10)	15 (8-25)
Mit Beschäftigung	n=938*	n=941*	n=1044*
Mittelwert (SD); Wochen	8.5 (9.0)	6.3 (8.6)	14.9 (14.5)
Median (IQR: 25%-75%)	6 (2-12)	3 (1-8)	11 (5-20)
Ohne Beschäftigung	n=1733*	n=1735*	n=1821*
Mittelwert (SD); Wochen	12.4 (12.6)	8.6 (10.0)	21.3 (17.6)
Median (IQR: 25%-75%)	9 (5-17)	6 (2-11)	17 (10-28)

*Bei unterschiedlichen Stichprobengrössen ist die Summe der Teilintervalle nicht gleich dem Gesamtintervall;

Umfang der Gutachten

Der mittlere Länge aller Gutachten lag bei 18 Seiten (Median: 14; IQR: 9-23). Gutachten für die Invalidenversicherung waren im Mittel länger als Gutachten für die Privatversicherer (20 vs. 12 Seiten).

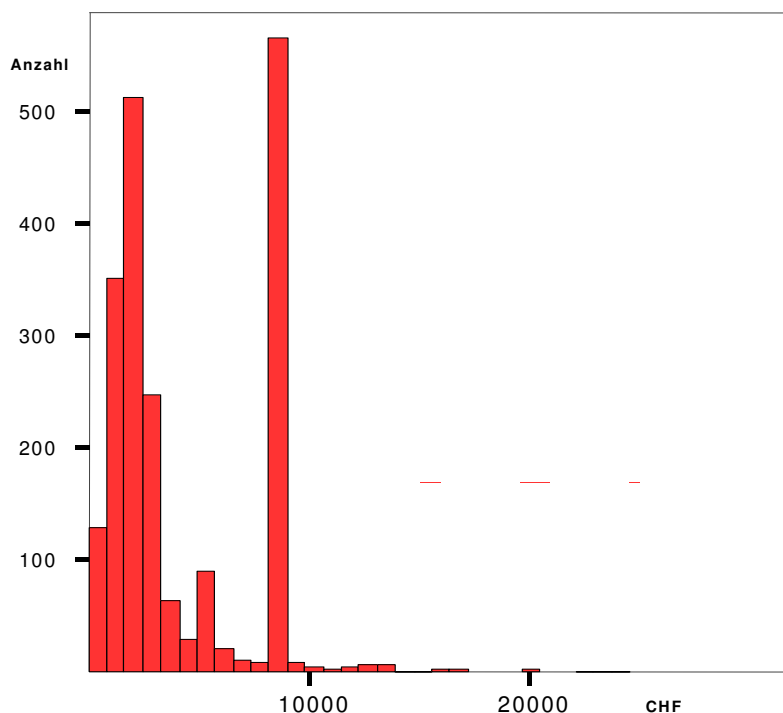
4.2.11. Kosten der Gutachten

In 63.7% der Gutachten (n=2015) konnten diejenigen Personen, welche die Daten eingaben, plausible Angaben zu den Kosten der Gutachtenerstellung für die Versicherer machen. Nimmt man diese 2015 Gutachten zusammen, so betragen die durchschnittlichen Kosten 4'486 CHF (Minimum: 364 CHF; Maximum: 24'042 CHF).

Bei der grafischen Darstellung fällt ein Doppelgipfel bei der Häufigkeit der Kostenkategorien auf (Abbildung 4).

Abbildung 4: Kosten der Gutachtenerstellung für die Versicherer

Dargestellt ist die Verteilung der verschiedenen Kostenklassen (n=2015 Gutachten mit Angaben zu den Kosten).



Der rechte Häufigkeitsgipfel entspricht n=559 Gutachten der Invalidenversicherung mit Kosten von je 9'000 CHF (sog. „Medas-Pauschale für polydisziplinäre Begutachtungen“). Zur transparenteren Darstellung der Kosten für die Versicherer erfolgt deshalb die Ausweisung der Kosten für die Invalidenversicherung und die Privatversicherer separat (Tabelle 18 und Abb. 5).

Tabelle 18: Kosten der Gutachtenerstellung

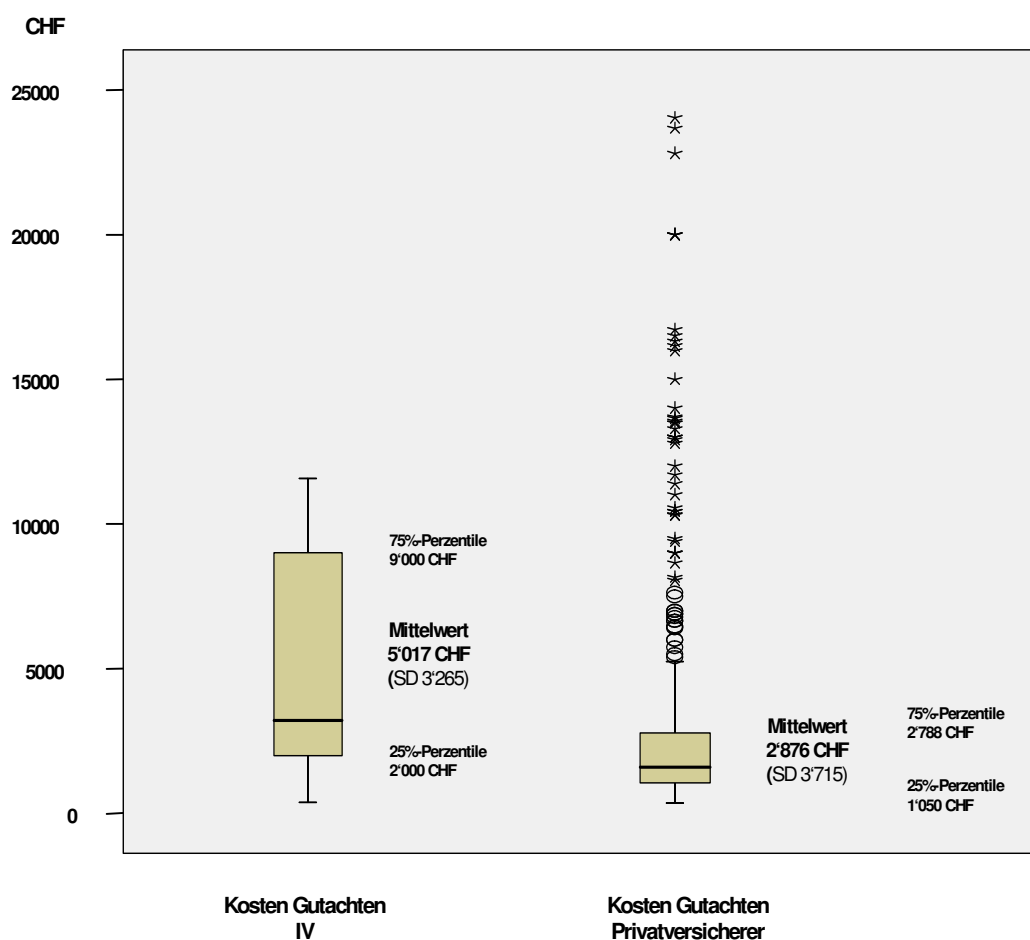
(n=2015 Gutachten mit Angaben zu den Kosten).

	Kosten der Gutachtenerstellung (in CHF)		
	Total (n=2015)	IV[#] (n=1497)	PV^{\$} (n=480)
Mittelwert (SD); CHF	4'486 (3'497)	5'017 (3'265)	2'876 (3'715)
Minimum	364	385	364
Maximum	24'042	11'570	24'042

[#]IV: Invalidenversicherung; ^{\$}PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;

Abbildung 5: Verteilung der Kosten der Gutachtenerstellung für Invalidenversicherung und Privatversicherer.

Dargestellt ist die Verteilung der Kosten für jede Versicherergruppe als Boxplot mit 25%- und 75%-Perzentile, sowie Median (schwarzer Balken ohne Zahlenangabe). Zusätzlich ist der Mittelwert (Standardabweichung, SD) der Kosten angegeben. Jeder Patient mit extremen Kostenwerten ist als Ausreisser (Kreis oder Stern-Symbol) dargestellt. (Datenquelle: n=1'316 Gutachten der Invalidenversicherung mit Angaben zu den Kosten; n=673 Gutachten der Privatversicherer mit Angaben zu den Kosten).



IV: Invalidenversicherung; PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;

4.2.12. Beurteilung der Gutachtenqualität aus Sicht der Auftraggeber

Die folgenden Auswertungen (Tabellen 19-28) geben die persönliche Einschätzung der Daten eingebenden Personen der Versicherer zur Auftragserledigung durch die Gutachter wider. Zu etwa drei Vierteln haben diese Personen der Versicherer entweder die Funktion der medizinischen Fachstelle (42%) oder eines Schadensachbearbeiters/einer Schadensachbearbeiterin (32%) inne (genaue Zusammensetzung siehe Tabelle 2).

Insgesamt beurteilen etwa 80-90% der befragten Personen die Gutachtenqualität bei den meisten Qualitätsmerkmalen als gut oder erfüllt (z. B. formale und inhaltliche Darlegungen im Gutachten oder Beantwortung der gestellten Fragen).

Das Preis-Leistungsverhältnis wird in etwa 80%-85% als angemessen bewertet ("Gutachten war seinen Preis wert").

Bei lediglich 67% der Gutachten der Invalidenversicherung sind die Befragten mit der Bearbeitungsdauer zufrieden, bei den Privatversicherern ist dies bei 86% der Gutachten der Fall.

Die folgenden Tabellen geben die Beurteilung der Gutachtenqualität aus Sicht der Auftraggeber im Detail wider.

Tabelle 19: Gutachtenqualität aus Sicht der Auftraggeber: Einbezug der Vorinformationen aus den Vorakten.

Eingeschlossen sind n=3165 Gutachten.

Berücksichtigung der Vorakten	Total N (%)	IV[#] N (%)	PV^{\$} N (%)
Ausreichend berücksichtigt	2816 (89.0)	2198 (89.9)	584 (86.1)
Zu wenig berücksichtigt	121 (3.8)	88 (3.6)	25 (3.7)
Nicht beurteilbar	228 (7.2)	158 (6.5)	69 (10.2)

[#]IV: Invalidenversicherung; ^{\$}PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;

Tabelle 20: Gutachtenqualität aus Sicht der Auftraggeber: Formale Gliederung von „Anamnese“, „Befunderhebung“ und „Diagnose“.

Eingeschlossen sind n=3165 Gutachten.

Formale Gliederung	Total N (%)	IV[#] N (%)	PV[§] N (%)
Formal gut gegliedert	2986 (94.3)	2299 (94.1)	651 (96.0)
Formal schlecht gegliedert	111 (3.5)	84 (3.4)	21 (3.1)
Nicht beurteilbar	68 (2.1)	61 (2.5)	6 (0.9)

[#]IV: Invalidenversicherung; [§]PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;

Tabelle 21: Gutachtenqualität aus Sicht der Auftraggeber: Inhaltliche Darlegung von „Anamnese“, „Befunderhebung“ und „Diagnose“.

Eingeschlossen sind n=3165 Gutachten.

Inhaltliche Darlegung	Total N (%)	IV[#] N (%)	PV[§] N (%)
Inhaltlich klar dargelegt	2893 (91.4)	2210 (90.4)	646 (95.3)
Inhaltlich unklar dargelegt	186 (5.9)	156 (6.4)	25 (3.7)
Nicht beurteilbar	86 (2.7)	78 (3.2)	7 (1.0)

[#]IV: Invalidenversicherung; [§]PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;

Tabelle 22: Gutachtenqualität aus Sicht der Auftraggeber: Beantwortung der gestellten Fragen.

Eingeschlossen sind n=3165 Gutachten.

Beantwortung der gestellten Fragen	Total N (%)	IV[#] N (%)	PV[§] N (%)
Vollständig	2667 (84.3)	1985 (81.2)	647 (95.4)
Nicht vollständig	387 (12.2)	357 (14.6)	23 (3.4)
Nicht beurteilbar	111 (3.5)	102 (4.2)	8 (1.2)

[#]IV: Invalidenversicherung; [§]PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;

Tabelle 23: Gutachtenqualität aus Sicht der Auftraggeber: Schlussfolgerungen des Gutachters.

Eingeschlossen sind n=3165 Gutachten.

Schlussfolgerungen des Gutachters	Total N (%)	IV[#] N (%)	PV[§] N (%)
Gut begründet und nachvollziehbar	2774 (87.6)	2115 (86.5)	633 (93.4)
Schlecht begründet und nicht ausreichend nachvollziehbar	278 (8.8)	228 (9.3)	33 (4.9)
Nicht beurteilbar	113 (3.6)	101 (4.1)	12 (1.8)

[#]IV: Invalidenversicherung; [§]PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;

Tabelle 24: Gutachtenqualität aus Sicht der Auftraggeber: Notwendige Rückfragen an den Gutachter.

Eingeschlossen sind n=3165 Gutachten.

Rückfragen an den Gutachter zum Gutachten notwendig?	Total N (%)	IV[#] N (%)	PV[§] N (%)
Nein	2721 (86.0)	2075 (84.9)	615 (90.7)
Ja	241 (7.6)	196 (8.0)	37 (5.5)
Nicht beurteilbar	203 (6.4)	173 (7.1)	26 (3.8)

[#]IV: Invalidenversicherung; [§]PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;

Tabelle 25: Gutachtenqualität aus Sicht der Auftraggeber: Umfang des Gutachtens.

Eingeschlossen sind n=3165 Gutachten.

Umfang des Gutachtens	Total N (%)	IV[#] N (%)	PV[§] N (%)
Zu kurz	137 (4.3)	98 (4.0)	32 (4.7)
Gerade richtig	2705 (85.5)	2053 (84.0)	624 (92.0)
Zu lang	197 (6.2)	171 (7.0)	19 (2.8)
Nicht beurteilbar	126 (4.0)	122 (5.0)	3 (0.4)

[#]IV: Invalidenversicherung; [§]PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;

Tabelle 26: Gutachtenqualität aus Sicht der Auftraggeber: Dauer der Bearbeitung des Gutachtens.

Gesamtes Zeitintervall von Auftragserteilung bis Eingang des Gutachtens beim Versicherer (Vergleiche hierzu auch Tabelle 16 und 17). Eingeschlossen sind n=3165 Gutachten.

Dauer der Bearbeitung des Gutachtens	Total N (%)	IV[#] N (%)	PV[§] N (%)
Bearbeitungsdauer angemessen lang	2255 (71.2)	1637 (67.0)	583 (86.0)
Bearbeitungsdauer zu lang	819 (25.9)	737 (30.2)	77 (11.4)
Nicht beurteilbar	91 (2.9)	70 (2.9)	18 (2.7)

[#]IV: Invalidenversicherung; [§]PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;

Tabelle 27: Gutachtenqualität aus Sicht der Auftraggeber: Preis im Verhältnis zur Qualität des Gutachtens.

Eingeschlossen sind n=2015 Gutachten, bei denen den antwortenden Personen der Preis bekannt war (siehe Tabelle 14).

Ist das Gutachten „seinen Preis wert“?	Total N (%)	IV[#] N (%)	PV[§] N (%)
Ja	1539 (76.4)	1137 (76.0)	375 (78.1)
Teilweise	236 (11.7)	144 (9.6)	87 (18.1)
Nein	55 (2.7)	43 (2.9)	7 (1.5)
Nicht beurteilbar	185 (9.2)	173 (11.6)	11 (2.3)

[#]IV: Invalidenversicherung; [§]PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;

Tabelle 28: Gutachtenqualität aus Sicht der Auftraggeber: Gesamtzufriedenheit mit der Auftrags erledigung.

Eingeschlossen sind n=3165 Gutachten.

Gesamtzufriedenheit	Total N (%)	IV[#] N (%)	PV[§] N (%)
Sehr zufrieden	1073 (33.9)	788 (32.2)	272 (40.1)
Zufrieden	1704 (53.8)	1316 (53.8)	373 (55.0)
Nicht zufrieden	291 (9.2)	244 (10.0)	32 (4.7)
Nicht beurteilbar	97 (3.1)	96 (3.9)	1 (0.1)

[#]IV: Invalidenversicherung; [§]PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;

Vertieft untersucht wurde die Gesamtzufriedenheit der Auftraggeber mit den erstellten psychiatrischen Gutachten. Das Fachgebiet Psychiatrie ist das häufigste FMH-Fachgebiet der beteiligten Gutachter und bei insgesamt 2087 mono-, bi- oder polydisziplinären Gutachten (65.9%) vertreten (siehe hierzu auch Tabelle 3). Für die vertiefte Analyse haben wir die monodisziplinären psychiatrischen Gutachten (n=1159) ausgewählt, um eine mögliche Beeinflussungen der Gesamtzufriedenheit durch andere Fachgebiete auszuschliessen. Die Gesamtzufriedenheit der Auftraggeber mit den monodisziplinären psychiatrischen Gutachten war in etwa identisch mit der Gesamtzufriedenheit bei allen Gutachten (Tabelle 29).

Tabelle 29: Gutachtenqualität aus Sicht der Auftraggeber bei monodisziplinären psychiatrischen Gutachten: Gesamtzufriedenheit mit der Auftragserledigung.

Eingeschlossen sind n=1159 monodisziplinäre psychiatrische Gutachten.

Gesamtzufriedenheit	Total N (%)	IV[#] N (%)	PV[§] N (%)
Sehr zufrieden	396 (34.2)	296 (30.8)	94 (52.2)
Zufrieden	601 (51.9)	517 (53.7)	79 (43.9)
Nicht zufrieden	117 (10.1)	104 (10.8)	7 (3.9)
Nicht beurteilbar	45 (3.9)	45 (4.7)	0 (0.0)

[#]IV: Invalidenversicherung; [§]PV: Privatversicherer; IV und PV stellen 98.6% aller ausgewerteten Gutachten dar;

Mittels einer Regressionsanalyse untersuchten wir den Einfluss einzelner Kriterien der Gutachtenbewertung auf die Gesamtzufriedenheit der Auftraggeber mit den erstellten Gutachten (abhängige Variable: Gesamtzufriedenheit „sehr zufrieden“: ja/nein; un-abhängige Variable: z.B. Bearbeitungsdauer des Gutachtens „angemessen lang“: ja/nein).

Den mit Abstand stärksten positiven Einfluss auf eine hohe Gesamtzufriedenheit hatte die Einschätzung des Auftraggebers, dass die Schlussfolgerungen des Gutachters „gut begründet und nachvollziehbar“ waren. Die Chance, dass die Gesamtzufriedenheit hoch war („sehr zufrieden“), war vierzehn mal höher, wenn die Schlussfolgerungen des Gutachters als „gut begründet und nachvollziehbar“ eingestuft wurden, im Vergleich zu „schlecht begründet und nicht nachvollziehbar“ (Odds ratio 14.2; 95%-CI: 1.79-113.3; Tabelle 30).

Andere Faktoren, die signifikant zu einer hohen Gesamtzufriedenheit beitrugen waren ein gutes Preis-Leistungsverhältnis (OR 5.9; 95%-CI: 3.4-10.1), eine angemessene Bearbeitungsdauer (OR 4.2; 95%-CI: 3.3-5.5), die vollständige Beantwortung der gestellten Fragen (OR 3.9; 95%-CI: 2.3-6.6) und ein angemessener Umfang des Gutachtens (OR 2.3; 95%-CI: 1.4-3.9).

Tabelle 30: Einfluss einzelner Kriterien der Gutachtenbewertung auf die Gesamtzufriedenheit der Auftraggeber mit den erstellten Gutachten.

Dargestellt ist die Chance (Odds ratio; 95%-Confidence-interval [CI]), dass bei Erfüllung der genannten Einzelkriterien eine hohe Gesamtzufriedenheit vorlag (Beispiel siehe Fussnote). In der multivariablen Analyse sind alle Einzelkriterien eingeschlossen, die univariabel positiv (Odds ratio >1.0) und signifikant ($p < 0.05$) mit einer hohen Gesamtzufriedenheit assoziiert waren. Eingeschlossen sind n=3165 Gutachten.

Einzelkriterium der Gutachtenbewertung	Univariable Analyse		Multivariable Analyse	
	Odds ratio (95%-CI)	p-Wert	Odds ratio (95%-CI)	p-Wert
Vorakten ausreichend berücksichtigt	6.2 (3.2-11.8)	< 0.001	1.4 (0.6-3.2)	0.40
Gute formale Gliederung	15.0 (5.5-40.9)	< 0.001	1.7 (0.3-9.4)	0.53
Klare Inhaltliche Darlegung	108.9 (15.2-778.5)	< 0.001	2.4 (0.3-21.9)	0.44
Gestellte Fragen vollständig beantwortet	7.5 (5.1-11.0)	< 0.001	3.9 (2.3-6.6)	< 0.001
Schlussfolgerungen gut begründet und nachvollziehbar*	175.1 (24.5-1249.5)	< 0.001	14.2 (1.8-113.3)*	0.01
Keine Rückfragen an den Gutachter notwendig	0.07 (0.04-0.14)	< 0.001	---	---
Umfang des Gutachtens gerade richtig	6.3 (4.3-9.3)	< 0.001	2.3 (1.4-3.9)	0.001
Dauer der Bearbeitung angemessen	5.0 (4.0-6.2)	< 0.001	4.2 (3.3-5.5)	< 0.001
Gutes Preis-Leistungsverhältnis	18.0 (10.8-29.9)	< 0.001	5.9 (3.4-10.1)	< 0.001

***Beispiel:** Sind in einem Gutachten die „Schlussfolgerungen gut begründet und nachvollziehbar“, so ist die Chance 14,2 mal höher, dass der Auftraggeber insgesamt sehr zufrieden ist, als wenn die „Schlussfolgerungen schlecht begründet und nicht ausreichend nachvollziehbar“ sind. Dabei ist das Ergebnis bereits korrigiert für den Einfluss der anderen Einzelkriterien auf die Gesamtzufriedenheit.

4.3. Diskussion und Handlungsempfehlungen

Die vorliegende Erhebung bei Schweizer Versicherern über drei Monate schloss ein breites Spektrum an Versicherungsorganisationen ein und liefert empirische Daten zum Prozess der Gutachtenerstellung und der vom Auftraggeber beurteilten Qualität der Gutachten.

Im Mittel vergehen 3 bis 4 Jahre vom Eintritt eines Ereignisses (d.h. erste relevante Arbeitsunfähigkeit oder Schadenfall) bis zur Beauftragung eines Gutachtens. Dabei sind die Zeitintervalle vom Ereignis bis zur Beauftragung eines Gutachtens bei Personen ohne Beschäftigung im Zeitpunkt der Begutachtung im Mittel deutlich länger als bei Personen mit Beschäftigung. Im Zeitpunkt der Begutachtung weist bereits die Hälfte der begutachteten Personen keine Erwerbsbeschäftigung mehr auf. Von der Auftrageserteilung bis zum Eingang des Gutachtens beim Versicherer vergehen im Mittel etwa 15-20 Wochen. Falls auch noch andere Versicherer für den gleichen Versicherungsfall zuständig sind, so erfolgt kaum eine gezielte Koordination zwischen den Versicherern.

Aus Sicht der Auftrag gebenden Personen der Versicherer wird die Qualität der erstellten Gutachten fast durchweg als gut eingeschätzt. Die Zufriedenheit mit der Bearbeitungsdauer der Gutachten, sowie mit dem Preis-Leistungsverhältnis ist jedoch geringer. Hier werden bei etwa zwei bis drei von 10 Gutachten Probleme angegeben. Den stärksten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit der Auftraggeber haben „gut begründete und nachvollziehbare Schlussfolgerungen“ des Gutachters.

4.3.1. Methodische Stärken und Limitationen der Studie

Im Rahmen dieser Studie wurden über drei Monate erstmals in allen drei Sprachregionen der Schweiz in den verschiedensten medizinischen Versicherungsbereichen empirische Daten zur Menge von erstellten medizinischen Gutachten und zum Prozess der Gutachtenerstellung erhoben. Somit lassen sich verschiedene Hypothesen mit aktuellem Datenmaterial aus einem breiteren Bereich überprüfen. Damit trägt die Studie zur Versorgungsforschung im Bereich der Versicherungsmedizin bei und stellt eine Datenquelle für mögliche weitere vertiefende Analysen dar.

Folgende Limitationen müssen bei der Interpretation der Ergebnisse bedacht werden:

Die Beurteilung der Vollständigkeit der Erhebung innerhalb des 3-monatigen Erhebungsfensters ist schwierig. Es wurden allerdings umfangreiche Vorbereitungen getroffen, um alle relevanten Versicherungspartner zur Messung zu motivieren (persönliche Kontakte auf Verbands- und Kaderebene; Anschreiben, Telefonate). Trotzdem ist davon auszugehen, dass ein Teil der Versicherer nicht an der Messung teilgenommen hat. Eine Extrapolation der Anzahl Gutachten auf eine Jahresperiode in der Schweizer Versicherungslandschaft ist deshalb mit entsprechenden Unsicherheiten verbunden.

Ein Grossteil der erhobenen Gutachten wurde von der Schweizer Invalidenversicherung beauftragt. Insofern sind die Gesamtergebnisse der Studie durch diesen Versicherer massgeblich beeinflusst. Die Aufteilung der Ergebnisse in die beiden grossen Gruppen „Invalidenversicherung“ (IV) und „Privatversicherer“ (PV) ermöglicht jedoch Einblicke in die teilweise verschiedenartigen Prozesse dieser beiden Versicherergruppen).

Von Seiten der Suva, als wichtigster Trägerin der obligatorischen Unfallversicherung der Schweiz, sind lediglich 22 Gutachten erfasst worden. Da die Suva die Gutachternfassung auf ihre neu gegründete Clearingstelle konzentrierte, war die Dateneingabe vom dortigen Eingang bereits erstellter Gutachten abhängig. Die eingegebenen wenigen Gutachten der Suva sind deshalb nur mit Einschränkungen als repräsentativ für ihren Versicherungsbereich anzusehen.

Die Auftraggeber sind bei der Qualitätsbeurteilung der von ihnen selbst beauftragten und entgegengenommenen Gutachten möglicherweise befangen. Letztlich wird die Qualität der erstellten Gutachten auch von externer Seite mittels eines anonymisierten Reviews beurteilt werden müssen. Diese externe Sichtweise kann wichtige zusätzliche Aspekte beleuchten. Dies erfolgt im Teilprojekt 3 der Studie Medizinische Gutachtensituation Schweiz.

4.3.2. Vergleich der Ergebnisse mit publizierter Evidenz

Der Vergleich mit publizierten Daten einer grösseren Auswahl an medizinischen Gutachten aus der Schweiz ist nur bedingt möglich. Der Grossteil von Schweizer Publi-

kationen zu medizinischen Gutachten sind Empfehlungen oder Leitlinien für die „good practice“ der Gutachtenerstellung. (4-9)

Zwei andere Publikationen lassen sich nur bedingt in Bezug zu unserer Studie setzen, da entweder die Auswahl der Gutachten sehr selektiv erfolgte (10) oder lediglich juristische Aspekte der Gutachtenqualität thematisiert wurden.(11)

Uns ist eine Publikation der Suva bekannt, in der bei 102 überwiegend monodisziplinären Gutachten Daten zum Prozess und zur Qualität der erstellten Gutachten aus Sicht des Auftraggebers (Suva) erhoben wurden.(12) Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer (Zeitintervall von Auftragserteilung bis zum Eintreffen beim Auftraggeber) lag dort bei 235 Tagen (d.h. 33.5 Wochen) und liegt somit über der mittleren Erstellungsdauer von etwa 19 Wochen in unserer Studie. Das am häufigsten vertretene FMH-Fachgebiet war in der Erhebung der Suva ebenfalls die Psychiatrie (33%), allerdings deutlich seltener als in unserer Studie (66%), was mit dem unterschiedlichen Patientenkollektiv in Zusammenhang stehen dürfte. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich dort jedoch in der Einschätzung der Gutachtenqualität durch die Auftraggeber: Bei 89% der Gutachten wurden die gestellten Fragen als Auftrags gemäss beantwortet beurteilt und mit der Ausführlichkeit der gutachterlichen Darstellungen waren die Auftraggeber in 83% der Fälle zufrieden. Auch in dieser Suva-Erhebung war dagegen die Zufriedenheit mit der Dauer der Gutachtenerstellung geringer (zufrieden bei 63% aller Gutachten). Die Gegenüberstellung der Qualitätsbeurteilung der Auftraggeber mit der Beurteilung von externen Reviewern war in der Suva-Erhebung ein weiteres Thema. In unserer Studie wird darauf im Teilprojekt 3 eingegangen werden.

4.3.3. Gesamtschadenssumme und Auftragsvolumen für Gutachten in der Schweiz

1. Berechnungen auf Basis der Daten unserer Studie

Die Quantifizierung der Gesamtschadenssumme im Rahmen dieser Studie (Summe der „Maximalen Nettoschadenhöhe“ aller erfassten Gutachten) ist methodisch mit Unsicherheiten behaftet. Für die Auftraggeber ist, je nach Versicherer, die Abschätzung der maximalen Nettoschadenhöhe pro Gutachten nur mit Einschränkungen möglich. Deshalb erfolgte in unserer Studie die Erfassung in Nettoschadenhöhen-Klassen, um die Eingabe zu erleichtern. Trotzdem sahen sich die Daten eingebenden Personen bei etwa 1/3 aller Gutachten nicht in der Lage, die maximale Netto-

schadenhöhe zu benennen. Es sollte auch darauf hingewiesen werden, dass die effektive Gesamtschadenssumme tendenziell niedriger sein dürfte. Aus methodischen Gründen konnte weder der Tatsache Rechnung getragen werden, dass in Haftpflichtfällen den involvierten Privat- und Sozialversicherern zumindest teilweise ein Regressrecht zusteht und noch berücksichtigt werden, dass die einzelnen Sozialversicherungsleistungen koordiniert werden.

Wir haben eine grobe Kalkulation der Gesamtschadenssumme unter folgenden Annahmen durchgeführt: 1) In jeder Nettoschadenhöhen-Klasse wird ein mittlerer Wert für den Nettoschaden angenommen (z.B. 75'000 CHF in der Nettoschadenhöhen-Klasse „50'000 bis 100'000 CHF“); 2) bei den vier Fällen mit „über 5'000'000 CHF“ Nettoschadenhöhe werden jeweils 7'000'000 CHF angenommen; 3) die durchschnittliche Nettoschadenhöhe wird auf alle 3165 Gutachten extrapoliert.

Daraus errechnet sich für die n=2030 Gutachten mit gültigen Angaben für die Maximale Nettoschadenhöhe eine Gesamtschadenssumme pro 3 Monate von 696 Mio. CHF (mittlere „Maximale Nettoschadenhöhe“ pro Gutachten: 342'943 CHF; Tabelle 31). Übertragen auf alle erfassten Gutachten (n=3165) ergibt dies eine kalkulierte Gesamtschadenssumme von 1.19 Mia CHF pro 3 Monate. Dies entspräche einer extrapolierten jährlichen Gesamtschadenssumme von 4.8 Mia. CHF.

Tabelle 31: Kalkulation der Gesamtschadenssumme.

Als Gesamtschadenssumme im dieser Studie wird die Summe der „Maximalen Nettoschadenhöhe“ aller erfassten Gutachten verstanden. Eingeschlossen sind n=3165 Gutachten.

Maximale Nettoschadenhöhe pro Gutachten (Mittelwert)	Zur Kalkulation eingeschlossene Gutachten	Anzahl Gutachten	Gesamtschadenssumme
342'943 CHF	Nur GA mit Angaben zur Nettoschadenhöhe	n=2030 N*=8120	696'174'290 CHF (pro 3 Monate) 2.785 Mia. CHF (pro 12 Monate)
342'943 CHF	Alle Gutachten	n=3165 N*=12'660	1.19 Mia. CHF [#] (pro 3 Monate) 4.8 Mia. CHF [#] (pro 12 Monate)

*Extrapolation auf 12 Monate; [#]Extrapolation der Gesamtschadenssumme auf alle erfassten 3165 Gutachten unter Berücksichtigung des Anteils fehlender Daten pro Versicherungskategorie;

Als Gesamtkosten der Gutachtenerstellung berechnen sich auf Basis unserer Daten 56.8 Mio. CHF über 12 Monate (Tabelle 32).

Setzt man die Kosten für die Gutachtenerstellung (56.8 Mio. CHF) in Relation zur Gesamtschadenssumme (4.8 Mia. CHF), so ergibt sich auf Basis dieser Daten ein Anteil von etwa 1.2% für die Erstellung der Gutachten.

Tabelle 32: Kalkulation der Gesamtkosten der Gutachtenerstellung.

Als Gesamtkosten der Gutachtenerstellung wird die Summe der Kosten der einzelnen Gutachten verstanden. Eingeschlossen sind n=3165 Gutachten.

Kosten pro Gutachten (Mittelwert)	Zur Kalkulation eingeschlossene Gutachten	Anzahl Gutachten	Gesamtkosten der Gutachtenerstellung
4'486 CHF	Nur Gutachten mit Angaben zu Kosten der Erstellung	n=2015 N*=8060	9'039'290 CHF (über 3 Monate) 36'157'160 CHF (über 12 Monate)
4'486 CHF	Alle Gutachten	n=3165 N*=12'660	14.2 Mio. CHF [#] (über 3 Monate) 56.8 Mio. CHF [#] (über 12 Monate)

*Extrapolation auf 12 Monate; [#]Extrapolation der Gesamtkosten der Gutachtenerstellung auf alle erfassten 3165 Gutachten;

2. Kalkulationen für die gesamte Schweizer Versicherungslandschaft

Als Grundlage dieser Kalkulation dienen die in dieser Studie empirisch erhobenen Daten zur Netto-Schadenhöhe und zu den Kosten der Gutachtenerstellung bei 3'165 Gutachten. Offiziell publizierte Angaben zur Gesamtzahl jährlich erstellter medizinischer Gutachten in der Schweiz sind nicht erhältlich. Deshalb werden in unserer Kalkulation Annahmen getroffen und geschätzte Zahlen zur jährlichen Gesamtmenge der medizinischen Gutachten in der Schweiz verwendet. Diese Zahlen beruhen auf versicherungsinternen Schätzungen ausgewiesener Branchenkenner. Alle Angaben beziehen sich auf 12 Monate und sind getrennt für „Invalidenversicherung“ und „Privatversicherer und Suva“ hochgerechnet und zum Total aufaddiert (Tabelle 33). Auf Basis dieser Annahmen beträgt das jährliche Volumen der Gesamtschadenssumme in der Schweiz bei medizinischen Gutachten etwa 13 Mia. CHF und die Gesamtkosten für die Gutachtenerstellung etwa 165 Mio. CHF. Der Anteil der Gutachtenkosten an der Gesamtschadenssumme beläuft sich unter Verwendung dieser Zahlen auf knapp 1.3%.

Tabelle 33: Kalkulation der Gesamtschadenssumme und der Gesamtkosten der medizinischen Gutachtenerstellung für die Schweiz pro Jahr.

Als Grundlage der Kalkulation dienen die in dieser Studie empirisch erhobenen Daten zur Netto-Schadenhöhe und zu den Kosten der Gutachten (n=3165). Zusätzlich werden geschätzte Zahlen zur jährlichen Gesamtmenge der Gutachten in der Schweiz verwendet. Alle Angaben beziehen sich auf 12 Monate.

Versicherer	Anzahl ausgewertete Gutachten in dieser Studie (extrapoliert auf 12 Monate)	Geschätzte Gesamtzahl Gutachten in der Schweiz (interne Quellen; für 12 Monate)	Netto-Schadenhöhe pro Gutachten* (Mittelwert [§])	Kosten pro Gutachten (Mittelwert [§])	Gesamtschaden-Summe in der Schweiz[#] (kalkuliert für 12 Monate)	Kosten der Gutachten in der Schweiz[#] (kalkuliert für 12 Monate)
Invalidenversicherung	N=9'776	N=24'000	439'475 CHF	5'017 CHF	10.5 Mia. CHF	120.4 Mio. CHF
Privatversicherer (inkl. UVG) und Suva	N=2'884	N=15'000	165'021 CHF	2'876 CHF	2.48 Mia. CHF	43.1 Mio. CHF
Total	N=12'660	N=39'000	---	---	13.0 Mia. CHF	163.5 Mio. CHF

* Auf Basis der beschriebenen Annahmen zur Gesamtschadenssumme; [§] Empirisch ermittelte Werte auf Basis von 3165 Gutachten in dieser Studie; [#] Extrapolation der empirischen Werte auf die geschätzte Anzahl von 39'000 Gutachten in der Schweiz pro Jahr;

4.3.4. Handlungsempfehlungen für die Praxis:

Eine kritische Diskussion über die optimale **Prozessgestaltung der Gutachtenerstellung** scheint notwendig. Es braucht z.B. Konsens darüber, welche Zeitintervalle (1) vom Ereignis bis zur Beauftragung eines Gutachtens und (2) für die eigentliche Gutachtenerstellung (d.h. von Beauftragung bis Eingang des Gutachtens beim Versicherer) eingehalten werden sollen, damit ein best mögliches Outcome für die begutachteten Personen erzielt wird (z. B. optimale Wiederherstellung der Gesundheit, Vermeidung des Verlusts der aktuellen Beschäftigung oder möglichst reibungslose Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, falls dies Sinn macht).

Im Zeitpunkt der Begutachtung waren bereits 69% der begutachteten Personen bei IV-Gutachten und 20% bei Gutachten von Unfallversicherern ohne Erwerbsbeschäftigung. Dabei weisen Personen, die im Zeitpunkt der Begutachtung ohne Beschäftigung waren, ein deutlich längeres Zeitintervall seit dem Ereignis (Unfall- oder Haftpflichtereignis oder erste Arbeitsunfähigkeit) auf, als Personen mit Beschäftigung. Über die Ursachen dieses Sachverhalts lassen sich zwei Hypothesen aufstellen: Eine Erklärung könnte sein, dass der Gutachtenprozess prinzipiell beschleunigt anläuft, wenn zu begutachtende Personen noch einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Eine andere Erklärung wäre, dass Personen, die im Zeitpunkt der Begutachtung ohne Erwerbsbeschäftigung sind, deshalb keine Beschäftigung mehr haben, weil das Zeitintervall bis zur Beauftragung eines Gutachtens zu lang war und Massnahmen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt, die ein Gutachten möglicherweise empfohlen hätte, nicht zum Einsatz kamen. Auch alle Zeitintervalle der Gutachtenerstellung (d.h. von „Beauftragung“ über „ersten Patientenkontakt“ bis zum „Eingang des Gutachtens beim Versicherer“) sind bei Personen ohne Beschäftigung im Zeitpunkt der Begutachtung länger als bei Personen mit Beschäftigung.

Zur Vermeidung einer Chronifizierung der Beschwerden oder einer längeren Erwerbslosigkeit, mit entsprechend negativen Konsequenzen auf dem Stellenmarkt, könnten Handlungsempfehlungen zum Prozess der Gutachtenerstellung noch vorhandenes Optimierungspotential ausschöpfen. Je nach Art des Versicherers können die Empfehlungen zur optimalen Länge von Zeitintervallen jedoch differieren: Wie frühzeitig ist z.B. bei Taggeldversicherern ein Gutachten indiziert, um notwendige Massnahmen (etwa eine Rehabilitation) einzuleiten? Ab wann erst kann z.B. bei der

Invalideversicherung eine abschliessende, gutachterliche Stellungnahme abgegeben werden?

Der Nutzen einer **Koordination von Gutachtaufträgen** bei gleichzeitiger Zuständigkeit verschiedener Versicherer sollte ausgeleuchtet werden. Bei etwa 1/3 aller Gutachten in unserer Studie waren andere Versicherer „sicher“ oder „wahrscheinlich“ zuständig. In diesen Fällen kam es jedoch bei der Invalidenversicherung in 67% und bei den Privatversicherern in knapp 50% zu keiner Koordination des Gutachtauftrags. Entweder liegt auch hier Verbesserungspotential brach (d.h. Optimierung von Zeit und Kosten aus Patienten- und/oder Versicherersicht) oder die Interessen der einzelnen Versicherer sind so partikulär, dass aus ihrer internen Sicht eine Koordination keinen Nutzen für ihre Organisation bedeutet.

Die Ergebnisse der Studie sollten in **Weiterbildungsmassnahmen** für medizinische Gutachter und Auftraggeber/Versicherer einfließen. Die Daten bieten einen aktuellen Überblick über die Prozesse der Gutachtenerstellung in der Schweiz und über die Einschätzung der Gutachtenqualität durch die Auftraggeber. Die externen Kosten der Gutachtenerstellung betragen für die Versicherer bisher durchschnittlich etwa 1.3% der Schadenhöhe. Dieser Anteil erscheint im Vergleich zur Schadensumme relativ niedrig. Dies könnte Versicherer dazu verleiten, die Schwelle zur Beauftragung eines Gutachtens niedrig anzusetzen und nötigenfalls mehrere Gutachten nacheinander zu beauftragen, bis ein Bericht in geeigneter Qualität vorliegt. Nachhaltiger dürfte es jedoch sein, Investitionen in geeignete Weiterbildungsmassnahmen für eigene Mitarbeitende zu tätigen. Vor allem für die Auftraggeber ist die Gegenüberstellung ihrer eigenen Einschätzungen der Gutachtenqualität mit derjenigen von externen Reviewern von Bedeutung. Hieraus abgeleitetes Know-how könnte für die Auftraggeber doppelt von Nutzen sein: Einerseits erleichtert es im direkten Kontakt mit Gutachtern bei eventuellen Qualitätslücken eine gezielte Nachbesserung. Andererseits könnte dieses Wissen die gezielte Auswahl derjenigen Gutachter erleichtern, die in der Regel qualitativ hochwertige Gutachten erstellen. Auch Aufwendungen für die Weiterbildung von Gutachtern selbst scheinen aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive, unter Einbezug von Schadenhöhe und bisherigen Kosten der Gutachten, ökonomisch vertretbar.

Zusätzlich erscheint es sinnvoll, ein **Qualitätsraster** zu entwickeln, das aktuelle Defizite aber auch bewährte Standards bei der Gutachtenerstellung aufgreift und als Handlungsanleitung zur „good practice“ der Gutachtenerstellung formuliert. Ein sol-

ches Raster sollte auf Basis von empirischen Daten und in Zusammenarbeit mit Gutachtenexperten aus verschiedenen Fachgebieten entwickelt werden. Eine solche Anleitung kann dann ebenfalls in die Weiterbildung einfließen. Dabei erscheint eine Gewichtung unterschiedlicher Teilkriterien zur Gutachtenqualität sinnvoll. Die Auftraggeber waren in unserer Studie vor allem dann mit dem Ergebnis zufrieden, wenn die Schlussfolgerungen „gut begründet und nachvollziehbar“ waren. Hier scheint der grösste direkte Anwendernutzen für die Auftraggeberseite und für Sekundärnutzer (z.B. Gerichte) zu liegen.

4.3.5. Weiterer Forschungsbedarf

Für die Anwender in der Praxis scheint auf folgenden Gebieten durch wissenschaftliche Forschung weiterer Nutzen generierbar:

Zusätzliche Anstrengungen zur Generierung von Daten zu Gesamtmenge und Auftragsvolumen von medizinischen Gutachten auf dem Schweizer Versicherungsmarkt, damit der Stellenwert dieses Sektors innerhalb des Gesundheits- und Versicherungswesens klarer beziffert werden kann.

Entwicklung eines auf empirischen Daten beruhenden Leitfadens zur Erstellung qualitativ hoch stehender Gutachten mit hohem Anwendernutzen.

Ländervergleiche zur Situation der medizinischen Gutachtenerstellung und Qualitätskontrolle in verschiedenen Systemen als Quelle innovativer Weiterbildungs- und Qualitätsverbesserungsinitiativen

Interventionsstudien zur Überprüfung des Impacts von Leitfäden zur „good practice“ der Gutachtenerstellung auf die Gutachtenqualität und letztlich auch auf das Patientenoutcome.

5. Teilprojekt 3: Qualität der medizinischen Gutachten in der Schweiz

Die Wertigkeit von Gutachten fusst neben formalen Ansprüchen auf deren fachlichen Qualität sowie der Nachvollziehbarkeit der Schlussfolgerungen für die Auftraggeber und zusätzlichen Interessenten wie Rechtsvertreter und Gerichte. Wohl hat das EVG minimale Anforderungen an Gutachten definiert (Bundesgerichtsentscheid BGE 125 V 351 (EVG, 6.11.1990)(1), die inhaltlichen Qualitätsansprüche bleiben dabei aber wenig definiert. Gemäss einer kürzlich publizierten Pilotstudie der SUVA (Ludwig C.A.: Anforderungen an Gutachten – Anforderungen an Gutachter. SAeZ, 2006; 87: 23, 1035-1036 sowie Gutachtenqualität im Unfallversicherungsbereich, Medizinische Mitteilungen der SUVA, Nr. 77, 2006)(2, 3) und Presseäusserungen zufolge scheinen den Gutachten allgemein beträchtliche fachliche Qualitätsmängel zu unterliegen, die angesichts der steigenden Menge von gutachterlichen Beurteilungen und deren Folgen dringlich der Analyse und Behebung bedürfen. Erstaunlicherweise hat unsere Literaturrecherche (Medline/PubMed) ergeben, dass sich sowohl im deutsch-, als auch angelsächsischen Sprachraum nur wenige Unterlagen zur Gutachtenqualität per se oder zur Beurteilung der Qualität von Gutachten finden. Das wenige an Informationen und Material stammt grösstenteils aus persönlichen Kontakten mit in der Begutachtung anerkannten Experten und ist nicht wissenschaftlich bestätigt. Insbesondere konnte kein validiertes Instrument zur Prüfung von Qualitätskriterien (Raster) gefunden werden, nach dem Gutachten systematisch evaluiert werden könnten. Das Teilprojekt 3 der Gesamtstudie „Medizinische Gutachtensituation in der Schweiz (MGS)“ soll zum einen einer Standortbestimmung zur Gutachtenqualität in der Schweiz per se dienen, zum andern aber auch der Entwicklung eines (tauglichen) Instrumentes für die Evaluation von Gutachten in der Praxis und Forschung.

5.1. Vorgehensweise

5.1.1. Zielsetzung nach Studienprotokoll

- "Erfassen der inhaltlichen Gutachtenqualität in der Schweiz durch Evaluation der Inhaltsqualität durch unabhängige Reviewer aus vor allem den Fachbereichen Neurologie, Rheumatologie, Psychiatrie und Orthopädie/Traumatologie bei einer repräsentativen Stichprobe aus in einem definierten Zeitraum bei den Schweizer Versicherungen eingegangenen Gutachten".
- Ableiten von Handlungsempfehlungen aus der Qualitätsbeurteilung.
- Erarbeiten eines Instrumentes (Raster) zur Qualitätsüberprüfung.

5.1.2. Art der Studie

Prospektive, verblindete Analyse von Gutachten.

5.1.3. Studienanlage und Methodik

5.1.3.1. Studienablauf schematisch

Literaturrecherche		bis November 2008
Auswahl der Experten		bis Januar 2008
Erfassen und Auswahl der Gutachten	Randomisierte Selektion mit Stratifizierung (durch WIG) nach Gutachtenart (IV, UVG, TG, Haftpflicht)	1.2. bis 30.4.2008
Expertenworkshop 1	Vorstellung eines ersten Fragebogenentwurf Festlegung der Studienanlage Bearbeiten des Fragebogens	19.2.2008 Pilotumfrage 1 Pilotumfrage 2
Versand der Gutachten an die Reviewer		In vier Tranchen, März bis August 2008
Reviewprozess		Mai bis Oktober 2008
Auswertung der eingegangenen Reviews Prozessschritt 1 Prozessschritt 2 Expertenworkshop 2	Erfassen des Rohdatensatzes Plausibilisierung – ergibt Grunddatensatz Genehmigung des Plausibilisierungsvorgehens Erste Bearbeitung (Konsolidierung) von Diskrepanzen zwischen Reviewern im Block 5 (Gesamtbeurteilung)	Oktober bis Dezember 2008 14.10.2008
Prozessschritt 3	Konsolidierung der Daten: Weitere Bearbeitung von Diskrepanzen zwischen Reviewern in Block 5 Begründung der Diskrepanzen in den Blöcken 1-3	November 2008 bis Januar 2009
Statistische Evaluation		Januar bis April 2009
Expertenworkshop 3	Genehmigung der konsolidierten Daten und des restlichen Studienablaufes	13.1.2009
Verfassen des Abschlussberichtes TP 3		Bis Juli 2009

5.1.3.2. Literaturrecherche zur Suche nach Qualitätsstudien, Leitlinien und Evaluationsraster

Die Literaturrecherche erfolgte primär über eine Medline/Pubmed-Abfrage durch Eingabe der Begriffe „Gutachten und Qualität“, „Gutachtenqualität“, „Evaluation von Gutachten“, „expertise and quality“, „quality of expertises“. Auf diese Weise konnte nichts Konkretes gefunden werden. Mittels einer Suchanalyse im Archiv der Schweizerischen Ärztezeitung (SAeZ) konnten Leitlinien für die Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie (4-6) sowie die vorher erwähnte Studie der SUVA (2,3) gefunden werden. Rechtliche Qualitätsanforderungen finden sich im Bundesgerichtsentscheid BGE 125 V 351 (EVG, 6.11.1990) (1). Danach haben Gutachten, um vor Gericht bestehen zu können, wie folgt zu sein:

- In Bezug auf die strittigen Punkte umfassend
- Auf allseitigen Untersuchungen beruhend
- Die vom Patienten geklagten Beschwerden berücksichtigend
- In Kenntnis der Vorakten erstellt
- Einleuchtend in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation
- Zu Schlussfolgerungen führend, die begründet und damit nachvollziehbar sind.

Mit Ausnahme der Studie von Ludwig (2,3) gibt es unseres Wissens abgesehen von gewissen Spezialfächern (z. Bsp. Psychiatrie) keine Studien zur Qualität von Gutachten. Diese Studie beschrieb, dass nur 5% der Gutachten sämtliche 4 Prüfkriterien (Gutachtenstruktur, Beweiswert, Terminologie und fachlicher Gehalt) erfüllten und damit als mustergültig bezeichnet werden konnten. Bei weiteren 46% der Gutachten wurde keines der vier erwähnten Kriterien als ungenügend bewertet; 49% der Gutachten jedoch wiesen relevante Qualitätsmängel auf.

Die weiteren Referenzen (4-6) beinhalten Leitlinien oder sind Lehrbücher resp. Buchabhandlungen (7-9), welche aber ebenfalls keine validierten Evaluationsraster enthalten.

Das wenige an weiteren Informationen und Material resultiert grösstenteils aus persönlichen Kontakten mit in der Begutachtung anerkannten Experten und ist ebenfalls

nicht validiert (10, 11, 12). Es konnte auch kein validiertes Instrument (Raster) gefunden werden, wonach Gutachten systematisch hinsichtlich Qualitätskriterien evaluiert werden könnten.

5.1.3.3. Auswahl der Gutachtenstichprobe zur Evaluation

Aus allen in der Zeit vom 1. Februar bis 30. April 2008 (Zeitperiode von 3 Monaten) bei einer schweizerischen Versicherung eingegangenen Gutachten, die in der online-Erhebung (siehe Teilprojekte 1 und 2) erfasst worden waren, wurden nach dem Zufallsprinzip insgesamt 104 Gutachten gezogen. 96 bis 100 Gutachten war die vorge-sehen Zielmenge. Die Ziehung erfolgte ursprünglich in 3 Zeitintervallen (Februar, März, April). Da das anvisierte Quorum damit noch nicht erreicht werden konnte, er-gab sich Ende Juni noch eine vierte Ziehung. Die Ziehung der Gutachten erfolgte stratifiziert nach Gutachtenart (IV, UVG, Taggeld, Haftpflicht) nach dem Zufallsprinzip. Da es weniger Haftpflichtgutachten gab, wurde diese Gutachtenart durch Unfallgutachten ergänzt. Die Ziehung erfolgte durch das WIG, welches der asim die Identi-fikationsnummer und den Namen der Versicherung des Auswahlgutachtens übermit-telte. Die asim verlangte daraufhin bei der für die Studie bezeichneten Kontaktperson der Versicherung das vollständige Gutachten in anonymisierter Form ein. Es wurde nur das Gutachten einverlangt, nicht das Patienten- oder Versichertendossier oder Vorakten etc. Anonymisiert wurden die Identifikationsmerkmale (Name, Geburtsda-tum, Versichertennummer) der begutachteten Person sowie die Identifikationsmerk-male der Gutachtenstelle oder des begutachtenden Arztes oder Ärztin. Insgesamt konnten von den 104 gezogenen Gutachten 97 beschafft werden. Diese Gutachten wurden in Papierform den Reviewern zur Evaluation zugestellt. Letztendlich konnten so 38 UVG-, 25 IV-, 9 Haftpflicht- (davon 5 Arzthaftpflicht-) und 25 Taggeldgutachten (insgesamt 97 Gutachten) aus einer Gesamtmenge von 3165 Gutachten analysiert werden.

5.1.3.4. Auswahl der Experten und Reviewer

Seitens der Experten und Reviewer wurde vorausgesetzt, dass sie der Gutach-tensprache deutsch, französisch oder italienisch mächtig, in der Gutachtenerstellung

kompetent und im Moment nicht unmittelbar in der Begutachtung tätig waren. Zudem hatten sie ausreichende Kenntnisse des Schweizer Gutachtensystems mitzubringen und zeitlich verfügbar zu sein (Zusammensetzung siehe Anhang 2).

Wegen des Zeitaufwandes, zum Abdecken der sprachlichen Kompetenzen (Reviews von Gutachten in deutscher, französischer und italienischer Sprache) sowie zur Berücksichtigung weiterer Fachdisziplinen, die sich nach der Ziehung der Gutachten ergaben, wurden neben den Experten zusätzliche Reviewer verpflichtet (insgesamt sieben, siehe Anhang 2). Diese wurden von uns ausführlich in ihre Aufgabe eingeführt.

5.1.4. Evaluationsprozess

5.1.4.1. Entwicklung des Evaluationsinstrumentes (Raster) und Expertenworkshop 1

Wie bereits angeführt konnte in der Literaturrecherche kein validiertes Evaluationsinstrument lokalisiert werden. Im Vorfeld wurde daher ein Entwurf für ein Evaluationsraster erarbeitet und zusammen mit einem dreizehnköpfigen Expertenteam (Zusammensetzung siehe Anhang 1), welchem auch ausgewiesene Vertreter des deutschsprachigen Auslands angehörten, fertig gestellt. Nach einem Probelauf mit zwei Mustergutachten wurde das Raster weiter verfeinert, mit einem weiteren Gutachten einem zweiten Probelauf unterworfen, nochmals korrigiert und dann im Rahmen der Studie eingesetzt.

5.1.4.2. Inhalt des Rasters

Mit dem Raster beurteilt wurden sowohl formale als auch inhaltliche Aspekte. Gegliedert war das Raster in 5 Blöcke (I-V):

Block I

Formale Qualitätskriterien (Antworten ja/nein)

Bei den formalen Kriterien wurde erhoben, ob die Vorakten erfasst wurden, das Gutachten einen logischen Aufbau aufwies, ob eine systematische Anamnese (gegliedert in aktuelle Beschwerden, frühere Erkrankungen oder Unfälle, Familienanamne-

se, Sozialanamnese, Ausbildungsstand, Berufsanamnese sowie Tagesablauf) erfolgt war. Des Weiteren wurde nach der Behandlungs- und Medikamentenanamnese gefragt sowie der Selbsteinschätzung des Exploranden hinsichtlich Arbeitsfähigkeit und Krankheitskonzeption nachgegangen. Es wurde weiter nach dem Vorhandensein einer klinischen Untersuchung gefragt. Weitere Punkte in diesem Block waren, ob die Hauptdiagnosen nach offiziellem Code codiert waren und ob das Gutachten sprachlich verständlich abgefasst worden war. Ebenfalls wurde nachgefragt, ob eine Konsensbesprechung erwähnt war und ob bei den bi- oder polydisziplinären Gutachten eine Gesamtbeurteilung abgegeben wurde.

Block II

Fachliche Qualität: Erhebung von Befunden und Stichhaltigkeit der Diagnosen sowie zusätzliche Fragen bei Unfallgutachten (Noten 1-3 für gut, genügend, ungenügend)

In diesem Block wurde nach der Qualität der Befunderhebung, gemessen am State of the Art der medizinischen Fachrichtung gefragt, sowie nach der Begründung bei einem Abweichen vom State of the Art. Des Weiteren wurde gefragt, wie weit die codierten Diagnosen fachlich insgesamt begründet waren aufgrund der Symptome, der klinischen Befunde sowie von allfälligen Zusatzuntersuchungen. Falls die Diagnosen nicht ausreichend begründet waren, wurde nach dem Grund gefragt (was hat dem Reviewer am meisten gefehlt?).

Eine weitere Frage bezog sich auf das Vorhandensein von Literaturziten und deren Notwendigkeit.

Bei Unfallgutachten wurde zusätzlich die Aufarbeitung des medizinischen Sachverhaltes, die Begründung und Nachvollziehbarkeit der Kausalitätsbeurteilung sowie der Bemessung eines allfälligen Integritätsschadens analysiert.

Block III

Beurteilung von Abweichungen der Gutachter gegenüber früheren Diagnosen/Befunden, Beurteilung der Leistungs- und Belastungsfähigkeit, der Arbeitsfähigkeiten, von Simulation und Aggravation, der Massnahmen und Nachvollziehbarkeit der Beurteilungen. (Ziffern 1-3 für gut, genügend, ungenügend)

Block III befasste sich mit den Abweichungen zu früheren Befunden sowie der Bemessung von Leistungs- und Arbeitsfähigkeit und deren unmissverständlichen Festlegung in Bezug auf die angestammte Tätigkeit und in Bezug auf eine allfällige Ver-

weistätigkeit. Weitere Punkte in diesem Block waren die korrekte Zuordnung von Comorbiditäten, die korrekte Abhandlung der Aspekte Simulation, Aggravation und Verdeutlichungstendenz sowie die Adäquanz der vorgeschlagenen medizinischen Massnahmen und deren Auswirkung auf die klinische Symptomatik und Arbeitsfähigkeit. Des Weiteren betrachtet wurde, ob die versicherungsrelevante Fragestellung präzise erkannt und beantwortet respektive eine Nichtbeantwortbarkeit einleuchtend begründet wurde und, ob die versicherungsmedizinischen Termini korrekt angewendet wurden. Es wurde zudem nach der ausreichenden Diskussion diskrepanter Befunde und Diagnosen gefragt sowie dem Zusammenführen der in den einzelnen Fachgebieten erhobenen Funktionseinschränkungen zu einer einleuchtenden Gesamtbeurteilung der Leistungsfähigkeit.

Block IV

Schwierigkeitsgrad des Gutachtens (Kategorien : A-E)

Die Einteilung der Kategorien Noten A-E entspricht der Einteilung nach Tarmed.

Block V

Qualitätsbeurteilung als Gesamteindruck des Reviewers (Note 1-6).

Die Qualitätsbeurteilung als Gesamteindruck erfolgte nach der Schulnotenskala, wonach die Note 1 die schlechteste, die Note 6 die beste war.

Bei den Blöcken I bis III waren neben der Wertung ja/nein resp. 1-3, „?“ (nicht beurteilbar) und „0“ (irrelevant, entfällt) weitere Antwortmöglichkeiten.

Für die Arzthaftpflichtgutachten (insgesamt fünf) wurde ein eigenes Raster unter Einbezug von Juristen erarbeitet. Infolge auch unterschiedlicher Fragestellungen werden diese fünf Gutachten nur hinsichtlich Benotung und Schwierigkeitsgrad mit ausgewertet, ansonsten erfolgt ihre Auswertung gesondert.

5.1.5. Reviewprozess: Zuteilung der Gutachten an die Reviewer

Die Gutachten wurden vom ärztlichen Projektteam der asim (Prof. Dr. med. N. Gyr, Dr. med. S. Stöhr) unter Berücksichtigung der Fachgebiete jeweils zwei Reviewern zugeteilt. Damit wurde der Zweck verfolgt, die Kongruenz der Qualitätsbeurteilung

und der Fragenbeantwortung im Evaluationsinstrument zu analysieren. Mono- oder bidisziplinäre Gutachten wurden jeweils zwei Spezialisten der betroffenen Fachgebiete übergeben. Bei polydisziplinären Gutachten erfolgte die Zuteilung nach dem Zufallsprinzip an zwei Spezialisten, deren Fächer im Gutachten vertreten waren. Untenstehender Algorithmus zeigt den Zuteilungsmodus schematisch dargestellt.

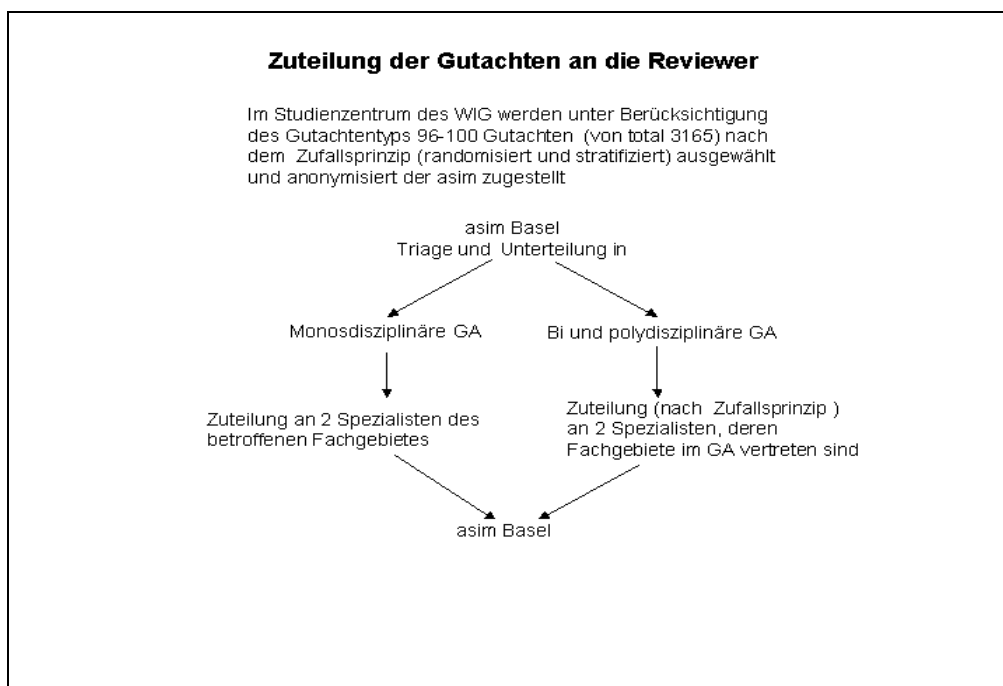


Abbildung 6 Zuteilungsschema der Gutachten an die Reviewer

Bei Gutachten in französischer oder italienischer Sprache wurde auf die Sprachverständlichkeit der Reviewer geachtet.

Der Reviewprozess erstreckte sich von Mai bis Oktober 2008.

5.1.6. Auswertung der Reviews

5.1.6.1. Rohdatensatz und Plausibilisierung (Prozessschritte 1 und 2) und Expertenworkshop 2

Die beiden Reviews (die beiden ausgefüllten Raster) wurden vom asim-Team in ein gemeinsames Raster übertragen und als Rohdatensatz (= *Prozessschritt 1*) in einer Accessdatenbank erfasst. Damit wurden allfällige Diskrepanzen zwischen den Antworten der beiden Reviewer gut erkennbar.

In einem nächsten Schritt, der Plausibilisierung (*Prozessschritt 2*), wurden sämtliche Diskrepanzen zwischen den jeweils 2 Reviewern analysiert und auf Plausibilität, d.h. auf Ihre Erklärbarkeit, überprüft:

- Wurde die Frage richtig verstanden?
- Wurden Inhalte überlesen?
- Wurden Antwortfelder versehentlich falsch ausgefüllt?
- Gab es Fragen, die ungeeignet erscheinen?
- Fand ev. eine Verwechslung statt usw.?

Die Plausibilisierung erfolgte nach klar definierten, vom Expertengremium genehmigten und schriftlich festgehaltenen Regeln:

Umgang mit der Antwort „?“ (nicht beurteilbar):

Die Antwort wurde der Antwort des andern Reviewers gleichgesetzt. Es galt damit die Antwort des andern Reviewers (mit 3 Ausnahmen).

Umgang mit der Antwort „0“ (irrelevant, entfällt):

Jeder Fall wurde anhand des Gutachtens analysiert und wie folgt bewertet: Im Regelfall wurde die Antwort „0“ von Reviewer 1 dem Resultat des andern Reviewers gleichgesetzt und damit Konkordanz angenommen.

Ausnahmen: Falls die Antwort von Reviewer 2 aber nicht schlüssig erschien, wurde diese zur Antwort „0“ von Reviewer 1 konkordant gesetzt, d. h. erhielt ebenfalls die Antwortqualifikation „0“. Erschien aber die „0“ von Reviewer 1 berechtigt und liess sich die Antwort des andern Reviewers nicht einfach „0“ zuzuordnen, wurde Diskrepanz angenommen. Begründete Entscheide gegen die Regeln wurden in einem eigenen File festgehalten und sind so jederzeit einseh- und nachvollziehbar.

Als *Diskrepanz* galten unterschiedliche Bewertungen in Bezug auf Ja/Nein in Block I sowie mehr als eine Note Unterschied oder Übergang genügend/ungenügend in den Blöcken II-V. Da insbesondere in Block I relativ viele Diskrepanzen vorkamen, wurden zum Ausschluss eines gleichzeitig vorkommenden Irrtums beider Reviewer stichprobenweise auch Antworten überprüft, wo beide Reviewer übereinstimmend geantwortet hatten.

Im Rohdatensatz galten auch „?“ und „0“ im Vergleich zu einer andern Antwort als Diskrepanz. Diese wurden bei der Plausibilisierung zu einem grossen Teil zugeordnet und damit eliminiert (Regeln siehe oben).

Expertenworkshop 2

Das Vorgehen und die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfung wurden in einem separaten Workshop von den Experten genehmigt, das weitere Vorgehen bezüglich der Bearbeitung der Diskrepanzen diskutiert und vom Expertengremium abgesegnet.

5.1.6.2. Weitere Auswertung der Reviews: Konsolidierung (Prozessschritt 3) und Expertenworkshop 3

Die nach Abschluss der Plausibilitätsprüfung noch verbleibenden Diskrepanzen im Block V (Benotung) wurden vom Projektteam prioritär behandelt und mit den betreffenden Reviewern bearbeitet.

Ziel dieser Besprechungen war es, die Diskrepanzen auf ihre Berechtigung hin zu analysieren, da wo sie wenig begründet erschienen eine Annäherung der beiden Reviewer zu bezwecken, begründete Diskrepanzen zu belassen und deren Gründe festzuhalten.

Expertenworkshop 3

Im letzten Expertenworkshop wurden die konsolidierten Ergebnisse des Blocks V, Gesamtbeurteilung, genehmigt. Von der Konsolidierung von Block IV, Schwierigkeitsgrad, wurde abgesehen (siehe Kap. 5.2.3.). Die Diskrepanzen der Blöcke I-III wurden belassen, aber von den Experten in Bezug auf ihre Gründe analysiert.

Die Blöcke I bis III wurden in einem weiteren Schritt jeweils einzeln nach einem festgelegten Punktesystem und nach vom Expertengremium genehmigter Gewichtung benotet, die Blocknoten zu einer Gesamtnote zusammengefasst und mit der Gesamtbeurteilungsnote des jeweiligen Reviewers verglichen. Die Darstellung dieser Ergebnisse erfolgt in einem separaten Bericht, da sie nicht Gegenstand des Primärauftrages darstellten.

5.1.7. Analysekriterien

Folgende Analysekriterien wurden gewählt:

1. Zahl und Art der Diskrepanzen vor und nach Plausibilisierung und nach Konsolidierung (Gesamtbeurteilung)
2. Qualität der GA basierend auf Gesamturteil V, gewichtet nach Schwierigkeitsgrad
3. Vergleich von Gesamtbeurteilung V. mit Beurteilung der Auftraggeber (MGS Studie Teil 1 und 2)
4. Qualität der GA basierend auf den Blöcken I-III , im Vergleich zur Gesamtbeurteilung des einzelnen Reviewers (separater Folgebericht)

5.1.8. Statistische Auswertung

Die Analyse fokussiert auf die deskriptive Beschreibung der vorliegenden Resultate. Die angegebenen Schätzer und deren 95%-Vertrauensintervalle wurden mittels eines Generalized-Estimation-Equation-Model berechnet. Dies ermöglicht die korrekte Berücksichtigung der beiden Beurteilungen pro Dossier. Für jeden Prädiktor wurde ein separates Modell geschätzt und mit einem Scoretest geprüft, ob der Gesamteffekt dieses Prädiktors signifikant ist. Die Analyse des Endpunktes „Schulnote“ basiert auf einer gewöhnlichen Regression, die Analyse des Endpunktes „genügend/ungenügend“ auf einer logistischen Regression. Alle Berechnungen erfolgten mittels R (R Development Core Team, 2008, Version 2.8.1 (12)), die Modelle wurden mit dem Packet „geepack“ (Yan & Fine, 2004 (13)) berechnet.

5.2. Ergebnisse

5.2.1. Beschreibung der zur Analyse gelangten Gutachten

Zur Erreichung der angestrebten Gutachtenzahl von 96-100 wurden 104 Gutachten gezogen, wovon letztlich 97 in die Analyse eingeschlossen werden konnten. 7 der angeforderten Gutachten wurden uns von den Versicherern nicht zugestellt. Insgesamt beruhte die *Informationsbasis* in 86 Fällen auf Patientenkontakten, in 11 Fällen auf Akten.¹

¹ Die statistische Analyse erfolgte mit 10 Aktengutachten und 87 Gutachten mit Patientenkontakt, da ein Gutachten fälschlicherweise als Gutachten mit Patientenkontakt in die statistische Auswertung Eingang gefunden hat.

Die nachfolgenden Abbildungen zeigen die Aufteilung der Gutachten nach Art (IV, UVG, Krankentaggeld, Haftpflicht), nach Anzahl involvierter Gutachter (mono-, bi- und polydisziplinär), nach Fachdisziplinen und nach Sprachen.

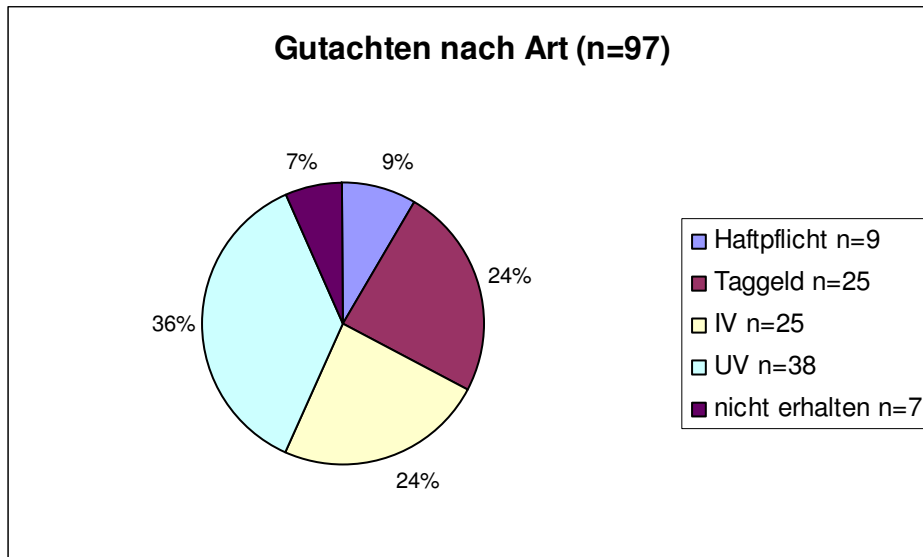


Abbildung 7: Empirische Daten Qualitätsanalyse: Gutachtensart

Von den im Rahmen der MGS-Gesamtstudie eingegangenen insgesamt 3165 Gutachten entfielen rund 77% auf IV-Gutachten, 10% auf UVG-Gutachten, 10% auf Krankentaggeldgutachten und gut 1% auf Haftpflichtgutachten (siehe TP 1 und 2). Unsere Auswahl differiert damit deutlich, indem nur 24% IV-Gutachten, dafür 36% UVG-Gutachten vorliegen. Dies ist durch die Stratifizierung erklärt, deren Ziel der Einbezug aller Gutachtenarten darstellte. Der Unterschied in der Anzahl UVG-Gutachten erklärt sich ebenfalls durch die Stratifizierung und den Einbezug von Unfallgutachten anstelle der in verhältnismässig nur geringer Zahl vorkommenden Haftpflichtgutachten.

Im Gesamtkollektiv finden sich weniger Aktengutachten (nur 2.3 %); damit sind die Aktengutachten bei uns übervertreten.

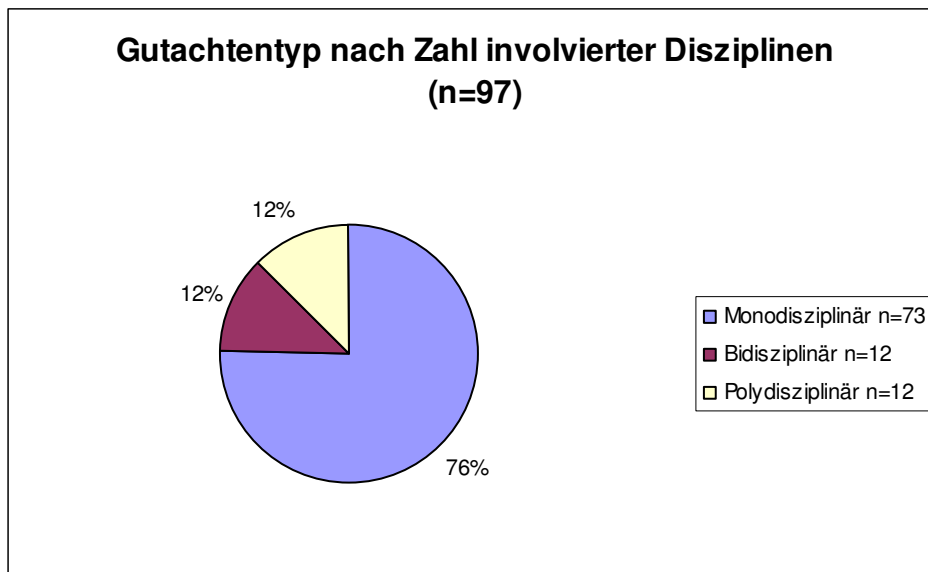


Abbildung 8 Empirische Daten Qualitätsanalyse: Gutachtentyp

Bei drei Viertel der evaluierten Gutachten handelte es sich um monodisziplinäre Gutachten. Auch im MGS-Gesamtkollektiv machten die monodisziplinären Gutachten mit 65% den grössten Anteil aus, knapp 14% waren bidisziplinäre und gut 20% polydisziplinäre Gutachten. Damit ist in Bezug auf die Zahl der involvierten Disziplinen unsere Selektion repräsentativ für das Gesamtkollektiv.

Von den insgesamt 73 monodisziplinären Gutachten entfielen 13 auf IV-, 32 auf UV-, 22 auf Taggeld-, 1 auf Haftpflicht- und 5 auf Arzthaftpflicht-Fälle.

Bei den bidisziplinären Gutachten zeigte sich folgende Verteilung: 7 IV- und 3 UV-Fälle sowie je 1 Taggeld- und ein Haftpflichtfall. Bei den polydisziplinären lagen 5 IV-, 3 UV-, 2 Taggeld- sowie 2 Haftpflichtgutachten vor.

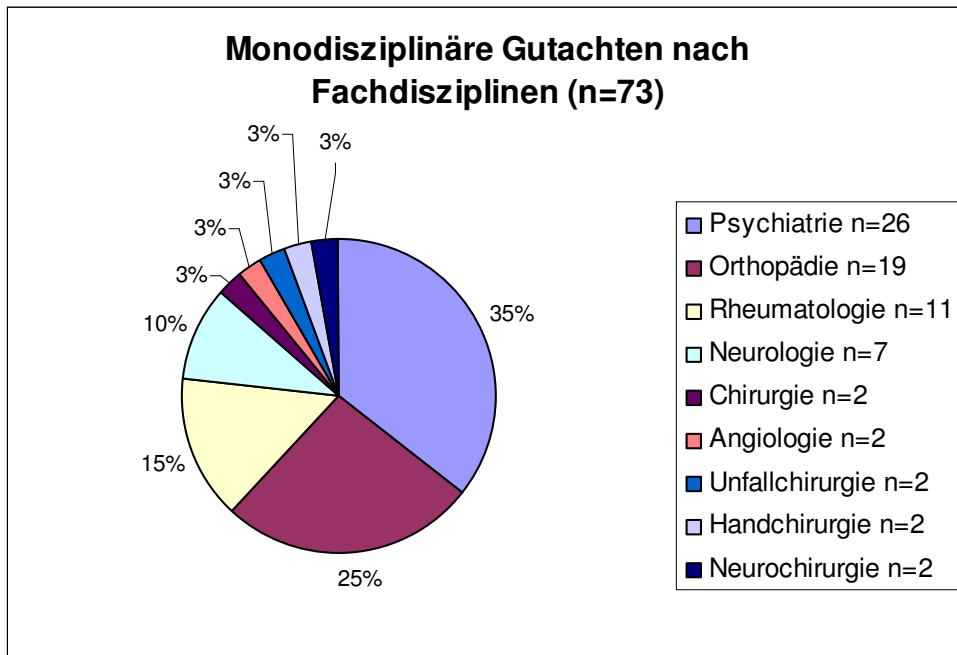


Abbildung 9 Empirische Daten Qualitätsanalyse: Fachdisziplin Monodisziplinäre Gutachten

In Abb. 9 sind die Gutachten nach Fachdisziplinen aufgeteilt.

Die Disziplinen Psychiatrie, Orthopädie, Neurologie und Rheumatologie machen 85% der monodisziplinären Gutachten aus, was sich ebenfalls mit der Verteilung im MGS-Gesamtkollektiv deckt.

Auffallend ist das Fehlen der internmedizinischen Disziplinen mit Ausnahme der Angiologie.

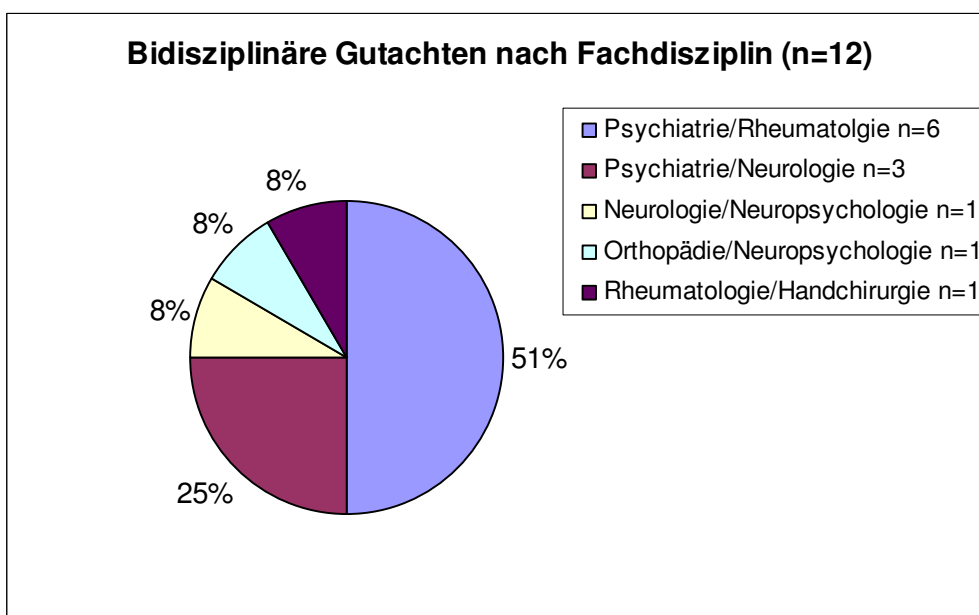


Abbildung 10 Empirische Daten Qualitätsanalyse: Fachdisziplinen Bidisziplinäre Gutachten

Auch bei den bidisziplinären Gutachten (Abb. 10) dominierten die Disziplinen Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie und Orthopädie.

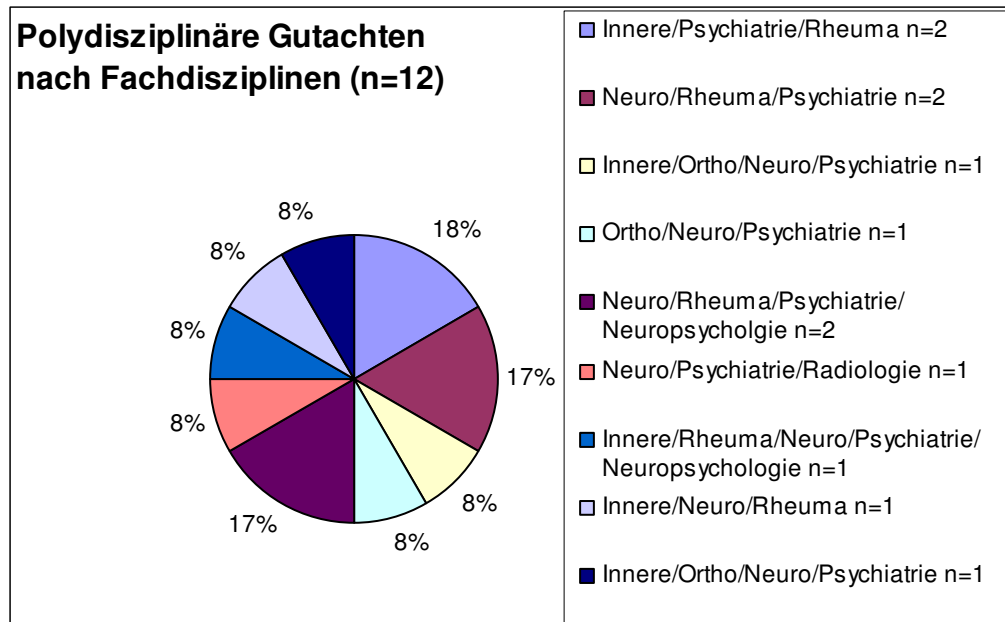


Abbildung 11 Empirische Daten Qualitätsanalyse: Fachdisziplinen Polydisziplinäre Gutachten

Bei den polydisziplinären Gutachten kommt die Innere Medizin als Disziplin vor (insgesamt 6 mal), meist im Sinne der Fallführung.

In den insgesamt 12 polydisziplinären Gutachten war die Rheumatologie 8 mal, die Neurologie 10 mal, die Psychiatrie 11 mal und die Orthopädie 3 mal vertreten.

Auch im Gesamtkollektiv wurden mit Ausnahme der Kardiologie/Angiologie keine internistischen Subdisziplinen genannt. Die Innere Medizin andererseits war im Gesamtkollektiv vertreten mit knapp 21% bei den IV-Gutachten und knapp 10% bei den Privatgutachten (UVG, Krankentaggeld, Pensionskasse).

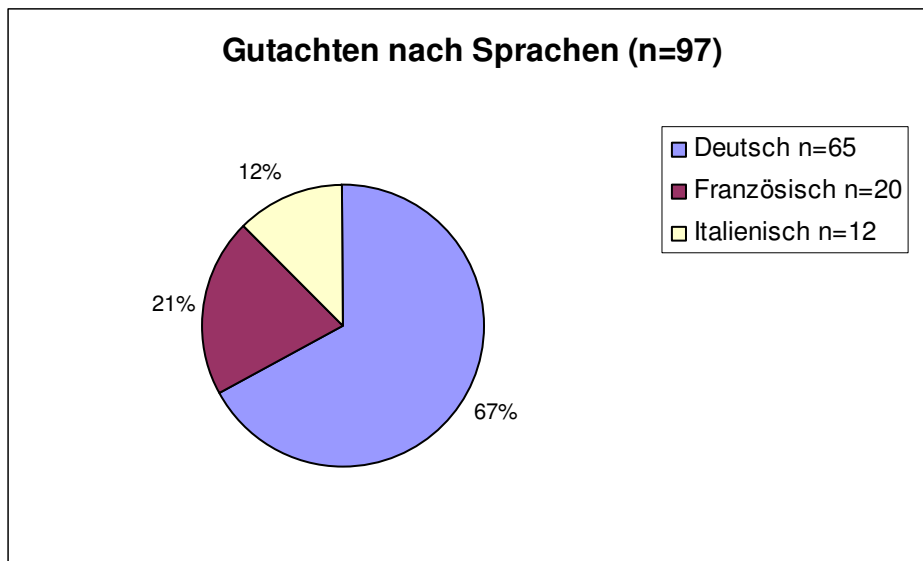


Abbildung 12 Empirische Daten Qualitätsanalyse: Sprache der Gutachten

Abb. 12 bildet die drei Sprachen Deutsch, Französisch und Italienisch ab, in denen die Gutachten verfasst wurden. Auch hier repräsentiert die Selektion das MGS-Gesamtkollektiv.

Insgesamt kann gesagt werden, dass unsere Stichprobe hinreichend gut das Kollektiv der Gesamtstudie repräsentiert und damit gültige Aussagen möglich sind.

5.2.2. Ergebnisse der Plausibilisierung

Wie in der Methodik erwähnt, ging es bei der Plausibilisierung (Definition der Plausibilisierung siehe Kap. 5.1.6.1.) darum, Diskrepanzen zwischen den Reviewern auf ihre Erklärbarkeit hin zu prüfen.

Tabelle 34 zeigt den Verlauf der Zahl der Diskrepanzen in den verschiedenen Prozessschritten.

5.2.3. Anzahl Diskrepanzen

	Prozessschritt 1 (Rohdatensatz) Ohne „?“ („?“ eliminiert nach Regel, siehe S.13, Methodik)	Prozessschritt 2 (Plausibilisierung – ergibt Grunddatensatz)	Reduktion der Diskrepanzen zwischen Prozessschritt 1 und 2 in %	Prozessschritt 3 (Konsolidierung), nach Bearbeitung der Diskrepanzen
Block I (Formal)	362	24	-94%	Keine Konsolidierung
Block II (Inhalt)	278	153	-45%	Keine Konsolidierung
Block III (Inhalt)	379	111	-71%	Keine Konsolidierung
Block IV (Schwierigkeitsgrad)	10	10	0%	10 (0%) (keine Konsolidierung)
Block V (Gesamtnote, Gesamtbeurteilung)	34	31	-9%	6 (= Total -83%)
Total	1063	329	-69%	304 (= Total -72%)

Tabelle 34: Prozess Diskrepanzbereinigung Qualitätsanalyse

94% der Diskrepanzen in Block I (Formales) konnten ausgeräumt werden. Die nach der Plausibilisierung noch wenigen verbleibenden Diskrepanzen in Block I, waren weitgehend durch die Sprache („wurde das Gutachten sprachlich klar, verständlich, abgefasst“) bedingt. Weitere Gründe waren u.a., dass eine Frage nicht richtig verstanden worden war oder bestimmte Punkte sich im Gutachten nicht dort fanden, wo sie vom Reviewer erwartet wurden (z. Bsp. Anamnese, die in den Text eingestreut war). Auch bezüglich des Vorhandenseins einer klinischen Untersuchung waren sich die Reviewer je nach Fachbereich nicht immer einig.

Unsere Auswertungen haben gezeigt, dass dieser Teil des Fragebogens (Block I) für Akten-Gutachten nicht geeignet war.

In Block II und III (Inhaltliches) reduzieren sich die Diskrepanzen um 45% resp. um 71%. Diese scheinbar hohe Plausibilisierungsrate in den inhaltlichen Fragen erklärt sich durch die öfters gewählte Antwortmöglichkeit „0“ (irrelevant, entfällt (z. Bsp. Vorhandensein von Literatur und deren Notwendigkeit) durch einen der beiden Reviewer, währenddessen der zweite Reviewer sich auf eine Antwort festgelegt hatte. Mit der Antwort „0“ sind wir nach klar definierten Regeln vorgegangen (siehe Methodik, Kap. 5.1.6.1.).

Block IV (Schwierigkeitsgrad) haben wir plausibilisiert, aber auf eine Konsolidierung verzichtet, weil wir diese Diskrepanzen nicht für bedeutsam erachteten.

Die Plausibilisierungen in Block V (Schlussnote, Gesamtbeurteilung) entfielen auf Verwechslungen, die bereinigt wurden.

5.2.4. Auswertungen nach Plausibilisierung und Konsolidierung der Daten

5.2.4.1. Auswertung nach Schwierigkeitsgrad

Die Beurteilung des Schwierigkeitsgrads erfolgte nach den Noten A-E (A entspricht leicht, E sehr schwierig, äusserst komplex).

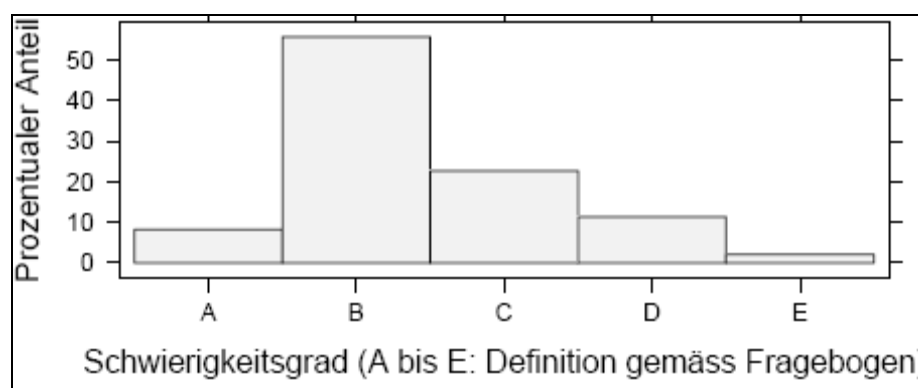


Abbildung 13 Auswertung Qualitätsanalyse: Einstufung Schwierigkeitsgrad

Von den einzelnen Reviewern wurde insgesamt 30 mal die Wertung A, 101 mal die Wertung B, 39 mal die Wertung C, 19 mal die Wertung D und 5 mal die Wertung E gegeben.

45 Gutachten waren hinsichtlich Beurteilung des Schwierigkeitsgrades identisch, 42 nicht diskrepant, 10 wiesen eine Diskrepanz auf.

5.2.4.2. Auswertung nach Schlussnote/Gesamtbeurteilung

Nach erfolgter Plausibilisierung (Prozessschritt 2) waren 35 Gutachten identisch benotet, 31 nicht diskrepant und 31 diskrepant. Nach Konsolidierung (Prozessschritt 3) wiesen 52 Gutachten eine identische Schlussnote auf, 39 Gutachten waren nicht diskrepant, bei 6 Gutachten blieb die Schlussnote diskrepant. In diesen verbleibenden Diskrepanzen gelangten die Reviewer zu keiner gemeinsamen Sicht, ob ein Gutachten als genügend oder ungenügend zu beurteilen sei. Die Diskrepanz kann darin liegen, dass in einem insgesamt als ungenügend beurteilten polydisziplinären Gutachten ein sehr gutes Einzelfachgutachten durch einen der beiden Reviewer bei der Gesamtwürdigung stark bewertet wurde. Grossmehrheitlich dürften die nicht bereinigbaren Diskrepanzen im Rahmen dieser Studie aber durch unterschiedliche Schulmeinungen und, wie die Experten meinten, auch durch die unterschiedliche Strenge der Evaluatoren bedingt sein.

5.2.5. Notenverteilung

Abbildung 14 zeigt die numerische Verteilung der Noten auf. Der Bruch zwischen 3 und 4, wo keine Gutachtennote zu finden ist, beruht auf der Art, wie bei der Konsolidierung der Noten mit Diskrepanzen zwischen den Reviewern verfahren wurde: Für Unterschiede innerhalb des genügenden oder ungenügenden Bereichs wurde der Mittelwert eingesetzt. Bei Diskrepanzen, die die Grenze 3 und 4 überschritten, wurde die schlechtere Note gewählt in der Ansicht, dass bei einem Rechtsverfahren die schlechtere Bewertung den Ausschlag geben dürfte.

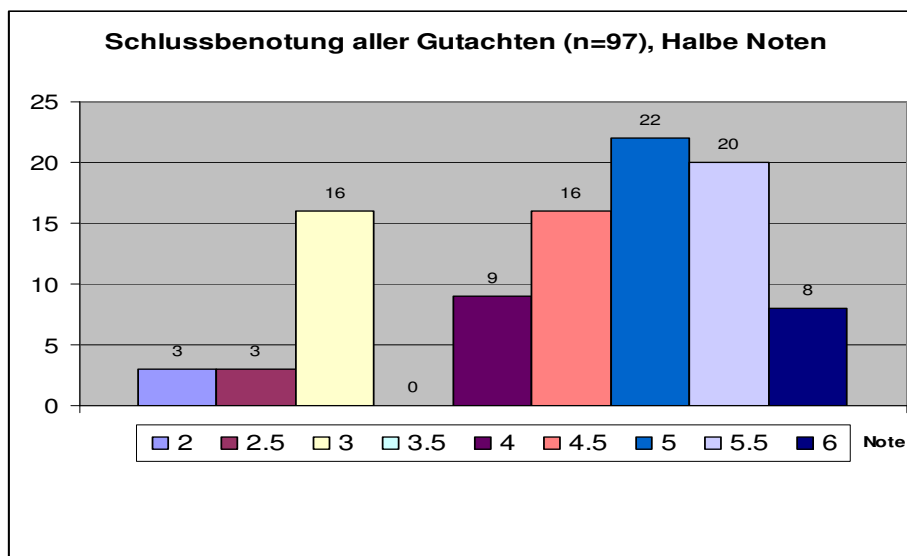


Abbildung 14 Auswertung Qualitätsanalyse: Schlussbenotung

Verteilungsdiagramm aller Gutachtennoten

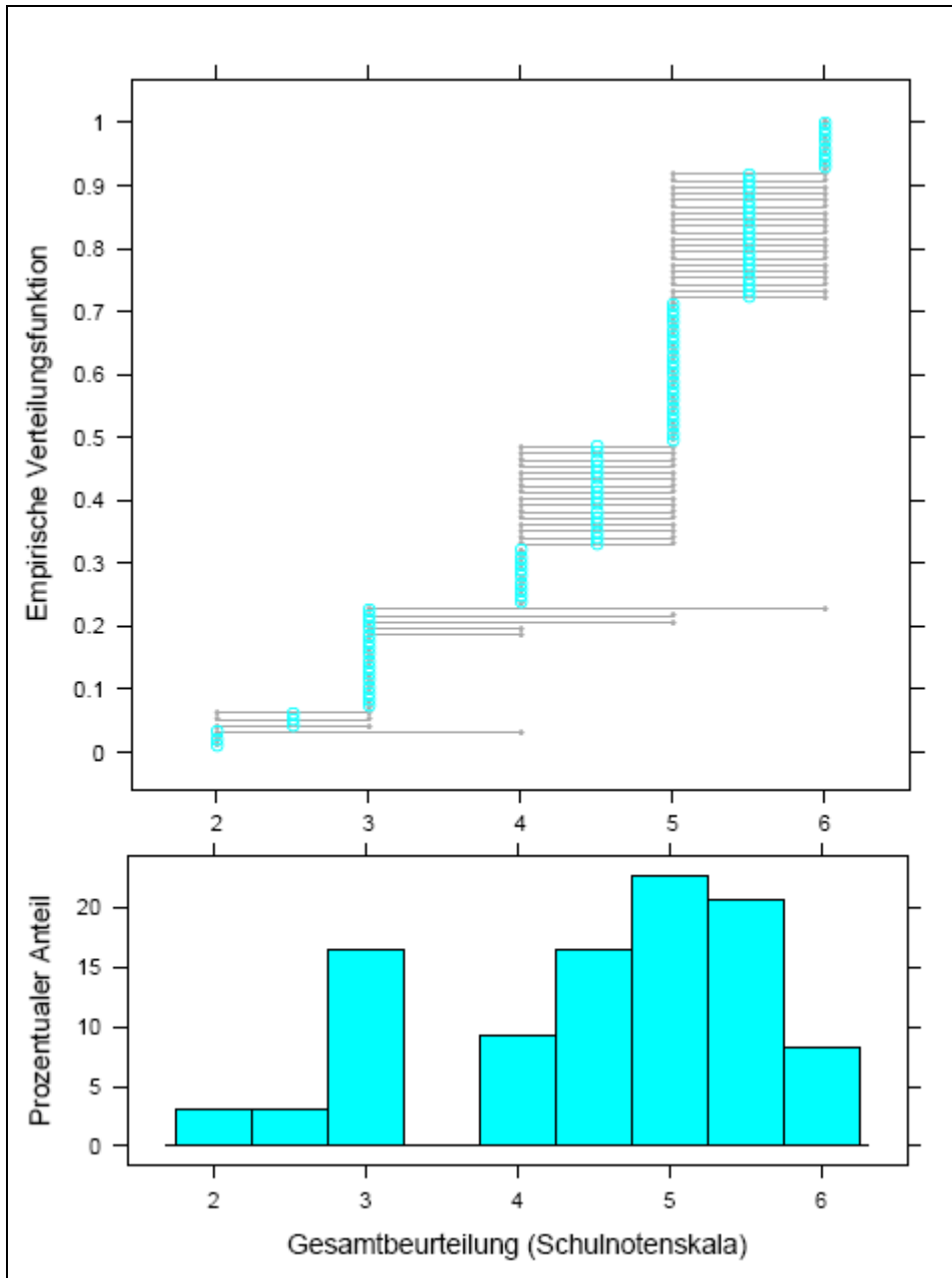


Abbildung 15 Statistische Auswertung Qualitätsanalyse: Verteilungsdiagramm der Schlussbeurteilung

Jeder Punkt in Abb. 15 markiert die Note eines Gutachtens bei identischer Beurteilung durch die Reviewer oder den Mittelwert der Noten beider Reviewer, falls deren Benotungen nicht identisch waren (Ausnahme: bei diskrepanter Benotung durch die beiden Reviewer wurde kein Mittelwert, sondern die schlechtere Benotung verwendet).

Tabelle 35 zeigt die numerische und prozentuale Verteilung der Gutachten nach Noten unterteilt in die Blöcke „genügend“ und „ungenügend“.

Note	Gesamtbeurteilung definitiv	%
6,0	8	8.25
5,5	20	20.62
5,0	22	22.68
4,5	16	16.49
4,0	9	9.28
Total genügend	75	77.32
Note	Gesamtbeurteilung definitiv	%
3,5	0	0.00
3,0	16	16.49
2,5	3	3.09
2,0	3	3.09
Total ungenügend	22	22.68

Tabelle 35: Gutachtensbeurteilung durch die Reviewer: Gesamtbeurteilung und genügend / ungenügend

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass letztlich 22.7% aller Gutachten, also ein knappes Viertel ungenügend und 77.3% genügend sind. Rund 50% aller von uns ausgewerteten Gutachten waren gut oder besser (Note ≥ 5).

Dieses Ergebnis scheint die negativen Presseäußerungen zur Gutachtenqualität und die ernüchternden Resultate der in der Einleitung erwähnten Pilotstudie der SUVA zu bestätigen.

5.2.6. Signifikanz der Gutachtenskategorien für die Qualitätsbeurteilung

Die *Typ* der Gutachten (Mono-, Bi- oder Polydisziplinär) hat keinen signifikanten Einfluss auf die Note des Gutachtens (p -Wert: 0.57), jedoch einen signifikanten Einfluss

darauf, ob ein Gutachten als genügend oder ungenügend eingestuft wurde (p-Wert: <0.01).

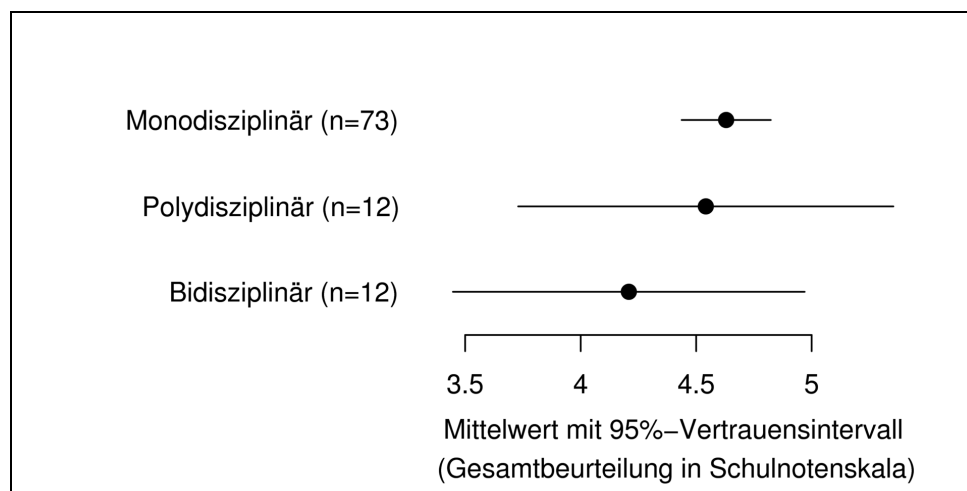


Abbildung 16 Statistische Auswertung Qualitätsanalyse nach Gutachtenstyp

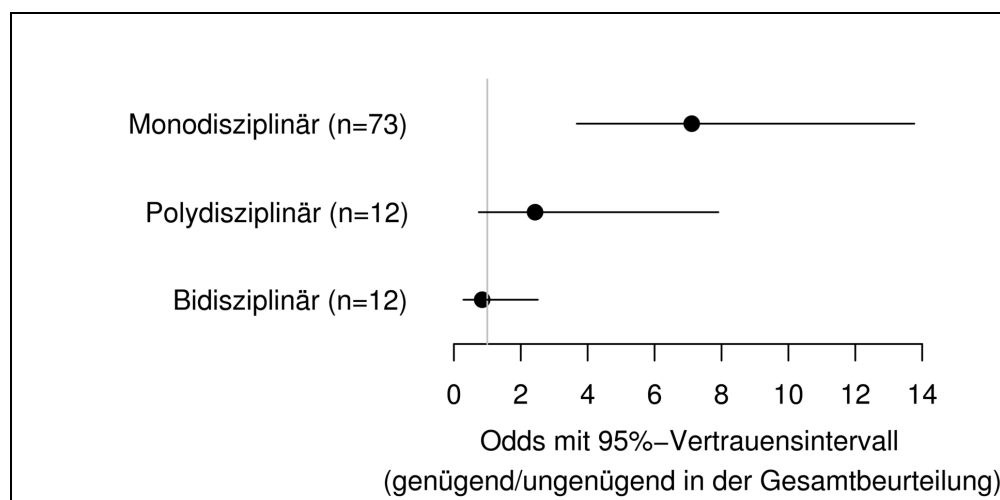


Abbildung 17 Statistische Auswertung Qualitätsanalyse:
Odds genügend/ungenügend nach Gutachtenstyp

Am besten schnitten die monodisziplinären Gutachten ab. Nach den Odds (hier = Quotient genügend/ungenügend) zu urteilen, liegt das Verhältnis genügend/ungenügend bei den monodisziplinären Gutachten bei ca. 8:1, bei den polydisziplinären bei ca. 2:1, bei den bidisziplinären Gutachten jedoch bei ungefähr 1:1. Allerdings sind solche Einzelanalysen statistisch nicht zulässig. Unsere Aussage ist daher mit Vorsicht zu interpretieren.

Möglicherweise hängt der Unterschied damit zusammen, dass sich bei einem bidisziplinären und polydisziplinären Gutachten eine Aufgabe mehr stellt, nämlich das Zusammenführen der einzelnen Fachgutachten. Damit ergibt sich eine Quelle für mehr Beanstandungen.

Die *Informationsbasis* der Gutachten (Aktengutachten vs. Gutachten mit Patientenkontakt) hat weder einen signifikanten Einfluss auf die Note des Gutachtens (p-Wert: 0.21), noch darauf, ob ein Gutachten als genügend oder ungenügend eingestuft wurde (p-Wert: 0.43).

Dies überrascht, wird doch insbesondere von Gerichtsseite erwartet, dass ein Gutachten vor allem die vom Patienten geklagten Beschwerden berücksichtigen soll und dieser direkte Anamnesenaspekt bei einem Aktengutachten wegen Abwesenheit des Patienten entfällt. Alle Aktengutachten enthielten aber andererseits sehr präzise Fragestellungen, was präzise Antworten möglich machte. Letzteres könnte den obigen Mangel neutralisiert haben.

Die *Art* der Gutachten (Krankentaggeld, Haftpflicht, UVG, IV) hat weder einen signifikanten Einfluss auf die Note des Gutachtens (p-Wert: 0.21), noch darauf, ob ein Gutachten als genügend oder ungenügend eingestuft wurde (p-Wert: 0.66).

Wir fanden 9 ungenügende von insgesamt 25 IV-Gutachten, 7 von insgesamt 38 UVG-Gutachten sowie 2 ungenügende von insgesamt 9 Haftpflicht- und 4 ungenügende von insgesamt 25 Krankentaggeld-Gutachten.

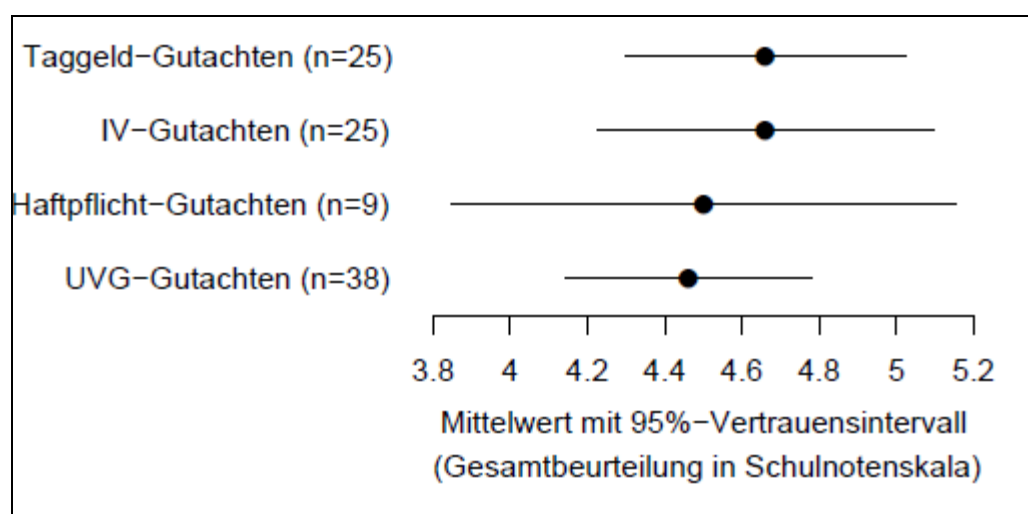


Abbildung 18 Statistische Auswertung Qualitätsanalyse nach Gutachtensart

Die *Fachdisziplin* der Gutachten bei den monodisziplinären Gutachten hat weder einen signifikanten Einfluss auf die Note des Gutachtens (p-Wert: 0.56), noch darauf, ob ein Gutachten als genügend oder ungenügend eingestuft wurde (p-Wert: 0.16).

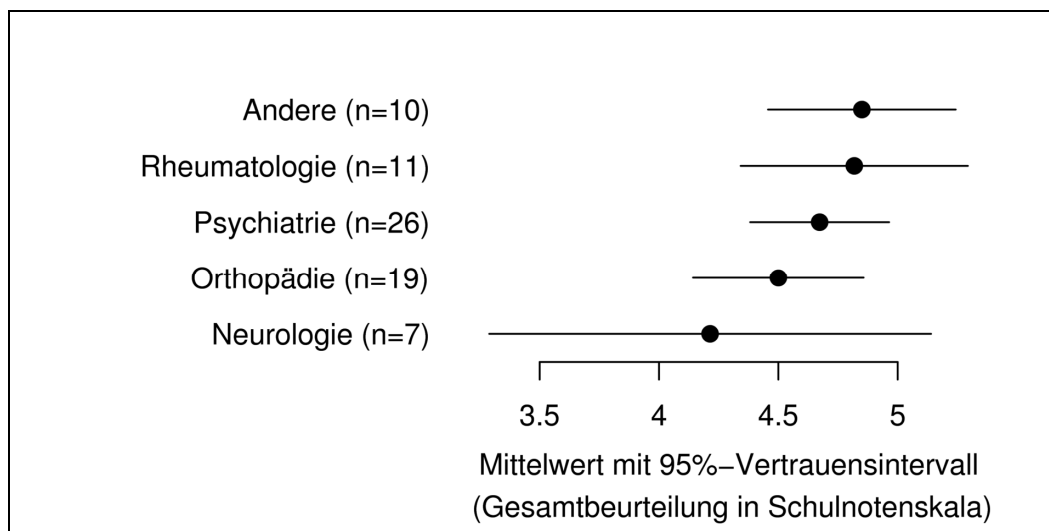


Abbildung 19 Statistische Auswertung Qualitätsanalyse nach Fachdisziplin

Statistisch lässt sich zwar keine Beziehung zwischen Fachdisziplin und Qualität nachweisen, was vorwiegend auf die grosse Streuung bei der Benotung Neurologie und auf die Streuungen der Odds von "Andere Disziplinen" und Rheumatologie zurückzuführen sein dürfte. Interessant ist aber trotzdem, dass in der Neurologie auf ein genügendes ein ungenügendes Gutachten entfällt, während dieses Verhältnis bei der Psychiatrie beispielsweise bei etwa 10 zu 1 liegen dürfte.

Die *Sprache* der Gutachten hat einen signifikanten Einfluss auf die Note des Gutachtens (p-Wert: 0.014), und darauf, ob ein Gutachten als genügend oder ungenügend eingestuft wurde (p-Wert: 0.019).

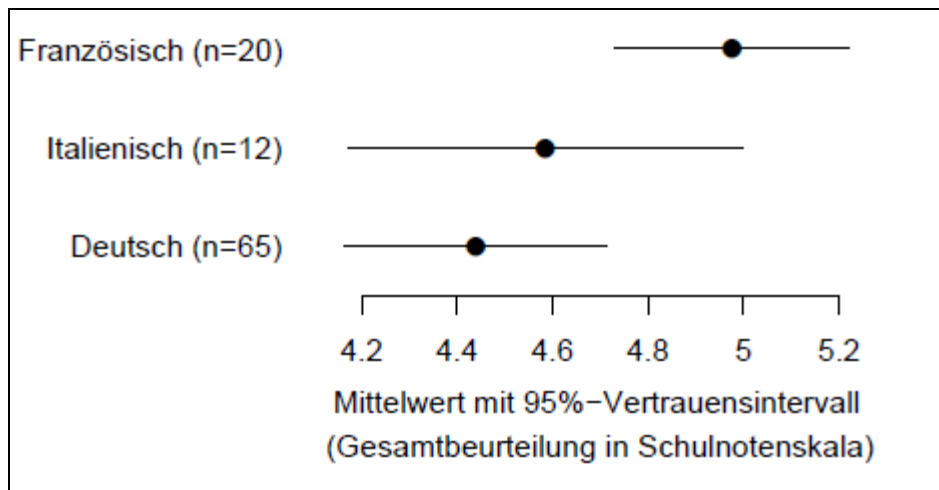


Abbildung 20 Statistische Auswertung Qualitätsanalyse nach Sprache

20 ungenügende Gutachten stammten aus der Deutschschweiz (n=65), eines aus der welschen Schweiz (n=20) und eines aus der italienischen Schweiz (n=12). Italienische Gutachten waren besonders konzis und prägnant.

Der *Schwierigkeitsgrad* der Gutachten hat einen signifikanten Einfluss auf die Note des Gutachtens (p-Wert: <0.01). Je schwieriger ein Gutachten eingeordnet wurde, desto höher fiel seine Bewertung aus.

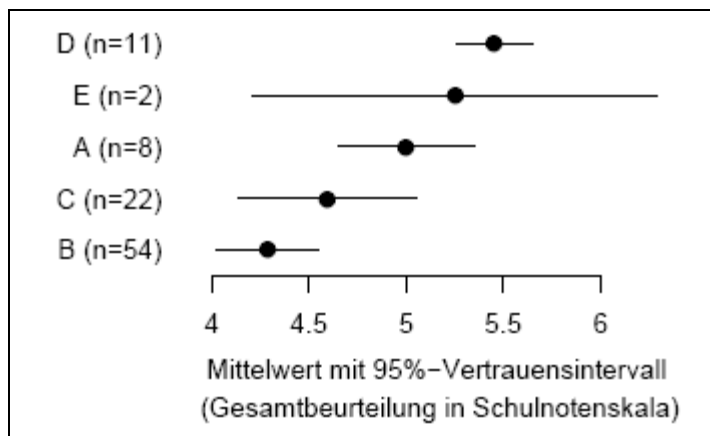


Abbildung 21 Statistische Auswertung Qualitätsanalyse nach Schwierigkeitsgrad

Dieser Signifikanzwertung entspricht, dass von gesamthaft 11 als schwer (Note D oder E) eingeordneten Gutachten deren 9 als ausgezeichnet oder sehr gut (Note 6 respektive 5.5) bewertet wurden.

5.2.7. Vergleich mit der Qualitätsbeurteilung durch die Gutachtensauftraggeber in der MGS-Gesamtstudie

Im Fragebogen der MGS-Gesamtstudie wurde die Zufriedenheit der Auftraggeber mit der Gutachtenserledigung abgefragt. Die für Teil 3 untersuchten Gutachten wurden nun hinsichtlich Qualität mit den Beurteilungen durch die Auftraggeber in den Kriterien „Gesamtzufriedenheit“ und „Zufriedenheit mit den Schlussfolgerungen“ der Gutachten verglichen. Ebenso wurde ein Vergleich erstellt wie weit die Dauer der Erstellung des Gutachtens und die Dauer seit Eintritt des Schadensfalles oder der Arbeitsunfähigkeit einen Einfluss auf die Bewertung der Gutachtensqualität durch die Reviewer hatte.

Die Kriterien Schlussfolgerungen und Gesamtzufriedenheit sind im MGS-Fragebogen wie folgt definiert:

Die *Schlussfolgerungen* bezogen sich auf folgende Kriterien:

- gut begründet
- Schlecht begründet
- Nicht beurteilbar

Die *Gesamtzufriedenheit* spiegelte sich in den Kriterien:

- sehr zufrieden
- zufrieden
- nicht zufrieden
- nicht beurteilbar

Übereinstimmung der Beurteilungen

Tabelle 36 und 37 zeigen die Übereinstimmung der Beurteilung durch die Reviewer im Vergleich mit der Einschätzung durch den Auftraggeber.

Berücksichtigt wurden die Punkte „Schlussfolgerungen“ und „Gesamtzufriedenheit“.

Schlussfolgerungen

Einschätzung Reviewer asim	Einschätzung Auftraggeber		N	
	Gut begründet	Schlecht begründet		
≥ 4	69	6	75	69/75 = 92% (positiver Voraussagewert)
< 4	16	6	22	6/22 = 27% (negativer Voraussagewert)
N	85	12	97	

Tabelle 36: Vergleich Qualitätsbeurteilung durch Reviewer (Gesamtbewertung) und Auftraggeber (Begründung Schlussfolgerung)

Es besteht eine signifikante Assoziation zwischen den beiden Beurteilungen ($p < 0.05$). 75 Gutachten wurden von den Reviewern und den Auftraggebern kongruent beurteilt (kongruent = beide genügend, d.h. ≥ 4 bzw. gut begründet oder beide ungenügend, d.h. < 4 oder schlecht begründet), bei 22 Gutachten war die Einschätzung nicht kongruent.

Es fällt auf, dass bei den 22 von den Reviewern als ungenügend beurteilte Gutachten deren 16 vom Auftraggeber als gut begründet eingestuft wurden. Umgekehrt wurden nur 6 der von den Reviewern als „genügend“ qualifizierten 69 Gutachten von den Auftraggebern als schlecht begründet angesehen.

Anders ausgedrückt: Wenn die asim-Reviewer Gutachten als ungenügend beurteilten, wurden nur in 27% der Fälle diese auch vom Auftraggeber als schlecht begründet angesehen (negativer Voraussagewert). Bei guter Qualifikation durch die asim-Reviewer erfolgte in 92% (positiver Voraussagewert) eine solche durch die Auftraggeber.

Gesamtzufriedenheit

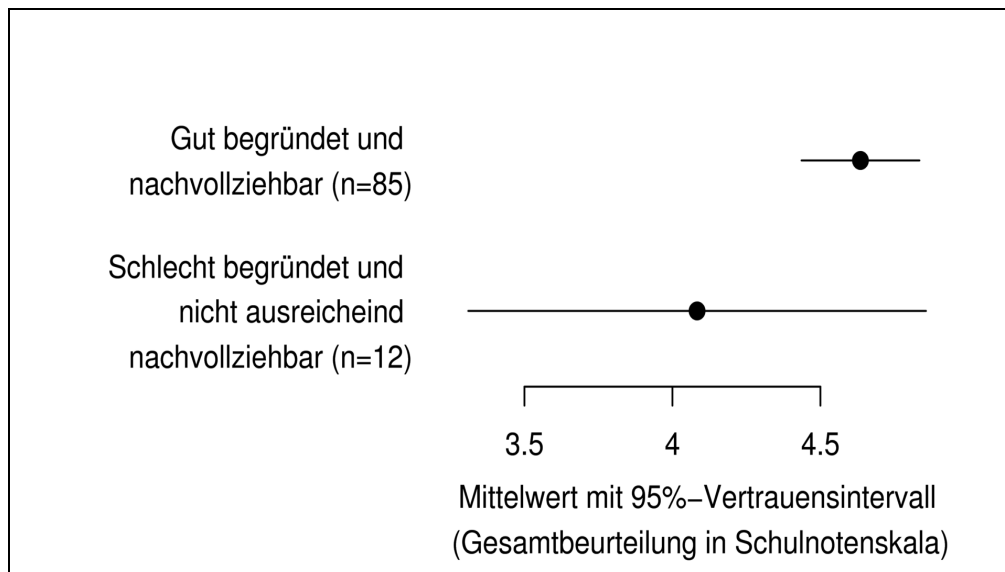
Einschätzung Reviewer asim	Einschätzung Auftraggeber		N	
	Zufrieden und sehr zufrieden	Nicht zufrieden		
≥ 4	68	6	74	68/74 = 92% (positiver Voraussagewert)
< 4	18	4	22	4/22 = 18% (negativer Voraussagewert)
N	86	10	96	

Tabelle 37: Vergleich Qualitätsbeurteilung durch Reviewer (Gesamtbewertung) und Auftraggeber (Gesamtzufriedenheit)

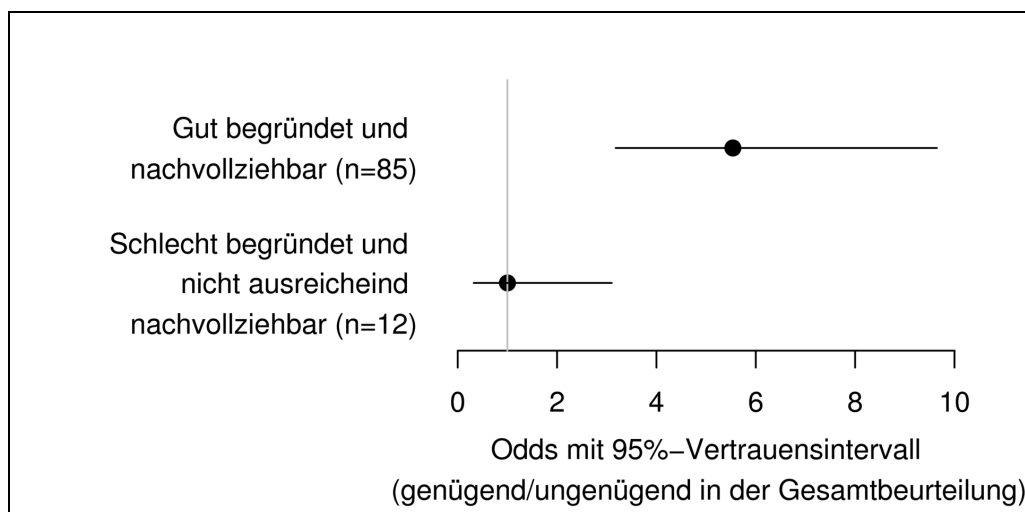
Es besteht keine signifikante Assoziation zwischen den beiden Beurteilungsgremien ($p > 0.05$). 72 Einschätzungen waren insgesamt kongruent, 24 waren nicht kongruent (einmal nicht beurteilbar). Von den 22 von den asim-Reviewern als ungenügend beurteilten Gutachten zeigten sich die Auftraggeber bei 4 nicht zufrieden (negativer Voraussagewert = 18%). Umgekehrt wurden von 74 durch die asim-Reviewer als genügend beurteilten Gutachten deren 68 oder 92% (positiver Voraussagewert) mit dem Prädikat zufrieden/sehr zufrieden bewertet.

Statistische Auswertungen

Die Beurteilung der *Schlussfolgerungen* (waren diese gut begründet und nachvollziehbar oder schlecht begründet und nicht ausreichend nachvollziehbar) durch den Auftraggeber (nur beurteilbare Gutachten) ergab zwar keinen signifikanten Zusammenhang mit der Note des Gutachtens (p-Wert: 0.18), jedoch damit, ob ein Gutachten als genügend oder ungenügend eingestuft wurde (p-Wert: < 0.01)

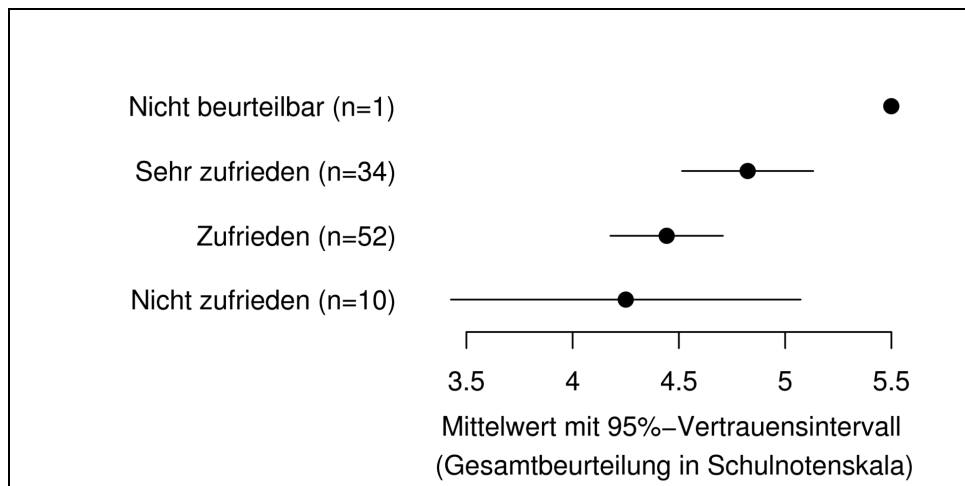


**Abbildung 22 Statistische Auswertung Qualitätsanalyse:
Vergleich Beurteilung Auftraggeber/Begründung- Experten/Gesamtnote**



**Abbildung 23 Statistische Auswertung Qualitätsanalyse:
Odds genügend/ungenügend Vergleich Beurteilung Auftraggeber / Experten**

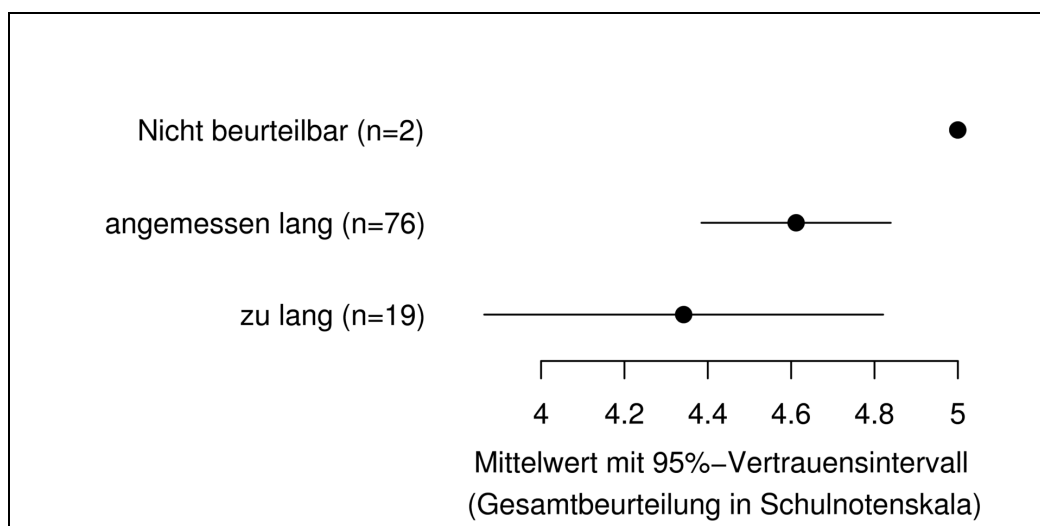
Die Beurteilung der *Gesamtzufriedenheit* durch den Auftraggeber (nur beurteilbare Gutachten) zeigte eine mögliche, aber statistisch nicht signifikante Assoziation mit der Note des Gutachtens (p-Wert: 0.13), resp., ob ein Gutachten als genügend oder ungenügend eingestuft wurde (p-Wert: 0.092).



**Abbildung 24 Statistische Auswertung Qualitätsanalyse:
Vergleich Beurteilung Auftraggeber/Zufriedenheit- Experten/Gesamtnote**

Die Beurteilung der *Bearbeitungsdauer* (Zeitspanne von der Ausgabe des Gutachtenauftrages bis zum Eingang des Gutachtens) durch den Auftraggeber (nur beurteilbare Gutachten) hat weder einen signifikanten Einfluss auf die Note des Gutachtens (p -Wert: 0.32), noch darauf, ob ein Gutachten als genügend oder ungenügend eingestuft wurde (p -Wert: 0.14).

Das heisst, dass eine lange Bearbeitungszeit nicht zwingend mit einer besseren (oder schlechteren) Qualität des Gutachtens einhergeht.



**Abbildung 25 Statistische Auswertung Qualitätsanalyse:
Vergleich Beurteilung Auftraggeber/Dauer- Experten/Gesamtnote**

Die *Schadendauer* hat keinen signifikanten Einfluss auf die Note des Gutachtens (p-Wert: 0.16), jedoch darauf, ob ein Gutachten als genügend oder ungenügend eingestuft wurde (p-Wert: 0.038). Es scheint, dass bei länger dauernder Schadendauer die Qualität der Gutachten eher schlechter bewertet wurde.

5.2.8. Inhaltliche Analyse der ungenügend und sehr gut bewerteten Gutachten

5.2.8.1. Gesamtüberblick

In diesem Abschnitt der Arbeit ging es darum, basierend auf der Benotung der Reviewer die Gründe herauszuarbeiten, die zu einer ungenügenden (Note unter 4) - respektive im nachfolgenden Abschnitt - sehr guten (Note 6) Bewertung geführt haben.

Tab. 38 zeigt deskriptiv einen Gesamtüberblick über die ungenügenden 22 Gutachten

Versicherungsart	Typ	Begutachtende Fachdisziplinen	Sprache	Schweregrad	Note
Hftpfl.	Bidszpl.	Neurologie/Psychiatrie	D	C	3
Hftpfl	Monodszpl.	Chirurgie	D	B	2 ; 4*
IV	Bidszpl.	Neurologie/Psychiatrie	D	B	3
IV	Bidszpl.	Rheumatologie/Psychiatrie	D	C	3
IV	Monodszpl.	Neurologie	D	B	3
IV	Monodszpl.	Psychiatrie	D	B	3 ; 5*
IV	Monodszpl.	Psychiatrie	D	B	2.5
IV	Bidszpl.	Rheumatologie/Psychiatrie	D	B	3
IV	Monodszpl.	Psychiatrie	D	B	3 ; 5*
UV	Monodszpl.	Orthopädie	D	B	3
UV	Bidszpl.	Orthopädie/Neuropsychologie	D	E	6 ; 3**
UV	Monodszpl.	Neurologie	D	B	2.5
UV	Monodszpl.	Orthopädie	I	B	3
UV	Bidszpl.	Rheumatologie/Handchirurgie	D	C	2.5
UV	Monodszpl.	Neurologie	D	B	3
UV	Bidszpl.	Neurologie/Psychiatrie	D	C	3
UV	Polydiszpl.	Innere Medizin/Psychiatrie/ Rheumatologie/Neurologie und Neuropsychologie	D	C	3
UV	Polydiszpl.	Innere Medizin/Neurologie/Rheumatologie	D	B	2
Kr. Tggld.	Polydiszpl.	Innere Medizin/Psychiatrie/ Rheumatologie	F	C	3 ; 4*
Kr. Tggld	Monodszpl.	Rheumatologie	D	B	3
Kr. Tggld	Bidszpl.	Rheumatologie/Psychiatrie	D	B	2
Kr. Tggld	Monodszpl.	Chirurgie	D	B	3 ; 4*

* keine Konsensnote erreichbar

** krass diskrepante Qualität zwischen den einzelnen Fachgutachten bei bidisziplinärem Gutachten

Tabelle 38: Gesamtüberblick ungenügende Gutachten

Wie die statistische Auswertung zeigt (vgl. Abb. 20) sind die deutschsprachigen Gutachten gegenüber sowohl den französischsprachigen wie auch den italienischsprachigen Gutachten signifikant häufiger als ungenügend bewertet worden. Ebenso wurden bidisziplinäre und polydisziplinäre Begutachtungen signifikant häufiger als ungenügend eingestuft gegenüber den monodisziplinären. Zudem schien die Schädendauer die Gutachtenqualität zu beeinflussen, indem bei längerer Schädendauer Gutachten eher schlechter qualifiziert wurden. Alle anderen Kriterien wie Fachdisziplin, Gutachtensart, Schwierigkeitsgrad und Bearbeitungsdauer spielen für die Beurtei-

lung ob ein Gutachten genügend oder ungenügend bewertet oder entsprechend benotet wurde, keine Rolle.

Tabelle 39 zeigt die Notenverteilung, Noten einzeln gezählt, durch die beiden Reviewer bei den 22, von mindestens einem Gutachter als ungenügend bewerteten, Gutachten. Ein knappes Drittel der ungenügenden Gutachten wird mit den Noten 2.5 und 2 als krass ungenügend eingestuft.

Note	Konsensuale Nennung	Dissensuale Nennung	Total
2	5	1	6
2.5	6		6
3	22	5	27
4		2	2
5		2	7
6		1	1
Total	32	12	44

Tabelle 39: Bewertung der ungenügenden Gutachten

5.2.8.2. Qualitative Beschreibung der Gutachtensmängel, die zur ungenügenden Bewertung geführt haben

Sprache (D / F I)

Im Reviewerboard wurde ausführlich diskutiert, wie die Sprachsignifikanz zu werten sei. Durch nochmaliges Gegenlesen, durch die Tatsache dass in mehreren Fachdisziplinen die Reviewer ausgezeichnete Sprachkompetenz in den drei Landessprachen aufwiesen und deshalb sämtliche Gutachten ihrer Fachdisziplin bewerteten, sowie durch zusätzliche statistische Überprüfung konnte sichergestellt werden, dass es sich bei den Unterschieden nicht um Bewertungsverhalten der Reviewer handelte, sondern um tatsächliche Unterschiede in der Qualität der Gutachtenserstellung. Insgesamt wurde im Reviewerboard festgestellt, dass die „lateinischen“ Gutachten prägnanter und konziser in ihren Schlussfolgerungen erscheinen und auf sorgfältigen und am State of the Art orientierten Befunderhebungen beruhen. Als strukturelle Erklärung verwies das Reviewerboard u.a. auf die Tatsache, dass in der Romandie und im Tessin eine wesentlich kleinere und spezialisierte Gruppe von MedizinerInnen versicherungsmedizinische Gutachten erstellten. Es dürfte gesamthaft im Tessin und in

der Romandie gegenüber der Deutschschweiz weniger Ärzte und Ärztinnen haben, die ohne gutachterliche Ausbildung Gutachten erstellen würden.

Formales

Von den 22 als ungenügend bewerteten Gutachten werden – nach Plausibilisierung - lediglich bei 5 gravierende formale Mängel festgestellt. Diese liegen insbesondere in einer Vermischung der Vorakten und der persönlichen Anamneseerhebung, sowie in unklarer Gliederung.

Anamnese

Auffallend ist, dass über die Hälfte der ungenügenden Gutachten, nämlich 13 Gutachten bereits in der Anamneseerhebung als zu oberflächlich, zu rudimentär oder mangelhaft bewertet werden. Insbesondere fehlen oft sorgfältige Behandlungsanamnesen und die Selbsteinschätzung und Krankheitskonzeption der ExplorandInnen wird nicht dargestellt. In der Regel ziehen sich die Mängel durch die gesamten weiteren Aspekte des Gutachtens. Lediglich bei zwei Gutachten führte trotz ausdrücklich als sorgfältig bewerteter Anamnese und Befunderhebung eine zu wenig tiefgreifende Begründung der Kausalität und Diskussion der Schlussfolgerungen zur ungenügenden Bewertung.

Befunderhebung und Diagnose

Auffallend grosse Mängel ergeben sich bei den analysierten Gutachten in der Befunderhebung und Diagnostik.

Bei 15 Gutachten wird explizit gerügt, dass:

- gar kein klinischer Befund erhoben wurde, sondern diese lediglich aus den Akten zitiert werden (keine Aktengutachten, sondern Gutachten mit Exploration) (3 x)
- keine gute, am State of the Art orientierte, klinische Untersuchung durchgeführt wurde (8x)
- Differentialdiagnosen absolut nicht nachvollziehbar gestellt werden (2x)
- eine krasse Fehldiagnose aufgrund einer Fehlinterpretation eines Laborbefundes gestellt wurde (1x)

Bezüglich psychiatrischer Befunderhebung ergaben sich Unterschiede in der Beurteilung der Wichtigkeit einer sehr strukturierten Erhebung der Psychopathologie, welche keinem Konsens zugeführt werden konnten und zu unterschiedlichen Bewertungen der Gutachten führten (gemäss Reviewer aus Deutschland gut, gemäss Reviewer aus der Schweiz ungenügend). Während Schweizer psychiatrische Gutachter auf dem Hintergrund gerade der früheren psychopathologischen Schule dem psychischen Befund eine ähnliche Wertigkeit beimessen wie einer neurologischen Befunderhebung, und in jedem Fall alle Kategorien prinzipiell erwähnt bzw. behandelt wissen wollen, sahen die deutschen Reviewer eher die Notwendigkeit, bei einigen obligatorischen Basisbefunden (z.B. Denken, Affektivität, Antrieb, Orientierung in verschiedenen Dimensionen) nur die pathologischen Befunde zu beschreiben.

Begründungen und Schlussfolgerungen, Kausalitätsbeurteilung

Nebst der Befundung ergaben sich die grössten Beanstandungen im Bereich der Begründungen. 16 Gutachten wurden als unzureichend begründet bewertet. Im Vordergrund stehen dabei unzulängliche Diskussionen der Unterschiede zwischen Beschwerden und Befunden, wenig begründete Beurteilung der Arbeitsfähigkeiten oder –unfähigkeiten mit mangelhafter Darstellung des Ressourcen-, bzw. Belastungsprofils.

Bei 7 von 10 poly- oder bidisziplinären wird eine ungenügende interdisziplinäre Konsensdiskussionen oder Zusammenführung der einzelnen Fachbegutachtungen zu einer Gesamtbeurteilung festgestellt. Insbesondere nicht etabliert scheint die sachlich notwendige Stufenlogik: wie es das folgende Beispiel beinhaltet: der somatische Spezialist (Rheumatologe, Internist, Neurologe, Orthopäde o.ä.) prüft, inwieweit die geklagten Beschwerden durch den organischen Befund erklärbar sind – wenn das nicht der Fall ist, prüft der psychiatrisch-psychosomatische Gutachter auf der nächsten Stufe, ob eine psychiatrische, allenfalls invalidisierende somatoforme/funktionelle Störung von Krankheitswert plus/minus Aggravation vorliegt.

Bei den fünf ungenügenden Gutachten aus dem Unfall- und Haftpflichtbereich, wo die medizinische Kausalitätsfrage im Vordergrund des Gutachtensauftrags stand, wurde diese durchwegs als mangelhaft abgearbeitet bewertet, sei es dass ein degenerativer Vorzustand nicht diskutiert wurde, aktenkundige, zusätzliche Unfallereignis-

se nicht berücksichtigt blieben, neu eintreffende Laborwerte die Beantwortung der Kausalitätsfrage „umkehrten“, ohne dass das Gutachten grundsätzlich überarbeitet wurde, womit es komplett widersprüchlich wurde oder gesamthaft die Kausalität nicht schlüssig bearbeitet wurde.

Weitere Mängel

Explizit beanstandet wurden folgende weiteren Punkte:

- ungenaue, widersprüchliche Darstellung der Arbeitsfähigkeit: 4 mal
- fehlende Literatur, die in casu explizit wichtig gewesen wäre: 3 mal
- Abweichungen zu Vorakten nicht ausreichend begründet: 3 mal
- Aktdokumentation nicht ausreichend, hätte eingeholt werden müssen
3 mal
- Aggravation/Verdeutlichungstendenz trotz Andeutung nicht herausgearbeitet
3 mal
- Zusätzliche Fachrichtung hätte zwingend in Begutachtung einbezogen werden
müssen 3 mal
- Comorbiditäten unzureichend dargestellt und zugeordnet 2 mal
- Fremdanamnese hätte zwingend eingeholt werden müssen 1 mal

Vergleich mit der Qualitätsbeurteilung der MGS-Gesamtstudie

Von Interesse war für uns auch der Vergleich der von den Reviewern ungenügend bewerteten Gutachten mit der Zufriedenheit der Auftraggeber bei den gleichen Begutachtungen.

Versicherungsart	Note Reviewer	Gesamtbeurteilung Auftraggeber	Schlussfolgerungen
Hftpfl.	3	zufrieden	gut
Hftpfl.	2 ; 4*	zufrieden	gut
IV	3	zufrieden	gut
IV	3	zufrieden	gut
IV	3	sehr zufrieden	gut
IV	3 ; 5*	zufrieden	gut
IV	2.5	nicht zufrieden	schlecht
IV	3	zufrieden	gut
IV	3 ; 5*	zufrieden	gut
UV	3	zufrieden	schlecht
UV	6 ; 3**	zufrieden	gut
UV	2.5	nicht zufrieden	schlecht
UV	3	zufrieden	gut
UV	2.5	zufrieden	schlecht
UV	3	zufrieden	gut
UV	3	nicht zufrieden	schlecht
UV	3	nicht zufrieden	schlecht
UV	2	zufrieden	gut
Kr. Tggld.	3 ; 4*	zufrieden	gut
Kr. Tggld.	3	sehr zufrieden	gut
Kr. Tggld.	2	sehr zufrieden	gut
Kr. Tggld.	3 ; 4*	zufrieden	gut

* keine Konsensnote erreichbar,

** krass diskrepante Qualität zwischen den einzelnen Fachgutachten bei bidisziplinären Gutachten

Tabelle 40: Vergleich ungenügende Gutachten: Bewertung Reviewer/Auftraggeber

Von den durch das Reviewboard als ungenügend bewerteten 22 Gutachten werden durch die Auftraggeber lediglich 4 gesamthaft als nicht zufrieden stellend bewertet und bei sechs wird die Qualität der Begründung und Nachvollziehbarkeit der Schlussfolgerungen des Gutachtens als schlecht bewertet. 3 Gutachten (2 mal Krankentaggeld, 1 mal IV) werden von den Auftraggebern sogar als sehr gut bewertet. Hier ist zu beachten, dass im Taggeldbereich in der Praxis weniger ausführliche Gutachten erwartet werden und es sich eher um medizinische Stellungnahmen denn eigentliche Gutachten handelt, die Reviewer aber den gleichen Massstab an alle eingegangenen Gutachten legten.

5.2.8.3. Qualitative Beschreibung der Gutachtensvorzüge, die zur sehr guten Bewertung geführt haben

Die zweite Analyse galt den ausgezeichneten Gutachten = Note 6 und den Faktoren, die für die gute Qualitätsbeurteilung von Bedeutung waren. Die nachfolgende Tabelle 41 gibt einen Überblick über deren Zusammensetzung.

Gutachten mit der Note 6:

Versicherungsart	Typ	Begutachtende Fachdisziplinen	Sprache	Schweregrad
Hftpfl.	Polydiszpl.	Rheumatologie/Neurologie/Psychiatrie	D	D
IV	Polydiszpl.	Innere Medizin, Orthopädie/ Neurologie/ Psychiatrie	D	E
IV	Bidiszpl.	Rheumatologie/ Psychiatrie	D	B
IV	Monodiszpl.	Rheumatologie	I	A
IV	Bidiszpl.	Rheumatologie/ Psychiatrie	D	C
IV	Monodiszpl.	Psychiatrie	D	C
UV	Monodiszpl.	Orthopädie	F	C
UV	Monodiszpl.	Neurologie	D	D

Tabelle 41: Gesamtüberblick ausgezeichnet bewertete Gutachten

Allen acht als ausgezeichnet bewerteten Gutachten gemeinsam ist, dass die Reviewer eine überdurchschnittlich sorgfältige Auseinandersetzung mit der Vorgeschichte attestieren und eine intensive Durcharbeitung derselben im Rahmen der Anamnese bis hin zu in einem Fall umfangreichen fallindizierten Fremdanamnesen als herausragend würdigen.

Zwei Gutachten sind reine Aktengutachten, wovon eines ein Obergutachten zu einem früheren polydisziplinären Gutachten.

Die sechs Gutachten mit Exploration weisen alle auch eine sehr sorgfältige klinische Befunderhebung aus mit einer ausführlichen Diskussion von Beschwerden und Befunden. Bei 4 Gutachten wird explizit betont, dass sie eine klare und prägnante Darstellung der Diagnosen mit den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit enthalten. Den bi- und polydisziplinären Gutachten wird eine schlüssig verarbeitete Konsensdiskussion bescheinigt. Ebenso wird die ausführliche und differenzierte Kausalitätsdiskussion im Rahmen des UVG-Gutachtens hervorgehoben.

Bei den beiden als ausgezeichnet bewerteten Aktengutachten wird dem einen eine sehr sorgfältige kritische Würdigung eines Vorgutachtens attestiert. Das zweite Ak-

tengutachten wird wegen seiner sehr guten Argumentation von Pro und Kontra der offenen Differentialdiagnosen, bei einer komplexen versicherungsmedizinischen Situation mit allerdings ungenügender Aktenlage, mit der Note sechs bewertet.

Vergleich mit der Qualitätsbeurteilung der MGS-Gesamtstudie

Analog wie bei den als ungenügend bewerteten Gutachten interessiert auch bei den sehr guten Gutachten wie der Vergleich der Qualitätsbeurteilung mit den Auftraggebern der Gutachten ausfällt.

Versicherungsart	Note Reviewer	Gesamtbeurteilung Auftraggeber	Schlussfolgerungen
Hftpfl.	6	sehr zufrieden	gut
IV	6	zufrieden	gut
IV	6	zufrieden	gut
IV	6	zufrieden	gut
IV	6	sehr zufrieden	gut
IV	6	sehr zufrieden	gut
UV	6	sehr zufrieden	gut
UV	6	nicht zufrieden	schlecht

Tabelle 42: Vergleich ausgezeichnete Gutachten: Bewertung Reviewer/Auftraggeber

Bezüglich der acht ausgezeichnet gewerteten Gutachten herrscht zwischen Reviewern und Auftraggebern eine gewisse Kongruenz, wird doch auch viermal eine hohe Zufriedenheit und dreimal Zufriedenheit festgestellt. Die auffälligste Diskrepanz bezieht sich auf das vorerwähnte Aktengutachten mit ungenügender Aktenlage. Die Reviewer haben die Auseinandersetzung des Gutachters mit dem vorhandenen Aktenmaterial beurteilt und als qualitativ hervorragend beurteilt, allerdings ebenfalls mit dem Hinweis auf die fehlenden Akten, die dazu geführt haben, dass wichtige Fragen offen blieben. Seitens der Auftraggeber wird wohl das Endergebnis, dass weitere Abklärungen nötig werden, ausschlaggebend für die Unzufriedenheit sein.

5.3. Diskussion und Handlungsempfehlungen

5.3.1. Gutachtenqualität

Die Gutachtenqualität in der Schweiz ist nach den Resultaten dieser Studie gemessen mit immerhin 22.7% ungenügenden Expertisen unbefriedigend und steht den nach den Pressemeldungen und der Pilotstudie von Ludwig (2, 3) gehegten skeptischen Erwartungen nicht entgegen. Unsere Bewertung bezieht sich allerdings in erster Linie auf die fachlich-inhaltliche Qualität, wenn auch bei der Analyse im Block I unseres Rasters den formalen im BG-Entscheid 125 V 351 definierten Kriterien ebenfalls Beachtung eingeräumt worden war.

Es ist bemerkenswert, dass trotz der kritischen Äusserungen zur Gutachtenqualität und der verstrichenen Zeit nach entsprechenden Publikationen noch keine wesentliche Besserung eingetreten ist.

Interessant ist, dass die analysierten Gutachten nach Plausibilisierung rein formal eine hohe Qualität aufweisen, die Mängel liegen mehrheitlich in der inhaltlich – fachlichen Seite. Offensichtlich wird ein Teil der Gutachten (vgl. Detailanalyse der ungenügend bewerteten Gutachten Kap. 5.2.8.2.) nicht mit der notwendigen Sorgfalt erstellt. Die konstatierten oberflächlichen und unvollständigen Befunderhebungen sind ein deutliches Zeichen, dass medizinische Gutachter sich nicht genügend Zeit für die Begutachtungen nehmen. Anders gelagert sind die Mängel bei der versicherungsmedizinischen Diskussion und Begründung der Schlussfolgerungen. Hier fehlt es oft an der genügend tiefen und in sich schlüssigen Darstellung der Überlegungen und daraus folgernden Schlüssen des Gutachters, insbesondere die Synthesenerstellung bei bi- und polydisziplinären Gutachten bereitet Mühe. Diese Mängel deuten weniger auf Unsorgfalt, denn auf mangelnde Qualifikation und Expertise in der spezifischen Anforderung der Gutachtenserstellung hin.

Die Qualitätsanalyse gibt Hinweise auf Schwachstellen im heute herrschenden Prozess der Auftragserteilung und Erstellung der Gutachten. Die Benennung der richtigen Fachrichtungen für die Begutachtungen und die zur Verfügungsstellung der relevanten Vorakten sind wesentliche Voraussetzungen für eine hohe Qualität der Gutachten. Hier sind die Verantwortlichkeiten zwischen Auftraggeber und Begutachter möglicherweise in praxi nicht gut etabliert.

Signifikant beeinflusst wurde die Gutachtenqualität durch die Gutachtenart - Mono-Bi-Polydisziplinär - und durch die Sprache, wobei deutschsprachige Gutachten signifikant schlechter abschnitten als solche in den romanischen Sprachen. Gerade die italienisch-sprachigen Gutachten bestachen oft durch Prägnanz und Präzision. Eine mögliche Erklärung sah das Reviewerboard in der höheren Spezialisierung mit entsprechender Ausbildung bei den italienisch- und französischsprachigen Gutachtern. Eine vertiefende Analyse scheint hier angebracht um beispielsweise auch die Vergleichbarkeit des Gutachtenmaterials mit der deutschsprachigen Expertise werten zu können.

Der Schwierigkeitsgrad spielt eine Rolle bei der Gesamtbeurteilung. Je schwieriger ein Gutachten von den Reviewern eingeordnet wurde desto höher wurde seine Qualität bewertet. Ein möglicher Erklärungsansatz könnte sein, dass tendenziell schwierigere Gutachten an spezialisiertere und qualifiziertere Gutachter vergeben werden. Wieweit allerdings auch die Bewertung als schwieriges Gutachten bereits eine Beeinflussung der Gesamtbeurteilung impliziert wird noch vertieft zu analysieren sein. Auch die Schadendauer hat einen Einfluss. Je länger die Schadendauer ausfiel, desto schlechter wurde ein Gutachten beurteilt.

Der Vergleich der Qualitätseinschätzung der Auftraggeber mit den Resultaten der vorliegenden Studie zeigt bei der Begründung der Schlussfolgerungen eine signifikante Übereinstimmung in den Odds, wenn auch hier die Streuung und die Analyse der sehr guten und ungenügenden Expertisen erstaunliche Diskrepanzen zutage treten liessen. So gab es sehr gut benotete monodisziplinäre Gutachten unserer Studie, die vom Auftraggeber als schlecht begründet beurteilt wurden, und wesentlich häufiger auch umgekehrt. Ganz offensichtlich scheinen bei aller Übereinstimmung die Qualitätskriterien nicht a priori kongruent zu sein (vgl. dazu im Detail Kapitel 12). Die unterschiedlichen Qualitätsbeurteilungen von Auftraggebern und Reviewern in der Studie im Bereich der ungenügenden Krankentaggeldgutachten, tendenziell deutlich tiefere Qualitätsbeurteilung durch die Reviewer, ist auffallend. Da die Phase des Krankentaggeldes die entscheidende Zeitspanne für allfällige Chronifizierungen darstellt, könnten sich Mängel in dieser frühen Phase von Begutachtungen gravierend für später erweisen.

5.3.2. Raster zur Qualitätsanalyse

Das Raster führte vor allem in Block I und III zu erheblich diskrepanten Beurteilungen durch die beiden Reviewer. Während bei Block III Schule und individuelle Strenge von Beurteilung gewesen sein dürften, muss die grosse Zahl widersprüchlicher Antworten zu den formalen Fragen in Block I verschiedenen Gründen zugeordnet werden, so: unklaren und ungeeigneten Fragen (z.B. bei Aktengutachten), falschverstandenen Fragen (klinische Untersuchung bei psychiatrischen Gutachten), unerwarteter Struktur des Gutachtens (das Gesuchte wurde am gewohnten Platz nicht vorgefunden), der schwer definierbaren sprachlichen Verständlichkeit uam.. Es ist deshalb auch verständlich, dass durch eine genaue Analyse der Gutachten durch das asim-Team der grösste Teil dieser Divergenzen relativ einfach ausgeräumt werden konnte. Es bleibt aber die Aufgabe, diesen Teil so zu verbessern, dass solch widersprüchliche Antworten möglichst vermieden werden können.

Mitverantwortlich für die Diskrepanzen war bestimmt auch der völlig variable Aufbau der einzelnen Gutachten. Sie wiesen meist wohl eine Struktur auf, diese hatte aber mit einer Standardstruktur meist sehr wenig zu tun, so dass der Reviewer Mühe hatte, die einzelnen Antworten auf die Rasterfragen zu finden.

Eine „Unité de doctrine“ in der Abfassung eines Gutachtens, wie sie z. Bsp. im Gutachterkurs der SIM (Swiss Insurance Medicine) vermittelt wird, wäre sicher hilfreich, damit alle für ein Gutachten relevanten Punkte geordnet berücksichtigt werden können. Unser Evaluationsraster liess sich denn auch sehr gut für Gutachten anwenden, die nach einem klaren Schema abgefasst waren; es war schwieriger anwendbar bei Gutachten, die keinen klaren oder einen sehr individuellen Aufbau hatten. In gewissen Teilen gänzlich ungeeignet war es für Aktengutachten.

Eine genaue Analyse des Rasters wird nachgängig vorgenommen und als Grundlage eines verbesserten Evaluationsinstrumentes dienen.

Deutliche Unterschiede traten bei der Anwendung des Rasters und bei den darauf basierenden Konsensdiskussionen zwischen Schweizer und Deutschen psychiatrischen Reviewern zutage und teilweise auch zwischen den Reviewern in den somatischen Fachdisziplinen. Obwohl teilweise keine Konsensfindung möglich war, entspann sich ein sehr fruchtbarer und weiterführender nationaler und internationaler Fachdialog.

5.3.3. Handlungsempfehlungen

Zusammengefasst ergeben sich damit folgende **Handlungsempfehlungen**:

1. Ein einheitliches Vorgehen in der Begutachtung im Sinne einer Unité de doctrine (seitens der Versicherer und der Gutachter) ist anzustreben. Dies betrifft sowohl die formale Prozessgestaltung der Gutachtensvergabe und –erstellung wie auch die fachmedizinische Seite (vgl. Pkt. 2 nachfolgend).

2. Die Qualität ist durch fachgerechte Weiterbildung zu verbessern, da gut 22% ungenügende Gutachten letztlich für die Exploranden wie auch Versicherungen untragbare Lasten darstellen.

Es sollte daher Leitlinien für die Gutachten-Erstellung (spezifisch je nach Gutachtentyp), Qualitätsassessmentsysteme (Peer review von Zeit zu Zeit), Gutachterkurse sowie fachspezifische Fortbildungen inkl. die entsprechenden Qualitätsnachweise geben. Auch für die Versicherer sollte es spezifische Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten geben.

3. Die Gründe der möglichen Diskrepanzen zwischen fachlicher Qualität und der Qualitätsbeurteilung der Auftraggeber – insbesondere im Krankentaggeldbereich - sind weiter zu analysieren.

Ein sowohl für Auftraggeber, als auch Gutachter taugliches Qualitätsraster ist zu erstellen.

Das in der vorliegenden Studie gebrauchte Evaluationsinstrument ist demzufolge basierend auf der Analyse der Diskrepanzen zu überarbeiten und anzupassen. Hierbei sind der Gutachtentyp und auch der Anwender (wie verlässlich ist die Aussage der Reviewer) zu berücksichtigen. Ein weiterer Pilottest wird die Tauglichkeit eines solchen Instrumentes erneut prüfen müssen.

4. Der signifikanten Abweichung in der Qualitätsbeurteilung von deutschsprachigen gegenüber französisch- oder italienischsprachigen Gutachten ist nachzugehen.

Allfällige Thesen wie möglicherweise besser qualifizierte Gutachterkollegen in der romanischen und lateinischen Schweiz, präzisere Fragestellungen seitens des Auftraggebers usw. sind zu analysieren.

Möglicherweise ist aufgrund der gefundenen Resultate die deutschsprachige Gutachtertätigkeit zu überdenken.

5. Die bleibenden Dissensmuster in der Gesamtbeurteilung (Block V), besonders aber in den Blöcken I-III rufen nach einer Vereinheitlichung der Beurteilungskriterien in den einzelnen Fachdisziplinen und einer Absprache zwischen den verschiedenen Schulen. Der nationale und internationale Fachdialog dazu soll weitergeführt werden. Auch hier könnten Leitlinien hilfreich sein.

5.3.4. Vorzüge und Schwächen der Studie zur Qualitätsüberprüfung

Die vorliegende Studie zur Qualitätsüberprüfung medizinischer Gutachten hat Vorzüge, birgt aber auch Schwächen in sich. Sie sind wie folgt zu umschreiben:

Vorzüge:

- Prospektive, verblindete Analyse von Gutachten
- Unabhängiges, internationales Expertengremium
- Review aller Gutachten durch zwei Reviewer
- Erarbeiten eines eigenen Evaluationsinstrumentes

Als *Schwächen* zu bezeichnen sind:

- Nicht validiertes Raster
- Grosse Zahl von Diskrepanzen zwischen den Reviewern
- Konsolidierung nicht mehr unabhängig; Kompromisse zugelassen.

Insgesamt vermittelt die Arbeit aber doch einen verlässlichen Einblick in die Qualität der Begutachtung in der Schweiz.

Annex: Teilprojekt 4: Internationale Ansätze

1. Hintergrund und Zielsetzung für das Teilprojekt „Internationale Ansätze“

Im vierten Teilprojekt werden internationale Ansätze für die Sicherung der Qualität in medizinischen Gutachten sowie für die Schaffung von Markttransparenz dargelegt. Für die Analyse der internationalen Ansätze wurden die beiden Länder Deutschland und Frankreich ausgesucht. Die Teilberichte für die beiden Länder werden separat dargestellt.

Das Teilprojekt 4 „Internationale Ansätze“ soll klären, ob man in Bezug auf die medizinische Gutachtensituation in Deutschland und Frankreich Verbesserungsvorschläge für die Schweiz ableiten kann. Im Fokus der Abklärungen liegen die Massnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung, die in den beiden Ländern angewandt werden, um neue Ideen für die Qualitätssicherung in der Schweiz zu entwickeln. Die länderspezifischen Rahmenbedingungen, Quantitäten und Empirie sowie Prozesse werden nur punktuell betrachtet. Ein vollständiger, systematischer Überblick für alle Arten von Gutachten und Versicherungszweige ist nicht Ziel dieses Teilprojekts. Im Rahmen des Gesamtprojekts wird ein Vergleich der Ist-Situation in der Schweiz (Teilprojekte 1-3) mit den Darstellungen der Situationen in Deutschland und Frankreich erfolgen, damit Handlungsempfehlungen für die Schweiz formuliert werden können.

2. Analyse Deutschland

2.1. Vorgehensweise

Die Analyse der medizinischen Gutachtensituation in Deutschland erfolgt mittels einer Literatur- und Dokumentenrecherche/-analyse sowie einer Expertenbefragung. Im Rahmen der Literatur- und Dokumentenanalyse selektierte das Projektteam Literatur und Dokumente aus Deutschland, welche sich mit den Rahmenbedingungen, dem Markt und der Empirie von medizinischen Gutachten, mit den Prozessen von medizinischen Gutachten sowie insbesondere mit den Massnahmen der Qualitätssicherung beschäftigen. Die Suche beschränkte sich auf eine Internetrecherche und ausgewählte, von Experten empfohlene Bücher und Fachzeitschriften. Die verwendeten Quellen sind im Literaturverzeichnis, Kapitel IV ersichtlich. Die Analyseergebnisse werden thematisch geordnet (nicht nach Quellen).

In einem zweiten Schritt wurden im Zeitraum von Februar bis Mai 2008 ergänzende Telefoninterviews mit deutschen Experten geführt. Methodisch wurde ein strukturierter, offener Interviewleitfaden (siehe Anhang 4) verwendet. Die Aussagen der Experten wurden in die Berichterstattung miteinbezogen.

Die Auswahl der Experten für die Interviews in Deutschland erfolgte in Absprache mit den Projektauftraggebenden und nach Recherchen des Projektteams bezüglich Vertretung von verschiedenen Anspruchsgruppen und Repräsentationsgrad.

Interviewpartner im Rahmen der Beurteilung der Situation von medizinischen Gutachten in Deutschland:

Landessozialgericht Hamburg Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg Richter Hans-Karl Fligg	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie Kommission für Gutachten Prof. Dr. med. Kuno Weise
PKV Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Leitender Verbandsarzt Prof. Dr. med. Jürgen Fritze	Deutscher Verein für Versicherungswirtschaft Abteilung für Versicherungsmedizin Dr. Achim Regenauer

Tabelle 43: Interviewpartner in Deutschland

Die aus der Literatur- und Dokumentenanalyse sowie aus den Interviews gewonnenen Erkenntnisse werden in diesem Bericht aufgearbeitet und im Gesamtbericht mit der Ist-Situation in der Schweiz (Teilprojekte 1-3) verglichen, damit Handlungsempfehlungen abgeleitet werden können.

2.2. Ergebnisse

Zusammenfassung

Die **Rahmenbedingungen** für medizinische Gutachten in Deutschland sind komplex und werden im Rahmen des vorliegenden Teilberichtes nur punktuell dargestellt. Es gibt viele Versicherungszweige mit eigenen Ansprüchen an die Begutachtung. Die rechtlichen Bedingungen sind auf eine Vielzahl von Gesetzen verteilt und verschiedenste Institutionen versuchen die häufig bemängelte Qualität von medizinischen Gutachten zu verbessern.

Ähnlich wie in der Schweiz sind auch in Deutschland die Quantitäten von medizinischen Gutachten nicht bekannt. Eine Transparenz im Markt von Gutachten und Gut-

achtern existiert nicht. Selbst die einzelnen Versicherungszweige, Versicherungsanstalten und Gerichte können die Anzahl veranlasste Gutachten kaum abschätzen.

Der **Prozess der medizinischen Begutachtung** kann in Subprozesse aufgeteilt werden. In diesem Teilbericht werden die Subprozesse der Gutachtenvergabe, der Gutachtenerstellung, der Bearbeitung von den zu den Versicherungen zurücklaufenden medizinischen Gutachten und die Entlohnung der Gutachter unterschieden. Die Subprozesse sind stark auftraggeberabhängig (meist sogar vom entsprechenden Team/Sachbearbeiter), weshalb generelle Aussagen kaum möglich sind.

Die Gutachtenvergabe und die Auswahl des Gutachters basiert bei Versicherungen und Gerichten auf den gemachten Erfahrungen des Sachbearbeiters, des Teams oder des Richters. Dieser Subprozess verläuft häufig nicht nach einheitlichen, konkreten Vorgaben, sondern vielmehr nach intuitiven oder in einem Team eingespielten Abläufen.

Die Dauer für die Erstellung eines medizinischen Gutachtens liegt je nach Gutachter, Versicherungszweig und Art des Gutachtens zwischen ungefähr einer und zwölf Stunden Arbeitszeit. Ebenso variieren die Lieferzeiten zwischen wenigen Wochen bis über einem Jahr.

Die Subprozesse bei der Bearbeitung der zurücklaufenden Gutachten bei den Auftraggebern sind weder in der Literatur, noch bei den Experten bekannt.

Die Vergütung von medizinischen Gutachtern ist nicht einheitlich geregelt. Es existieren Tarfbücher, Einzelleistungsvergütungen, Stundenabrechnungen, Seitenabrechnungen, Gebührenordnungen und Pauschalen. Von den Interviewpartnern wird die Entlohnung für die Gutachter insgesamt als attraktiv beurteilt, was auch das grosse Interesse von Ärzten an der Gutachtertätigkeit begründe.

Der Teilbericht zur medizinischen Gutachtersituation richtet seinen Fokus auf die Massnahmen zur **Qualitätssicherung von medizinischen Gutachten in Deutschland**. Die heutige, tatsächliche Qualität von medizinischen Gutachten wird von der Literatur und den Experten einheitlich als sehr verschieden eingestuft. Einige Gutachten sind korrekt und rasch ausgeführt, während andere formale oder inhaltliche Mängel beinhalten, oder bei einigen die Bearbeitungsdauer zu lange ist.

Die Mängel in der medizinischen Begutachtung in Deutschland wurden von verschiedenen Berufsgruppen, die mit medizinischen Gutachten zu tun haben, erkannt. Das Anliegen nach verlässlicher Qualität in medizinischen Gutachten wurde als Folge in eine Vielzahl von Verbänden getragen (Versicherungsverbände, Bundesärzte-

kammer, Fachgesellschaften, Landessozialgerichte usw.) und werden dort thematisiert. Bei den Lösungsansätzen handelt es sich um nachfolgende Punkte:

Dokumentationen zu medizinischen Gutachten

Es gibt in Deutschland eine breite Fülle von unverbindlichen Leitlinien, Checklisten, Formularen und Fragebogen, von Büchern oder Zeitschriften und anderen Dokumentationen, die Gutachter bei ihrer Tätigkeit zur Hilfe nehmen können. Der Gutachter kann bei der Verwendung dieser Dokumentationen sein Fehlerrisiko verringern. Diese Qualitätssicherungs-Tools sind jedoch – abgesehen von (verbindlichen) Richtlinien - nicht verbindlich und werden deshalb von Versicherungen und Gerichten zu selten herangezogen. Im Gegensatz zu diesen fakultativen Leitlinien haben sich in Deutschland die Gutachter in wenigen Versicherungsbereichen (z.B: Gutachten über die Minderung der Erwerbsfähigkeit innerhalb der gesetzlichen Unfallversicherung, Grad der Behinderung im Schwerbehindertenrecht §68 ff. SGB IX, u.a.) an verbindliche Richtlinien zu halten.

Aus-, Weiter- und Fortbildungen für Gutachter

In Deutschland ist das Angebot an Aus-, Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten für Gutachter gross. Die diversen Bildungsanbieter halten sich innerhalb der Grund- und Einführungskurse teilweise an das von der Bundesärztekammer verfasste Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“. Bei den spezialisierten fach- und krankheitsbezogenen Bildungsangeboten gibt es keine Standardisierung der Inhalte. Bei den Versicherungsverbänden und den Fachgesellschaften existieren diverse Kommissionen, die sich mit der Thematik der Begutachtung auseinandersetzen. So hat sich beispielsweise die entsprechende Kommission der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie mit der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie in einem Arbeitskreis zusammengeschlossen, um gemeinsame Handlungsempfehlungen und Weiterbildungen zu erstellen. Der Arbeitskreis sieht eine Tendenz dahingehend, dass sich in Deutschland die verschiedenen Aus-, Weiter- und Fortbildungen für Gutachter zukünftig etablieren werden und die Qualitätssicherung darüber erfolgen wird.

Hingegen wird von anderen Experten die föderale Organisation der verschiedenen Gutachterausbildungen kritisiert. Die damit zusammenhängenden unterschiedlichen Ausbildungsinhalte sowie die Färbung der Inhalte nach den Interessen der Organisa-

toren könnten ein Grund sein, weshalb sich die existierenden Ausbildungsansätze in Deutschland nicht durchsetzen werden.

Peer-review Verfahren

Einzelne Versicherungen als Auftraggeber von Gutachten und Ausbildungsstätten von Gutachtern schlagen eine regelmässig wiederkehrende Prüfung von medizinischen Gutachtern mittels eines Peer-review Verfahrens vor oder führen solche bereits durch. Dieses professionelle Feedback über ein geleistetes Gutachten kann die Qualität dieses Gutachters nachhaltig steigern. Medizinische Gutachter, die sich einem solchen Verfahren unterziehen, werden in einem speziellen Verzeichnis geführt, welches öffentlich verfügbar gemacht werden kann. Dies erleichtert dem Auftraggeber die Auswahl des geeigneten Gutachters.

Monitoring- und Benchmarkingsysteme

Anhand von Monitoringsystemen kann die Qualität von medizinischen Gutachten standardisiert erfasst und objektiv beurteilt werden. Mittels Benchmarking kann in einem zweiten Schritt die Qualität von verschiedenen Gutachtern miteinander verglichen werden. Einige Fachgesellschaften könnten sich vorstellen, ein solches Tool einzusetzen. Im Rahmen dieses Teilprojekts konnten jedoch keine konkreten Beispiele gefunden werden.

2.2.1. Überblick über wesentliche Rahmenbedingungen für medizinische Gutachten in Deutschland

Die Situation der medizinischen Gutachten in Deutschland ist komplex. Es gibt viele Versicherungszweige mit eigenen Ansprüchen an die Begutachtung. Die rechtlichen Bedingungen sind auf eine Vielzahl von Gesetzen verteilt und verschiedenste Institutionen versuchen die häufig bemängelte Qualität (siehe Kapitel Qualitätssicherung) von medizinischen Gutachten zu verbessern. Aufgrund der Komplexität wird in diesem Teilbericht nicht die gesamte Situation in Deutschland dargestellt, sondern es handelt sich hierbei um eine Auswahl der wesentlichen Aspekte. So wurde darauf geachtet, dass insbesondere die Besonderheiten der deutschen Gutachtensituation geschildert werden, die in der Schweiz anders gehandhabt werden. Analogien zu der Schweiz werden nur erwähnt, wenn sie für das spätere Verständnis von Bedeutung sind oder es sich um den Kern der Fragestellung handelt.

1. Das deutsche Versicherungssystem

Im deutschen Versicherungssystem gibt es gesetzliche und private Krankenversicherungen, Pflegeversicherungen, gesetzliche Rentenversicherungen, private Renten- und Lebensversicherungen, gesetzliche und private Unfallversicherungen und andere durch das Gesetz geregelte, in dieser Beschreibung nicht zentrale Sozialversicherungen. Gutachter, die in den erwähnten Versicherungszweigen als sachverständige Berater agieren, müssen die zugrunde liegenden gesetzlichen Normen zwangsläufig kennen, damit eine kompetente Begutachtung möglich ist. Im Rahmen der nachfolgenden Beschreibung der Gutachtensituation in Deutschland werden nicht alle Versicherungszweige dargestellt, sondern es wird eine sinnvoll erscheinende Auswahl getroffen.

Als Besonderheit des deutschen Krankenversicherungssystems sind an dieser Stelle der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) und der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) zu erwähnen. Diese werden von den Landesverbänden der Krankenkassen organisiert. Sie beraten die Krankenversicherungen und die Pflegeversicherungen in medizinischen Fragen, helfen den Versicherungen bei der Erstellung von Ratschlägen an die Versicherten, bei der Qualitätssicherung und bei Verhandlungen mit Leistungserbringern. Auch als Gutachter können die Ärzte des MDK/MDS tätig werden oder externe Gutachten überprüfen. Vermehrt werden diese Ärzte bei Schwierigkeiten oder Unklarheiten von Gutachten von den Sachbearbeitern kontaktiert.

Gemäss eigenen Angaben beschäftigten die Medizinischen Dienste Ende 2007 rund 6'800 MitarbeiterInnen, was 6'200 Vollzeitstellen entspricht.

Beschäftigte in den Medizinischen Diensten Ende 2007			
	Anzahl Mitarbeiter/ -innen	Anzahl Vollstellen	Vollstellen in %
Gesamt	6.813	6.201,5	100,0
davon			
Ärzte/Ärztinnen	2.051	1.943,0	31,3
Pflegefachkräfte	1.350	1.218,5	19,6
Nichtärztliches Personal in Heil- und Gesundheitsberufen	30	30,0	0,5
Kodierassistenz	110	108,0	1,7
Assistenzpersonal im medizinisch / pflegerischen Bereich	2.592	2.288,0	36,9
Verwaltungspersonal	591	555,5	9,0
Personal der Wirtschaftsdienste	89	58,5	0,9

Tabelle 44: Beschäftigte in den Medizinischen Diensten Ende 2007

(MDS; <http://www.mds-ev.de/>)

Die private Pflegeversicherung hat eine eigene GmbH für die medizinische Begutachtung gegründet: die Medicproof GmbH. Die dort angestellten Ärzte (2001: ca. 800 Personen) suchen - wie die Ärzte des MDK/MDS - die Patienten auf und beurteilen die Stufe der Pflegebedürftigkeit. Medicproof und der MDS arbeiten eng zusammen. (Fritze 2001, S.119ff)

2. Rechtliche Grundlagen zu medizinischen Gutachten

2.1. Einleitung

Die gesetzlichen Grundlagen für die medizinische Begutachtung in Deutschland sind auf eine Vielzahl von Rechtsgebieten und einzelnen Gesetzen verteilt.

Die Sozialversicherungsträger (Gesetzliche Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung) wie auch die Gerichte müssen in einem Versicherungsfall den Sachverhalt soweit als möglich aufklären (§ 103 SGG). Der medizinische Gutachter ist hierbei ein sachverständiger Berater der Verwaltung (Versicherungsträger) oder des Sozialgerichts. Die bereits bekannten Details müssen dem Gutachter zur Verfügung gestellt werden. Der Gutachter hat den Versicherten über die Art und das Risiko der Untersuchungen zu informieren. Der Versicherte hat eine im Rahmen der Zumutbarkeit und Verhältnismässigkeit eingeschränkte Mitwirkungspflicht. (Ehlers 2005) Bei einer Leistung von

Sozialversicherungsträgern handelt es sich also um einen Verwaltungsakt in Form eines Verwaltungsentscheids, dem die gleichen Abklärungspflichten zu Grunde liegen wie vor Gericht. Im Streitfall kann der Verwaltungsentscheid vor dem Sozialgericht angefochten werden.

Die Entscheidungshoheit in einem medizinrechtlichen Prozess liegt beim Richter. Der Richter muss den Sachverhalt vollständig verstehen und darauf begründend ein Urteil fällen. Der medizinische Gutachter erhält in einem solchen Verfahren eine zentrale Position. Er ist es, der dem Richter die Sachlage und seine Meinung zum vorgelegten Fall erklärt. Das Gericht darf von diesem Gutachten nur abweichen, wenn es dies sachkundig und begründet tun kann. Da in den meisten Fällen die Richter keine medizinische Sachkunde besitzen, ist dies im Zweifelsfalle nur über ein zweites Gutachten möglich. Allerdings steht der Richter bei gegenteiligem Zweitgutachten einem Konflikt gegenüber, den er nur schwierig lösen kann. Aufgrund dieses speziellen Abhängigkeitsverhältnisses des Richters gegenüber dem Gutachter legen Gerichte interne Listen mit so genannten „Hausgutachtern“ an, mit denen sie gute Erfahrungen in früheren Fällen gemacht haben.

Die geschilderten Bedingungen von medizinrechtlichen Prozessen führen in Deutschland dazu, wie empirische Untersuchungen belegen, dass 95% der Richter aller Gerichtszweige den Gutachten ohne kritische Auseinandersetzung folgen. (Ehlers 2005)

2.2. Prozessordnungen

In Gerichtsprozessen mit medizinrechtlichen Inhalten unterscheidet Ehlers (2005) das medizinische Gutachten im Zivilprozess vom Prozess gegen den Arzt und vom Sozialgerichtsprozess.

Medizinisches Gutachten im Zivilprozess

Unter Zivilprozess ist das in der Zivilprozessordnung (ZPO) geregelte gerichtliche Verfahren in bürgerlichen Streitigkeiten (Zivilrecht: Privatrecht und Handelsrecht) gemeint. Der Gutachter im Zivilprozess ist streng an die Fragestellung im Beweisthema des Beweisbeschlusses gebunden. Ist das dem Gutachter vorgelegte Beweisthema aufgrund der dem Gericht fehlenden Sachkunde mangelhaft, dann ist er verpflichtet, das Gericht darauf aufmerksam zu machen und auf Verbesserung zu drängen. Eigenmächtig darf der Gutachter die Fragestellungen nicht abändern oder aus-

dehnen. (§ 407a ZPO) (Schlund 2005) Das medizinische Gutachten im Zivilprozess wird im weiteren Verlauf der vorliegenden Analyse wieder aufgegriffen.

Medizinisches Gutachten im Prozess gegen den Arzt

Medizinische Gutachten im Prozess gegen den Arzt kommen nach Eingang einer Strafanzeige gegen einen Arzt wegen des Vorwurfs fahrlässiger Körperverletzung oder fahrlässiger Tötung im Zusammenhang mit einer ärztlichen Behandlung vor. Versicherungsmedizinische Aspekte sind bei diesen Prozessen die Ausnahme. (Günter 2005) Medizinische Gutachten in Prozessen gegen einen Arzt werden in den nachfolgenden Ausführungen ausser Acht gelassen, da diese nicht im Fokus des Analyseinteresses stehen.

Medizinisches Gutachten im Sozialgerichtsprozess

Gutachten, die zur Durchsetzung oder Abwehr von sozialrechtlichen Ansprüchen angefertigt werden, fallen in die Kategorie der medizinischen Gutachten im Sozialgerichtsprozess. Die in grossem Umfang angefertigten Gutachten sind aufgrund der Verknüpfung von medizinischen und sozialen Sachverhalten eine Herausforderung für die Gutachter. Nicht medizinische Äusserungen des Gutachters werden vom Gericht dementsprechend kritisch gewürdigt. Ein Auftrag zur Begutachtung ist an einen bestimmten Arzt gerichtet, der diesen persönlich auszuführen hat und nicht auf Mitarbeiter übertragen darf.

Es ist von Amts wegen die Aufgabe des Gerichts, alle relevanten medizinischen Fakten zu ermitteln. Somit müssen die Gerichte auch ohne jegliche Antragsstellung einen medizinischen Gutachter einbinden, der für sie in einem Gutachten die Sachlage klärt. Diese Aufgabe des Gerichts umfasst die Bestimmung des Gutachters, den Umfang des Gutachtens, die Formulierung der Fragestellungen und die Übernahme der Kosten der Begutachtung. (Stevens-Bartol 2005)

2.3. Person des Gutachters

In den meisten deutschen Gerichtsverfahren werden natürliche Personen mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. So sind in der Regel auch die Prozessvorschriften auf die Einzelperson zugeschnitten. Werden Kliniken ohne Nennung eines Arztes mit einem Gutachten beauftragt, so bringt dies Probleme mit sich, da die Rechtssprechung die Benennung eines Gutachters in Person verlangt. Die gericht-

lich eingesetzten Sachverständigen lassen sich in folgende Gruppen einteilen: öffentlich bestellte Sachverständige, öffentlich bestellten Sachverständigen gleichzustellende Personen, Sachverständige mit hoheitlichen Prüfungsaufgaben und freie Sachverständige. (Schlund 2005, S. 11 ff) In der Praxis haben diese Bezeichnungen allerdings wenig Bedeutung, häufig wird hier von „Gutachtern“ gesprochen.

Arten von medizinischen Gutachten

Da die medizinischen Gutachten im Sozialgerichtsprozess sehr zahlreich sind, werden nachfolgend die zentralen Arten von Gutachten im Sozialgerichtsprozess erläutert. (Stevens-Bartol 2005)

Grosses wissenschaftliches Gutachten: Mit diesem Gutachten können die Anforderungen aus komplexen Fragestellungen am ehesten beantwortet werden, weshalb es im sozialgerichtlichen Verfahren häufig gewählt wird. Es dient zur Klärung der tatsächlichen Voraussetzungen von rechtlichen Tatbestandsmerkmalen. Der Gutachter muss wissenschaftliche Erkenntnisse und Erfahrungsschätze des betreffenden Fachgebiets vermitteln, Tatsachen feststellen und diese beurteilen. Für die Formulierung der zu klärenden Fragestellungen stehen dem Gericht meist IT-gestützte, vorformulierte Standardfragen zur Verfügung.

Der Aufbau des Gutachtens ist gesetzlich nicht vorgeschrieben. Üblicherweise werden folgende Punkte berücksichtigt: Ort und Zeitpunkt der Gutachtenerstellung; Nennung des Auftraggebers; Nennung des Patienten; Wiedergabe der Gutachtensfragen; Zeitpunkt einer etwa durchgeführten gutachterlichen Untersuchung des Patienten; Auflistung der zur Verfügung stehenden Aktenunterlagen; Auszug aus dem Akteninhalt, soweit für die Beantwortung der Gutachtensfragen relevant; persönliche Vorgeschichte des Patienten („soziale Anamnese“); Schilderung der Beschwerden durch den Patienten; Befunde der körperlichen Untersuchung des Patienten; Befunde der technischen Untersuchung des Patienten; die Beurteilung, d.h. eine Zusammenfassung der in der vorangegangenen Teilen gewonnenen Erkenntnisse im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Beantwortung der Gutachtensfragen; die Zusammenfassung, d.h. die konkrete Beantwortung der einzelnen Fragen unter Angabe der für die gefundene Antwort entscheidenden Argumente.

Termingutachten: Die zu begutachtenden Personen werden unmittelbar vor der Gerichtsverhandlung eingeladen und bereits im Gerichtsgebäude begutachtet. Ähnlich

zu begutachtende Fälle werden an einem Tag zusammengezogen, so dass der Gutachter mehrere Fälle anschauen und seine Erkenntnisse dem Richter direkt im Anschluss an das Gutachten mitteilen kann. Diese Variante ist kostengünstig und zeitsparend, jedoch kann sich dies auf die Qualität des Gutachtens auswirken.

Aktenlagegutachten und Untersuchungsgutachten: Ein Aktenlagegutachten stützt sich auf bereits vorliegende Unterlagen, ohne dass die zu begutachtende Person vom Gutachter untersucht worden ist. Bei einem Untersuchungsgutachten wurde der Patient vom Gutachter oder einer Hilfsperson untersucht. Welches dieser Gutachten zur Anwendung kommt, hängt von den Fragestellungen ab.

Obergutachten: Die Kommentarliteratur verwendet diesen Begriff, obwohl es ihn im Gesetz nicht gibt. Ein Obergutachten kann kein vorhergehendes Gutachten aufheben, sondern stellt viel mehr ein Zweitgutachten dar. Bei Widersprüchen zwischen „Erst-„ und Obergutachten müssen die jeweiligen Argumente vom Gericht im Rahmen freier Beweiswürdigung beurteilt werden.

Gutachten auf Antrag eines Sozialleistungsberechtigten: Unter gewissen Bedingungen können Sozialleistungsberechtigte ein Gutachten durch einen Arzt ihrer Wahl erzwingen. Dieses Gutachten stellt ein vollwertiges gerichtliches Sachverständigen-gutachten dar.

Kausalitätsgutachten: Es handelt sich hierbei um medizinische Gutachten, die zu beurteilen haben, ob aktuelle Gesundheitsstörungen auf einen vorangegangenen Unfall oder eine Schädigung durch Berufskrankheit zurück zu führen sind.

MdE-/GdB-Gutachten: Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) und der Grad der Behinderung (GdB) werden nach festgehaltenen Beurteilungsrichtlinien vom Gutachter beurteilt. Davon hängen die Höhe der Renten sowie eine Einstufung als Schwerbehinderter im Sozialrecht ab.

Rentengutachten: In einem Rentengutachten werden neben den medizinischen Belangen weitere Kenntnisse vom Gutachter verlangt. So muss er auch die Anforderungen der jeweiligen Arbeitstätigkeit umfassend kennen sowie eine Einschätzung

der Restarbeitsfähigkeit vornehmen können, was zusätzliche Anforderungen an den Gutachter stellt.

Gutachten aus dem Bereich der Pflegeversicherung: Benötigt der Patient für eine vom Gesetz aufgeführte Verrichtung im Ablauf des täglichen Lebens fremde Hilfe, muss dies für Ansprüche aus der gesetzlichen Pflegeversicherung durch die Pflegekassen festgestellt werden. Das Gesetz schreibt detailliert vor, wie die Festlegung der Anspruchsvoraussetzungen zu erfolgen hat. Ergeben sich Streitigkeiten, müssen diese Regelungen in einem Gutachten berücksichtigt werden.

2.2.2. Quantität und Empirie von medizinischen Gutachten

Ähnlich wie in der Schweiz liegen auch in Deutschland wenige Angaben über die Anzahl von medizinischen Gutachten vor. Eine Transparenz im Markt von Gutachten und Gutachtern existiert nicht. Selbst die einzelnen Versicherungszweige, Versicherungsanstalten und Gerichte können die Anzahl veranlasste Gutachten kaum abschätzen. Einige Einschätzungen von Experten werden in diesem Kapitel erläutert. Bei den Gerichten wie auch bei Versicherungen erfolgen gemäss Experteninterviews schätzungsweise 80 bis 95 Prozent der Gutachten mit Patientenkontakt. Das reine Aktengutachten ist die Ausnahme. Die Anzahl von medizinischen Gutachten bei zivilrechtlichen Fragestellungen ist nicht bekannt. Eine Einschätzung wollten weder die Interviewpartner vornehmen, noch war eine solche in der Literatur zu finden.

Die Mehrzahl der Gutachten liegt im Bereich der Sozialversicherungen (Gesetzliche Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung). (Fritze 2001, S. 1)

Die Gutachter in den Medizinischen Diensten (MDK) erbrachten im Jahre 2007 nachfolgende Gutachten und Beratungsleistungen für die Krankenkassen:

Versichertenbezogene Leistungen der MDK für die GKV im Jahr 2007	
	Anzahl
Sozialmedizinische Fallberatungen (Fragen der Krankenkassenmitarbeitenden zu spezifischen Versicherungsfällen)	5.220.592
Begutachtungen	1.568.427

Tabelle 45: Versichertenbezogene Leistungen der MDK für die GKV im Jahr 2007

(MDS; <http://www.mds-ev.de/>)

Die medizinischen Begutachtungen der MDK teilen sich in Erst-, Höherstufungs-/Wiederholungs- und Widerspruchsbegutachtungen auf. Die Definitionen sind auf der Homepage des MDS wie folgt ersichtlich:

Zu den Erstbegutachtungen zählen alle Begutachtungen von Versicherten, die erstmals begutachtet werden sowie Begutachtungen von Antragstellern, bei denen in einer vorherigen Begutachtung keine Pflegebedürftigkeit festgestellt werden konnte. Höherstufungsbegutachtungen sind Begutachtungen von Versicherten, die bereits eine Pflegestufe haben und bei ihrer Pflegekasse einen Antrag auf eine höhere Pflegestufe gestellt haben. Wiederholungsbegutachtungen sind solche, bei denen der MDK-Gutachter eine wiederholte Begutachtung zu einem späteren Zeitpunkt empfohlen hat, weil es wahrscheinlich ist, dass sich die Pflegestufe in absehbarer Zeit verändern wird.

Widerspruchsbegutachtungen sind Begutachtungen von Versicherten, die gegen den Bescheid der Pflegekasse (Ergebnis der Begutachtung) einen Widerspruch eingelegt haben und deshalb erneut begutachtet werden.

Begutachtungen der MDK für die Soziale Pflegeversicherung im Jahr 2007 nach Begutachtungsarten		
	Anzahl	in %
Erstbegutachtungen	702.543	52,6
Höherstufungs-/ Wiederholungsbegutachtungen	541.715	40,6
Widerspruchsbegutachtungen	91.059	6,8
Begutachtungen insgesamt	1.335.317	100,0

Tabelle 46: Begutachtungen der MDK für die Soziale Pflegeversicherung im Jahr 2007 nach Begutachtungsarten

(MDS; <http://www.mds-ev.de/>)

2.2.3. Prozess der medizinischen Begutachtung

Der Prozess der medizinischen Begutachtung kann in Subprozesse aufgeteilt werden. Nachfolgend werden die Subprozesse der Gutachtenvergabe, der Gutachtenerstellung, der Bearbeitung von den zu den Versicherungen zurücklaufenden medizinischen Gutachten und die Entlohnung der Gutachter unterschieden. Diese Subprozesse können darüber Aufschluss geben, wie professionell und standardisiert der Prozess der medizinischen Begutachtung ist. Die Qualität von medizinischen Gutachten wird von diesen Abläufen massgeblich beeinflusst und kann mit geeigneten

Prozessen gesteuert werden. Die wesentlichen Erkenntnisse aus der Literaturrecherche und den Experteninterviews werden in den nachfolgenden Kapiteln wiedergegeben. Die Prozesse sind stark auftraggeberabhängig (meist sogar vom entsprechenden Team/Sachbearbeiter), weshalb generelle Aussagen kaum möglich sind.

1. Vergabe von Gutachten

Die Vergabe von Gutachten und die damit zusammenhängende Gutachterausswahl sowie die Aufbereitung der Dokumentationen haben einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Qualität der medizinischen Gutachten. Dieser Subprozess kann für die Privatversicherungen, für die Sozialversicherungen und für Gerichtsverfahren separat betrachtet werden.

Privatversicherung

Die Vergabe von Gutachten auf Seite der Privatversicherungen wird meist durch die SachbearbeiterInnen in den Schadenabteilungen veranlasst. Richtlinien, ab welcher Schadenhöhe ein Gutachten zu veranlassen ist, existieren selten. Meist liegt dies in der Kompetenz der SachbearbeiterInnen. Deren Entscheidungen beruhen auf individuellen Einschätzungen und den Erfahrungen innerhalb des Teams und des Vorgesetzten. Bei Bedarf kann ein beratender Arzt hinzugezogen werden. Nach Einschätzungen der Interviewpartner geschieht dies jedoch selten.

Privatversicherungen bestimmen den Gutachter in aussergerichtlichen Meinungsverschiedenheiten häufig in Absprache mit dem Versicherten oder dessen Rechtsanwalt. Bei Verletzungen, die auf eine dauernde Schädigung hinweisen, wird ein Spezialist eingesetzt. Bei Multimorbidität werden eher Universitätskliniken oder grosse Krankenhäuser beauftragt, da dort mehrere Spezialisten verschiedener Fachgebiete kooperieren können. (Combach 2000)

Sozialversicherung und Gerichte

Die Wahl des Gutachters durch die Sozialversicherung (Gesetzliche Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung) und die Gerichte erfolgen nicht nach strukturierten und allgemeingültigen Regelungen. Meist erfolgt diese aufgrund Erfahrungen und Gewohnheiten.

Patienten haben bei einem Gutachten innerhalb der Unfallversicherung grundsätzlich die Möglichkeit, aus drei Vorschlägen einer Berufsgenossenschaft den ihnen genehmten Gutachter auszuwählen. (Fritze 2001, S. 20)

Die Berufsgenossenschaften in Deutschland besitzen einen eigenen Gutachterstamm, aus dem die Gutachter ausgewählt werden.

Die gesetzliche Krankenversicherung wählt die Gutachter teilweise aus dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Die Auswahl des Gutachters innerhalb des MDK verläuft wie bei Privatversicherungen anhand der Erfahrungen des Sachbearbeiters.

Innerhalb der Rentenversicherung, der Unfallversicherung und der Krankenversicherung gilt bei Streitfällen vor Gericht das Amtsermittlungsprinzip. Dies bedeutet, dass die Verwaltung und das Gericht die Tatsachen zur Krankheit oder Schädigung des Versicherten selbst ermitteln müssen, was bedeutet, dass meist trotz eventuell bestehenden Gutachten der Kostenträger ein weiteres Gutachten in Auftrag gegeben wird.

Allgemeinmediziner werden in Deutschland äusserst selten berücksichtigt. Sie kommen nur in Versicherungsfällen zum Einsatz, die umfassend betrachtet werden müssen (z.B. in der Pflegeversicherung).

Die Gutachterausswahl geschieht bei den Gerichten aufgrund von Empfehlungen und Erfahrungen mit bereits einmal eingesetzten Gutachtern. Dabei entscheidet der Richter selbständig und unabhängig, welchen Gutachter er einsetzt, wie die Fragestellung lautet und welche Akten der Gutachter erhält. Die Richter haben nach einiger Zeit einen eigenen Stamm an meist erfahrenen Gutachtern, aus denen sie den auf den Gerichtsfall passenden Gutachter bestimmen. (Fligg 2008) Gerade diese Praxis wird in der Literatur beanstandet: „Noch bestehende Mängel beruhen auf [...] der nicht optimalen Vorbereitung von Richtern auf ihre Aufgabe bezüglich der Berufung von Sachverständigen [...]“ (Schlungbaum 1996, S. 1396) Bei der Auswahl der Gutachter können den Richtern die Ärztekammern behilflich sein.

Bei Gerichtsfällen, die sich auf das Strafrecht beziehen, werden meist medizinische Gutachter berücksichtigt, welche ein Zertifikat aus einer forensischen Fortbildungsveranstaltung besucht haben.

Zusätzliche Bemerkungen zur Gutachtenvergabe

Die meisten Gutachten werden an ChefärztInnen in Kliniken vergeben. Diese sollten das Gutachten selbst erstellen oder die durchführenden Ärzte entsprechend beaufsichtigen. Gemäss Prof. Dr. med. Jürgen Fritze vom Verband für private Krankenversicherung (Fritze 2008) geschieht dies selten. Häufig sind es Assistenzärzte, die das medizinische Gutachten erstellen, ohne dass der Chefarzt den Inhalt im Detail kennt. Institute für die medizinische Begutachtung sind bezüglich Qualität umstritten. Die Gutachter bei solchen Instituten übernehmen keine Gewährleistung für den Inhalt des Gutachtens. (Fritze 2008)

Die Gutachter ihrerseits bemängeln, dass die vorgelegten Akten von den Auftraggebern häufig nicht vollständig sind, weshalb Akten nachverlangt werden müssen. Je nach Versicherungsbereich sind die Aktenzusammenstellungen von unterschiedlicher Qualität. Die Aktenlage von den Gerichten ist meist umfänglich bzw. vollständig. Damit ein Gutachter rasch verifizieren kann, ob er alle nötigen Unterlagen beisammen hat, existieren Checklisten, die ihm einen Überblick über die Vollständigkeit der Akten geben.

Bei polydisziplinären Fragestellungen werden meist grössere Kliniken wie Universitätskliniken mit einer Begutachtung beauftragt. Die Verfügbarkeit solcher komplizierten Gutachten ist nicht bekannt.

2. Gutachtenerstellung

Die medizinischen Gutachter benötigen für die Erstellung eines Gutachtens nach Schätzungen der Interviewpartner je nach Sachlage bis zu 12 Stunden Arbeitszeit. Dies hängt stark davon ab, wie der Sachverhalt aussieht, wie erfahren der Gutachter ist und für wen das Gutachten angefertigt wird. So können gemäss Interviewpartner unter günstigen Bedingungen Gutachten für Berufsgenossenschaften 1 bis 3 Stunden dauern, hingegen dauern Gerichtsgutachten durchschnittlich 8 bis 12 Stunden, da der Prozess vor und nach der eigentlichen ärztlichen Begutachtung aufwändiger ist. Diese der Begutachtung des Patienten vor- und nach gelagerten Tätigkeiten beinhalten unter anderem die Entgegennahme des Auftrags, dessen Überprüfung auf Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Aktenlage, allfällige Nachfragen beim Auftraggeber, die Terminfindung mit dem Patienten, administrative Tätigkeiten und nachträgliche Präzisierungen auf Nachfragen des Auftraggebers zum Ergebnis.

Bei Aufträgen des Landessozialgerichts benötigt der Gutachter für die Lieferung des Gutachtens durchschnittlich drei Monate. Mit dieser Lieferzeit ist das Landessozialgericht in Hamburg angesichts der durchschnittlichen Dauer eines Verfahrens von ca. 12 bis 14 Monate zufrieden.

Die Lieferzeiten für Gutachten der Berufsgenossenschaften liegen üblicherweise zwischen 4 bis 6 Wochen. Die Gutachten für die Berufsgenossenschaften werden von Gutachtern aus dem Gutachterstamm hergestellt. Häufig handelt es sich dabei um Gutachter in Berufsgenossenschaftlichen Kliniken. Führen solche Kliniken Gutachten für Gerichtsverfahren durch, kann die Erstellung bis zu 6 Monaten dauern. Dies hat damit zu tun, dass die Komplexität bei Gerichtsgutachten meist höher ist und Gutachten von Berufsgenossenschaften prioritär durchgeführt werden. (Weise 2008)

Über die Bearbeitungsdauern bei den übrigen Versicherungsträgern, insbesondere den Privatversicherungen wurden keine verlässlichen Angaben gefunden.

Unter den Versicherungsträgern findet keine Abstimmung statt, ob für dieselben Versicherten bei einem anderen Versicherungsträger bereits Begutachtungen veranlasst wurden. Dies ist aufgrund der Datenschutz-Bestimmungen schwierig und vor Gericht nur unter besonderen Bedingungen verwendbar. (Fritze 2008)

3. Bearbeitung beim Auftraggeber

Auf die Bearbeitung von zu den Versicherungen zurückkehrenden Gutachten wird in der Literatur nicht eingegangen. Auch die Interviewpartner sehen keine Besonderheiten oder Notwendigkeiten, diesen Subprozess genauer zu betrachten. Die Autoren dieser Studie gehen davon aus, dass die Ergebnisse der medizinischen Gutachten bei Gerichten und Versicherungen von den SachbearbeiterInnen oder den Richtern meist akzeptiert und die Ergebnisse den PatientInnen mitgeteilt werden. Entweder wird dies dann von den PatientInnen anerkannt oder sie müssen vor Gericht prozessieren. Es ist daher davon auszugehen, dass innerhalb der Organisationen keine standardisierte Bearbeitung der Gutachten erfolgt. Dementsprechend ist es auch nicht verwunderlich, dass „Parallel-Gutachten“ zwischen mehreren Auftraggebern erfolgen (siehe Gutachtenerstellung).

4. Entlohnung von medizinischen Gutachten

Die Vergütung der Gutachter in Deutschland hängt vom Auftraggeber ab und ist nicht einheitlich geregelt. Die medizinischen Gutachten für Gerichte werden nach dem Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG) vergütet. Versicherer wählen häufig eine Vergütung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ 96). Hingegen existieren auch Vergütungssysteme, die Einzelleistungen, Stunden, Anzahl Seiten, Gebühren oder Pauschalen abrechnen.

Die Entschädigung des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes (JVEG) richtet sich nach der für die Vorbereitung und für die Erstattung aufgewendeten, tatsächlichen Arbeitszeit. Der Stundenansatz wird vom Grad der Fachkenntnisse des Gutachters, vom Schwierigkeitsgrad des Gutachtens, von notwendigen technischen Vorrichtungen und von besonderen Umständen beeinflusst. Je nach Ausprägungen liegt der Stundenansatz zwischen 50 und 85 €.

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sieht eine nach Schwierigkeitsgrad des Gutachtens abgestufte Vergütung auf Stundenbasis vor. Dabei kann der Stundenansatz von 29.14 € bis 101.99 € variieren.

Von den Interviewpartnern wird die Entlohnung für die Gutachter insgesamt als attraktiv beurteilt. Dies begründe auch das grosse Interesse von Ärzten, als medizinischer Gutachter tätig zu sein. Offenbar ziehen einige ÄrztInnen medizinische Begutachtungen der Praxistätigkeit vor, weil die Vergütung attraktiver ist.

2.2.4. Qualitätssicherung von medizinischen Gutachten in Deutschland

1. Ausgangssituation

Dieses Kapitel schildert die in Deutschland wahrgenommene Qualität von medizinischen Gutachten und zeigt die Bestrebungen auf, die unternommen werden, damit die Qualität sichergestellt bzw. gefördert werden kann. Dieser Teilbericht soll in diesem Punkt einen Schwerpunkt setzen.

Eugen Fritze (2001, S. 4) beschreibt in seinem Herausgeberwerk die Qualität von medizinischen Gutachten in Deutschland wie folgt: „[...] weil eigene Erfahrungen des Herausgebers bei der Bearbeitung von Begutachtungsakten, aber auch Meinungen von Versicherungen und Gerichten gezeigt haben, dass die Qualität ärztlicher Gutachten sehr unterschiedlich ist. Manchmal fehlen dem Gutachter die notwendigen rechtlichen Voraussetzungen einer solchen Tätigkeit, manchmal urteilt er eherforsch. Zuweilen werden Schlussfolgerungen gezogen, denen der Kundige die feh-

lende Sachkenntnis anmerkt. Andere Gutachten oder ärztliche Äusserungen etwa des Hausarztes zur gutachterlichen Problematik lassen Befangenheit oder falsch verstandenes Helfenwollen erkennen.“ In der Literatur finden sich viele ähnliche Aussagen und auch die Interviewpartner haben sich diesem Votum angeschlossen. Ein weiteres erhebliches Qualitätsdefizit wird in der enorm langen Bearbeitungsdauer bei den meisten Gutachtern gesehen. Zudem sind die Gutachten teilweise zu umfangreich und dies hängt damit zusammen, dass einige Auftraggeber die Gutachter nach der Anzahl ausgefüllte Gutachtenblätter vergüten. Die formale Gliederung der Gutachten ist oft schlecht gewählt oder die Gutachten sind nicht vollständig. Auch inhaltliche Mängel wie die fehlende Konsistenz innerhalb des Berichts oder eine fehlende Abwägung von dafür und dawider kommen vor. Stattdessen fällt der Gutachter eine Entscheidung, die eigentlich der Auftraggeber fällen sollte. Häufig sind es aber auch die beauftragenden Personen, die falsche Fragestellungen verfassen oder Entscheidungen verlangen, deren Beantwortung nicht in das Aufgabengebiet eines Gutachters fällt. Die Qualität von medizinischen Gutachten wird im Allgemeinen in Deutschland von allen angefragten Stellen als unbefriedigend wahrgenommen.

Die Qualität von medizinischen Gutachten bei Gerichten wird von den Interviewpartnern besser bewertet. Die Gutachten seien meist fristgerecht erledigt, die formale und inhaltliche Gliederung entspricht dem Standard, der Umfang liegt im üblichen Tolleranzbereich und die gestellten Fragen sind zur Zufriedenheit beantwortet.

Die Mängel in der medizinischen Begutachtung in Deutschland wurden von verschiedenen Berufsgruppen, die mit medizinischen Gutachten zu tun haben, erkannt. Das Anliegen nach verlässlicher Qualität in medizinischen Gutachten wurde als Folge in eine Vielzahl von Verbänden getragen (Versicherungsverbände, Bundesärztekammer, Fachgesellschaften, Landessozialgerichte usw.) und werden dort thematisiert. Die zentralen Lösungsansätze werden in den nachfolgenden Kapiteln geschildert. Es handelt sich dabei um Dokumentationen zu medizinischen Gutachten, um Aus-, Weiter- und Fortbildungen für Gutachter, um ein Peer-review Verfahren sowie Monitoring- und Benchmarkingsysteme.

2. Dokumentationen zu medizinischen Gutachten

Die Liste der Organisationen, welche die Qualität von medizinischen Gutachten anhand von umfassenden Dokumentationen, Beschreibungen, Checklisten u.ä. verbessern möchten, ist lang. Die nachfolgende Liste zeigt zentrale Gruppen von Organisa-

tionen auf, die aktiv an der Gutachtenqualität in Deutschland arbeiten. Die Aufzählung ist nicht abschliessend zu verstehen:

- Private Versicherungsgesellschaften
- Gesetzliche Kostenträger
- Versicherungsverbände
- Patientenorganisationen
- Anwaltsgesellschaften
- Medizinische Dienste der Spitzenverbände (MDS)
- Medizinische Fachgesellschaften
- Ärztekammern
- Aus- und Weiterbildungsinstitutionen

Die von diesen Organisationen verwendeten Massnahmen der Qualitätssicherung anhand von Dokumentationen für Gutachter und Auftraggeber sind vielfältig. Auf die zentralen Punkte wird nachfolgend eingegangen. Es sind dies Leit- und Richtlinien bei der Begutachtung, Formulare, Listen, Checklisten, Bücher und Zeitschriften.

Leit- und Richtlinien bei der Begutachtung

Bei Leit- und Richtlinien handelt es sich um Begutachtungsanleitungen, um die Gutachtenpraxis zu vereinheitlichen. Bei Leitlinien handelt es sich um Werke, die vom Auftraggeber und vom Gutachter nicht zwingend benutzt werden müssen. Dennoch können solche Leitlinien für den medizinischen Gutachter von Nutzen sein, damit er sich an den üblichen Standards der Begutachtung innerhalb der zu begutachtenden Krankheit oder Schädigung orientieren kann. Richtlinien hingegen müssen von den Auftraggebern und den Gutachtern zwingend berücksichtigt werden. Die Dokumentation und Beurteilung hat nach vorgegebenen Mustern zu erfolgen. Meist dienen Leit- und Richtlinien nicht nur dazu, die Untersuchung sowie Dokumentation der Gutachter zu vereinheitlichen und zu objektivieren, sondern gehen teilweise soweit, dass die Anforderungen an einen Gutachter und den Auftraggeber (rechtlich und fachlich) erläutert werden.

In der Sozialversicherung und Gerichtsprozessen finden sich einige zwingend zu berücksichtigende Richtlinien, jedoch im überwiegenden Teil der Sozialversicherung

sowie in der Privatversicherung kommen keine Anleitungen zur Anwendung und wenn, dann sind es Leitlinien.

Ein exemplarisches Beispiel für eine Leitlinie zur Erstellung von sozialmedizinischen Gutachten hat der Verband der Deutschen Rentenversicherungsträger veröffentlicht. (Ruland 2000) Diese sollen einen einheitlichen Qualitätsstandard sicherstellen und den Personen, die den Prozess der Begutachtung involviert sind, eine Hilfestellung bieten. Die Hinweise richten sich an Gutachter innerhalb von Versicherungen und an externe Gutachter. Die Begutachtungshinweise beinhalten folgende Punkte:

- Gesetzliche Grundlagen: Auf elf Seiten werden dem Gutachter die wesentlichen gesetzlichen Grundlagen im Zusammenhang mit der Leistungserbringung in der Rehabilitation und der Berentung erläutert.
- Aufgaben und Stellung des sozialmedizinischen Gutachters: In diesem Kapitel wird dem Gutachter auf vier Seiten erklärt, was seine Funktion ist, welche Pflichten er hat, wie die Haftungsbestimmungen aussehen und wie der Versicherte mitwirken muss.
- Das ärztliche Gutachten: Dem Gutachter wird die Struktur (inhaltlich und formal) seines Gutachtens vorgegeben. Er muss Anamnese, Befund, Diagnosen, Epikrise und sozialmedizinische Leistungsbeurteilungen folgerichtig und schlüssig verknüpfen. Die einzelnen Punkte werden innerhalb der Leitlinien präzisiert. Der Gutachter erhält eine Anleitung für die Begutachtung und die korrekte Dokumentation (inkl. strukturiertem Fragebogen). Dieser Teil umfasst 25 Seiten.
- Glossar: In einem 9-seitigen Glossar werden die wichtigsten sozialmedizinischen Begriffe definiert, damit sich Gutachter und Auftraggeber nicht missverstehen.
- Geistige/psychische Belastbarkeitsbeurteilung: Dem nicht-psychiatrischen Gutachter wird auf drei Seiten eine Hilfestellung für die Beschreibung von geistigen und psychischen Beschwerden gegeben.
- Qualitätsanalyse des ärztlichen Gutachtens: Mit einem 3-seitiger Fragebogen kann die Qualität eines Gutachtens hinsichtlich Plausibilität, Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit überprüft werden.

In Deutschland gibt es eine grosse Anzahl von Leitlinien für die Begutachtung. Teilweise existieren für dieselben Krankheitsbilder unterschiedliche Leitlinien (verschiedene Autoren, Herausgeber etc.). Die Anerkennung dieser nicht zwingenden Hinwei-

se für die Auftraggeber und Gutachter in der breiten Masse der Versicherungen und der Gutachter kann nicht abgeschätzt werden, sie wird jedoch von mehreren Quellen in Frage gestellt.

Verbindliche Richtlinien für die Beauftragung und die Erstellung von Gutachten sind die Ausnahme, werden jedoch von den Interviewpartnern als qualitätsfördernd empfunden.

Formulare, Checklisten und Fragebogen

Die Auftraggeber wie auch die Gutachter haben eine Vielzahl von Hilfsmitteln für eine einheitliche und standardisierte Begutachtung entworfen. Diese lassen sich neben den bereits erwähnten Leit- und Richtlinien in systematische Formulare, Checklisten und Fragebogen aufteilen.

Beispielsweise gibt es für körperliche Untersuchungsbefunde öffentlich publizierte Befunderhebungsformulare, welche mit Beispielen hinterlegt sind und einfach gestaltet sind. Dies verringert den Aufwand des Gutachters und führt zu einer exakteren Angabe der Details als in einem freien Text. Es existieren auch Fragebogen, die der Gutachter dem Patienten vor der Begutachtung zustellen kann, mit dem bereits wichtige Informationen eingeholt werden können. (Fritze 2001, S. 17 ff) Ein anderes Beispiel sind Feedbackfragebogen über die Zufriedenheit des Auftraggebers nach dem Erhalt des Gutachtens, die dem Gutachter einen Hinweis über die Kundenzufriedenheit geben können.

Bücher über die ärztliche Begutachtung

Es existiert in Deutschland eine Vielzahl von Büchern über die ärztliche Begutachtung. Die Themengebiete reichen von der Erklärung der Grundsätze bis hin zu fach- und krankheitsbezogenen Fragestellungen, Tipps und Anleitungen.

Ein umfassendes Beispiel dafür ist das Buch „Die ärztliche Begutachtung“ (herausgegeben von E. Fritze, B. May und F. Mehrhoff, 2001), das gemäss dem Deutschen Ärzteblatt (Staak o.J.) ein Standardwerk im Bereich der Begutachtung darstellt und von jedem in der ärztlichen Begutachtung tätigen Arzt genutzt werden sollte. Zahlreiche Autoren vermitteln dem Gutachter das notwendige Wissen für ein qualitativ hochstehendes Gutachten. Dabei werden einerseits Aspekte aus den verschiedenen Versicherungszweigen detailliert beschrieben, andererseits aber auch Probleme aus den medizinischen Fachrichtungen aufgegriffen. Das Buch beschreibt für dutzende

Krankheiten ganz konkret, welche Funktionsprüfungen möglich sind und wie die Beurteilung zu erfolgen hat.

Zeitschriften

In Zeitschriften (z.B. Versicherungsmedizin, Forum Medizinische Begutachtung usw.) publizieren diverse Organisationen regelmässig die neusten Erkenntnisse zur Begutachtung bezogen auf Krankheitsbilder, zu rechtlichen Fragestellungen und zu für Gutachter Wissenswertem.

Fazit und Ausblick in Bezug auf die Dokumentationen

Es gibt eine breite Fülle von unverbindlichen Leitlinien, von Büchern oder Zeitschriften und anderen Dokumentationen, die Gutachter bei ihrer Tätigkeit zur Hilfe nehmen können. Der Gutachter kann bei der Verwendung dieser Dokumentationen sein Fehlerisiko verringern. Diese Qualitätssicherungs-Tools sind jedoch – abgesehen von Richtlinien - nicht verbindlich und werden deshalb von Versicherungen und Gerichten zu selten herangezogen. Gemäss Dr. Achim Regenauer vom Deutschen Verein für Versicherungswirtschaft verwenden nur wenige Gutachter solche Hilfestellungen. Damit sich dieser Umstand ändert, müssten die Versicherungen die Mängel in den Gutachten viel konsequenter rügen. Zu viele Gutachten werden vergütet und angenommen, obwohl sie bezüglich ihres Inhalts nicht zufrieden stellend sind.

(Regenauer 2008)

Im Gegensatz zu diesen fakultativen Leitlinien haben sich in Deutschland die Gutachter in wenigen Versicherungsbereichen (z.B: Gutachten über die Minderung der Erwerbsfähigkeit innerhalb der gesetzlichen Unfallversicherung, Grad der Behinderung im Schwerbehindertenrecht §68 ff. SGB IX, u.a.) an verbindliche Richtlinien zu halten.

Die Interviewpartner sehen ein Potenzial, dass sich Leitlinien in Zukunft durchsetzen und den Status einer Richtlinie erlangen oder dass anerkannte Mindeststandards bei der Begutachtung definiert werden. Die Tatsache, dass sich die Bundesärztekammer zukünftig mit der Gültigkeit von Leit- und Richtlinien beschäftigen möchte, stützt diese Vermutung.

3. Aus-, Weiter- und Fortbildung von Gutachtern

In Deutschland erlernen die angehenden Ärztinnen und Ärzte innerhalb des Medizinstudiums keine Grundlagen zur medizinischen Begutachtung. Einzig in den Jahren als Assistenzärzte in den Krankenhäusern erfahren sie die Technik der Begutachtung direkt in der Praxis. In den Kliniken ist es üblich, dass die Leitenden Ärzte oder Chefärzte, die mit der Begutachtung beauftragt wurden, dabei die Assistenzärzte beiziehen. (Fligg 2008) „Die kurativ ausgebildeten Mediziner haben [also] in der Regel keine spezifische Fortbildung auf diesem Gebiet erfahren und haben häufig Schwierigkeiten, sich aus der Fürsprecherfunktion des ‚Anwaltes für die Patienten‘ in die unabhängige Sachverständigenfunktion zu begeben.“ (Becher 2005)

Dieser Mangel wurde von verschiedenen Organisationen erkannt, worauf diverse Fortbildungsangebote entwickelt wurden. Die Bundesärztekammer hat im Jahr 2003 beschlossen, für gutachterlich tätige Ärzte curriculäre Fortbildungen zu diesem Themenkomplex ins Leben zu rufen. Sie hat daraufhin ein Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ verfasst, indem die Inhalte und die Anzahl Unterrichtsstunden in vier Modulen beschrieben wurden. Viele Fortbildungen haben ihre Inhalte an dieses Curriculum angepasst.

So haben Ärztekammern, medizinische Fachgesellschaften, Versicherungen, Vereine und Verbände begonnen, Aus-, Weiter- und Fortbildungen für die medizinischen Gutachter zu veranstalten. Zudem haben sich zunehmend die Träger der gesetzlichen Sozialversicherung sowie der medizinischen und sozialrechtlichen Fakultäten der Universitäten für die Bildung von Gutachtern interessiert und arbeiten daran mit. Einige Sozialversicherungen bilden gar hauseigene Gutachter aus, um den Ausbildungsstand des Gutachters selbst beeinflussen zu können. In einem Rechtsstreit kann dieser jedoch nicht begutachtend, sondern lediglich beratend tätig sein, da er als befangen gilt (Fritze 2001, S. 5).

Das Bildungsangebot ist breit und differenziert. Es können Einführungs- und Grundkurse oder auf spezifische Problemstellungen ausgerichtete Programme besucht werden. Die Angebote werden eher regional genutzt, weil sich kein einzelner Anbieter durchsetzen konnte. Dies kann unter Umständen zur Folge haben, dass die Ausbildungen stark divergieren und somit die Qualität von medizinischen Gutachten nicht vereinheitlicht bzw. vergleichbar wird.

Ein grösserer Anbieter von Gutachterkursen ist beispielsweise die GeneralCologne Re BusinessSchool. Die Schule arbeitet mit der IHK Weiterbildungsgesellschaft

Bonn/Rhein-Sieg und der Universität zu Köln zusammen. Als Resultat der Zusammenarbeit werden zwei Fortbildungsprogramme für Fachmediziner angeboten. Die AbsolventInnen erhalten ein postgraduiertes Zertifikat „Medizinischer Sachverständiger cpu“ und „Versicherungsmediziner cpu“ – Certified Postgraduate Programme of the University of Cologne.

Von den heute immer zahlreicher werdenden Bildungsangeboten für medizinische Gutachter machen vor allem junge Ärzte Gebrauch, die sich auf diese Weise im Markt für Gutachten gegenüber ihren älteren Kollegen behaupten wollen. (Fligg 2008)

Die in den letzten Jahren entstandenen Aus-, Weiter-, und Fortbildungen für medizinische Gutachter führen heute dazu, dass sich die Auswahl des Gutachters bei den Auftraggebern verändert hat. Diese achten vermehrt darauf, dass Gutachter berücksichtigt werden, die ein solches Bildungsangebot besucht haben.

Fazit und Ausblick im Bereich Aus-, Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten

In Deutschland ist das Angebot an Aus-, Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten für Gutachter gross. Die diversen Bildungsanbieter halten sich innerhalb der Grund- und Einführungskurse teilweise an das von der Bundesärztekammer verfasste Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“. Bei den spezialisierten fach- und krankheitsbezogenen Bildungsangeboten gibt es keine Standardisierung der Inhalte. Bei den Versicherungsverbänden und den Fachgesellschaften existieren diverse Kommissionen, die sich mit der Thematik der Begutachtung auseinandersetzen. So hat sich beispielsweise die entsprechende Kommission der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie mit der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie in einem Arbeitskreis zusammengeschlossen, um gemeinsame Handlungsempfehlungen und Weiterbildungen zu erstellen. Der Arbeitskreis sieht eine Tendenz dahingehend, dass sich in Deutschland die verschiedenen Aus-, Weiter- und Fortbildungen für Gutachter zukünftig etablieren werden und die Qualitätssicherung darüber erfolgen wird. Die Tatsache, dass sich die Bundesärztekammer, die Berufsverbände, die Berufsgenossenschaften und viele andere Institutionen im Gesundheitswesen heute diesem Thema annehmen, spricht für diese Prognose. (Weise 2008)

Hingegen wird von einigen Experten die föderale Organisation der verschiedenen Gutachterausbildungen kritisiert. Die damit zusammenhängenden unterschiedlichen

Ausbildungsinhalte sowie die Färbung der Inhalte nach den Interessen der Organisatoren könnten ein Grund sein, weshalb sich die existierenden Ausbildungsansätze in Deutschland nicht durchsetzen werden.

4. Peer-review Verfahren bei einer Stichprobenauswahl

Prof. Dr. med. Jürgen Fritze, Leitender Arzt des Verbands der privaten Krankenversicherung, schlägt als Qualitätssicherungsmaßnahme ein regelmässig stattfindendes Peer-review Verfahren bei einer Stichprobenauswahl von medizinischen Gutachten innerhalb von allen Versicherungsträgern und Gerichten vor. Innerhalb solcher Reviews könne der Inhalt, dessen Plausibilität und die Konsistenz objektiviert beurteilt werden. Regelmässig als Gutachter tätige Ärzte würden somit von Zeit zu Zeit ein professionelles Feedback über ihre Arbeit erhalten. (Fritze 2008)

Das Postgraduiertenstudium „Medizinischer Sachverständiger cpu“ der GeneralCologne Re BusinessSchool sieht bei Ihren AbsolventInnen ein solches System vor. Zur Qualitätssicherung unterziehen sich diese Gutachter erstmalig nach drei Jahren, regelmäßig einem Peer-Review Verfahren. Aus den Ausschreibungen des Kurses ist zu entnehmen: „Medizinische Sachverständige cpu sind aufgefordert, sich im Rahmen eines Peer-Review Verfahrens an einer kontinuierlichen Qualitätssicherung zu beteiligen. Im dritten Jahr nach Besuch des Weiterbildungsprogramms reichen die Absolventen Gutachten aus verschiedenen Rechtsbereichen ein, die von Experten des jeweiligen medizinischen Fachgebiets beurteilt und kommentiert werden. Dieses Verfahren wiederholt sich für Medizinische Sachverständige cpu alle drei Jahre. Hinweise zu Benutzung des Verzeichnisses der Absolventen: Neben den vollständigen Kontaktdaten der medizinischen Sachverständigen finden Sie noch Angaben zum Jahr der Kursteilnahme und des Peer-Reviews. Bei erfolgreicher Teilnahme am Peer-Review Verfahren wird das Jahr der Rezertifizierung angegeben. Bei Nicht-Teilnahme oder nicht erfolgreicher Teilnahme wird keine Jahreszahl angegeben (Strich).

Dieses Verzeichnis ist als PDF-Datei verfügbar, in der die Sachverständigen sowohl nach Postleitzahlen als auch nach Facharzttrichtungen geordnet aufgeführt sind. Die Datei ist kostenlos erhältlich [...].“

Ein Peer-Review Verfahren entweder nach einer absolvierten Gutachterausbildung oder für alle gutachtenerstellenden ÄrztInnen würde ein kontinuierliches Feedback an die medizinischen Gutachter gewährleisten und würde damit zur Qualitätssiche-

rung beitragen. Gutachter, die ihre Gutachten regelmässig einem Peer-Review Verfahren unterziehen, also einer Expertengruppe vorlegen, werden in einem Verzeichnis für Gutachter entsprechend gekennzeichnet. Dies erleichtert dem Auftraggeber die Auswahl des geeigneten Gutachters.

5. Monitoring- und Benchmarkingsysteme

Anhand von Monitoringsystemen kann die Qualität von medizinischen Gutachten standardisiert erfasst und objektiv beurteilt werden. Mittels Benchmarking kann in einem zweiten Schritt die Qualität von verschiedenen Gutachtern miteinander verglichen werden.

Die Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN versucht ein Monitoring- und Benchmarkingsystem für die medizinische Gutachtenqualität im Bereich der forensischen Begutachtung zu entwickeln. Andere Fachgesellschaften könnten sich vorstellen, auch ein solches Tool einzusetzen. (Fritze 2008)

Weitere Informationen zu Monitoring- und Benchmarkingsystemen konnten im Rahmen dieses Teilprojektes nicht gefunden werden. Das Projektteam geht deshalb davon aus, dass sich dieser Ansatz noch in der Entwicklung befindet.

2.3. Diskussion: Internationale Ansätze - Deutschland

Zusammenfassung

Die in diesem Teilbericht gemachten Darstellungen sind nicht abschliessend. Es handelt sich vielmehr um einen ersten Einblick in die medizinische Gutachtensituation in Deutschland. Aufgrund der komplexen rechtlichen und versicherungsrelevanten Aspekte, aber auch aufgrund der fehlenden existierenden Unterlagen, Erhebungen und Analysen über die Situation in Deutschland war es nicht möglich, eine abschliessende und umfassende Darstellung der medizinischen Gutachtensituation in Deutschland wieder zu geben.

Der Intransparenz des deutschen Gutachtenmarktes könnte mittels einem ähnlichem Projekt wie MGS entgegen gewirkt werden. Dafür wären breitere Befragungen, Erhebungen und Analysen notwendig, die einen systematischen Überblick über die Situation ermöglichen.

Die Ergebnisse dieses Teilberichts werden in den Projekt-Schlussbericht einfließen und in Kombination mit den Ergebnissen aus den anderen Teilprojekten für die For-

mulierung von möglichen Handlungsempfehlungen für die Schweiz genutzt werden. Erst die Synthese aus allen Teilprojekten erlauben abschliessende Schlussfolgerungen oder Handlungsempfehlungen für die medizinische Gutachtensituation in der Schweiz.

Die Erfahrungen aus der Analyse der medizinischen Gutachtensituation in Deutschland sollen in den nachfolgenden Ausführungen in möglichen Handlungsempfehlungen für die Schweiz münden. Die nachfolgenden Empfehlungen basieren auf den Einschätzungen der Autoren und der interviewten Experten. Es konnten insgesamt sechs konkretisierte Handlungsempfehlungen formuliert werden. Diese Punkte sind als einzelne Massnahmen für die Sicherstellung und Förderung der medizinischen Gutachtenqualität zu verstehen. Es handelt sich also nicht um eine Gesamtstrategie, sprich ein ganzes Bündel von Massnahmen, die parallel angewendet werden müssen.

- 1) Die Massnahmen in Deutschland zur Sicherung bzw. Erhöhung der Qualität im Bereich von medizinischen Gutachten sind vielfältig. Einerseits sind die verwendeten Instrumente (insbesondere diverse Aus-, Weiter-, und Fortbildungen; diverse Leit- und Richtlinien) in unübersichtlichem Ausmass vorhanden, andererseits gibt es eine Vielzahl von Institutionen, die sich unkoordiniert mit dieser Thematik beschäftigen. Diese Verzettelung verhindert den Durchbruch von Qualitätssicherungsmassnahmen und fördert die Intransparenz bei der medizinischen Begutachtung. Die **nationale Koordination** der Bemühungen zur Sicherstellung und Erhöhung der Qualität von medizinischen Gutachten ist das zentrale Element für den Erfolg von Massnahmen.

Erst durch die Koordination kann eine einheitliche Strategie definiert und verfolgt werden, die einen nachhaltigen Effekt auf die Qualität der medizinischen Begutachtung hat. Die Schweiz sollte deshalb den Trend beibehalten. Die Ausbildung von Gutachtern in der Schweiz wird heute im Auftrag der FMH von der Swiss Insurance Medicine (SIM) vorgenommen. Dies garantiert schweizweit eine einheitliche Ausbildung, was mit einem einheitlichen Diplom bestätigt wird. Sollten in der Schweiz weitere Massnahmen zur Sicherung der Qualität im Bereich von medizinischen Gutach-

ten angestrebt werden, so ist eine nationale Delegation (analog zur SIM im Bereich Weiterbildung) anzustreben.

2) Den Auftraggebern von Gutachten sowie den Gutachtern selber helfen **verbindliche Dokumentationen (Richtlinien)** über wissenswerte Zusammenhänge bezüglich des betroffenen Versicherungszweigs und über krankheits-/beeinträchtigungsbezogene Hilfestellungen bei ihrer täglichen Arbeit. Es sollte sich dabei um eine Kombination von Checklisten, Formularen, Fragebogen und Informationsblättern für beide Parteien handeln. Diese Dokumentationen könnten modular kombinierbar sein. Ein Auftraggeber informiert sich beispielsweise vor der Erstellung des Auftrags anhand der vorhandenen Dokumentationen über den Versicherungszweig und die beschwerdespezifischen Unterlagen und sendet diese dann auch dem Gutachter mit, der sich seinerseits auch an diese verbindlichen Richtlinien zu halten hat. Die Veröffentlichung von freiwilligen Leitlinien kann dem Auftraggeber sowie dem Gutachter im Einzelfall behilflich sein, jedoch sind diese aufgrund ihrer Freiwilligkeit nicht geeignet, um eine definierte Qualität in der Summe der Fälle zu gewährleisten.

3) Unterschiedliche Aus- oder Weiterbildungscurricula können die Reputation von solchen Veranstaltungen behindern. Eine **Vereinheitlichung von Aus- und Weiterbildungsprogrammen** für medizinische Gutachter sorgt für die notwendige Transparenz über den Bildungsstand des Gutachters bei den auftraggebenden Institutionen. Die Zertifizierung eines Gutachters sollte bei der Vergabe von Gutachten berücksichtigt werden, wie dies bei Gerichtsfällen in Deutschland im Zusammenhang mit dem Strafrecht gehandhabt wird.

4) Moderne, managementorientierte Massnahmen werden in Deutschland diskutiert und sind heute teilweise im Einsatz. Die beiden innovativsten Ansätze sind ein **Peer-review Verfahren** und ein **Monitoring-/Benchmarkingsystem** für medizinische Gutachter. Beispielsweise werden in Peer-review-Verfahren bereits zertifizierte Gutachter nach ihrer Ausbildung weiterhin regelmässig beurteilt. Sie werden zur Einreichung von Gutachten aufgefordert, die danach von mehreren Expertinnen und Experten geprüft werden. Die auf diese Weise getesteten Gutachter könnten in einem Verzeichnis aufgeführt werden, welches den Auftraggebenden zur Verfügung steht.

Diese experimentellen Ansätze könnten sich in Zukunft weiterentwickeln und auch für die Schweiz relevant werden. Die Autoren empfehlen, diese Entwicklungen weiter zu betrachten oder aktiv Projekte zu lancieren, die diese beiden Ansätze analysieren und beurteilen, damit Aussagen über die Realisierbarkeit, über die Praktikabilität sowie über das Kosten-Nutzen-Verhältnis gemacht werden können.

5) Eine engere Zusammenarbeit zwischen den Auftraggebern von Gutachten und **internen oder externen medizinischen Dienstleistungsstellen** würde die Qualität bei der Auftragstellung verbessern. Solche Dienstleistungsstellen könnten in Anlehnung an die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) in Deutschland könnten den Sachbearbeitenden bei Kostenträgern und den Richtern zusätzlich zur Auftragserstellung auch bei der Evaluation der eingegangenen Gutachten behilflich sein. In gewissen Fällen können Gutachten direkt bei diesen internen oder externen medizinischen Dienstleistungsstellen veranlasst werden. Damit könnten sich die Auftraggebenden beispielsweise eine zweite Meinung einholen.

6) Die unsystematische, an persönliche Erfahrungen gebundene Vergabe von Gutachten bei vielen Gerichten und vielen Kostenträgern in Deutschland fördert nicht zwingend die Qualität von medizinischen Gutachten. Das Konzept hingegen, dass man von gemachten Erfahrungen mit einem Gutachter profitieren sollte, hat Potenzial und sollte breiter abgestützt werden. So könnte beispielsweise ein **elektronisches, internetbasiertes Verzeichnis** aller Gutachter je Fachgebiet mit einem Feedback- und Bewertungstool versehen werden. Auf diese Weise könnte dem Gutachter ein strukturiertes Feedback gegeben werden und Gutachter, die dies wünschen, könnten ihre Bewertungen öffentlich machen. Kompetente Gutachter könnten sich auf diese Weise auf diesem online Marktplatz positionieren. Die Ärzteschaft in der Schweiz könnte damit einem Qualitätsmanagement-Instrument des Bundes oder eines anderen Anbieters (z.B. Comparis) zuvor kommen. Es handelt sich dabei um einen gewagten Ansatz, der jedoch für die Auftraggebenden eine enorme Hilfe darstellen würde.

3. Analyse Frankreich

3.1. Vorgehensweise

In einem ersten Schritt wurden via Internetrecherche die rechtlichen Rahmenbedingungen der medizinischen Begutachtung in Frankreich eruiert. Im speziellen wurden dann die Grundlagen und praktische Anwendung der Expertise médicale conjointe erhoben. Zu diesem Zweck wurden Interviews mit Fachpersonen der Arédoc (Association pour l' Étude de la Réparation du Dommage Corporel, Paris) durchgeführt und die von der Arédoc, zur Verfügung gestellte Literatur (vgl. Literaturverzeichnis Kap. Frankreich) konsultiert. Im Bericht wird die Besonderheit des französischen Ansatzes dargestellt um herauszuarbeiten ob sich daraus Handlungsempfehlungen für die Begutachtungspraxis in der Schweiz entwickeln lassen

3.2. Ergebnisse

3.2.1. Gutachterqualifikation

Im Bereich der Begutachtung von Körperschäden sind in Frankreich nur zertifizierte Gutachter zur Begutachtung zugelassen. Die entsprechende Weiterbildung erfolgt auf universitärem Level und wird von verschiedenen Medizinischen Fakultäten angeboten. Es existieren drei unterschiedliche Curricula, die zu folgenden Abschlüssen führen: certificat d'aptitude à l'expertise du dommage corporel (CAPEDOC), le diplôme universitaire supérieur d'expertise médicale (DUSEM), und le diplôme universitaire d'aptitude à l'expertise médicale (DUAEM). Diese standardisierte und auf universitärem Level angesiedelte obligatorische Qualifikation für medizinische Gutachter wird in Frankreich als wichtiges Instrument zur Gewährleistung der gutachterlichen Unabhängigkeit und Sicherung einer hohen fachlichen Qualität der Gutachten gewertet (Namin).

3.2.2. Gutachtensformen

Die Situation der medizinischen Begutachtung in Frankreich unterscheidet sich in wesentlichen Aspekten von der Situation in der Schweiz und auch in Deutschland. Auffallend ist, dass offensichtlich die Phase und der Prozess der medizinischen Begutachtung, anders als im deutschsprachigen Raum, weit weniger als „absolut objektive Beweissuche und Beweiswürdigung“ verstanden wird, sondern stärker Aspekte

eines Mediationsverfahrens enthält. So ist es - egal um welche Form der Begutachtung es sich handelt - immer möglich, dass die Exploranden während der Begutachtung von einer Medizinerin oder einem Mediziner ihrer Wahl begleitet werden oder dass diese zumindest direkt eine Gutachtenskopie erhalten. Wieweit diese grundsätzlich eher auf Konsensfindung - respektive auf medizinischem Fachniveau angesiedelten Dissenserhebung – orientierte Form der medizinischen Begutachtung zu besseren, da akzeptierteren, rechtgleichen Resultaten führt, wäre in einer weiterführenden Studie zu untersuchen. Nachfolgend werden die Arten der Medizinischen Begutachtung in Frankreich im Bereich des Unfall- und Haftpflichtverfahrens einzeln und die „Expertise médicale conjointe“ als innovative Gutachtensform ausführlich dargestellt.

L'expertise unilaterale („einseitiges“ Gutachten)

Die Begutachtung wird von einem durch eine der beiden Parteien, in der Regel die Versicherung, beauftragten Gutachter erstellt. Die Begleitung durch einen frei gewählten Arzt/Ärztin ist zulässig, wobei dieser sich aber nicht zur Begutachtung äußert, sondern gegebenenfalls die versicherte Person im weiteren Verfahren berät und unterstützt.

La contre expertise (Zweit-/Gegengutachten)

Das Zweit-/Gegengutachten wird wiederum durch eine Partei in die Wege geleitet, wenn Punkte aus der Erstbegutachtung strittig sind.

L'expertise conjointe (gemeinschaftliches Gutachten)

Fälschlicherweise wird die „Expertise conjointe“ auch oft als „Expertise contradictoire“ (kontradiktorische Begutachtung) bezeichnet. Hier bezeichnen beide Seiten einen medizinischen Experten. Die beiden Experten untersuchen den Patienten gleichzeitig gemeinsam und erstellen ein gemeinsames Gutachten, indem festgehalten wird, welche Schlussfolgerungen von beiden Experten geteilt werden und wo Punkte bestehen bleiben, über die keine Einigkeit zu erzielen ist. Zu diesen Punkten wird unter Umständen eine weitere Drittextpertise eingeholt oder ein Schiedsverfahren oder ein Gerichtsverfahren in Gang gesetzt.

La tierce expertise (Drittexpertise)

Der Drittgutachter kann von den beiden medizinischen Experten der Expertise conjointe, von den beiden Parteien oder wenn dies nicht einvernehmlich möglich ist durch den Richter bezeichnet werden. Seine Aufgabe ist es die noch abweichenden Standpunkte der Experten zu einer Annäherung zu bringen und festzuhalten, wo eine gemeinsame Sichtweise möglich ist und wo nicht. Bei verbleibendem Dissens kommt es zu einem Schiedsverfahren oder einem gerichtlichen Verfahren.

L'arbitrage (Schiedsverfahren)

Das Schiedsverfahren im Rahmen von privaten Versicherungsverhältnissen ist ein vertraglich festgesetztes, abschliessendes Verfahren das für beide Parteien bindend ist und nicht weiter angefochten werden kann. Der Schiedsrichter oder das Schiedsgericht wird von den beiden Parteien einvernehmlich eingesetzt und entscheidet die offenen Fragen abschliessend.

L'expertise judiciaire

In jedem Fall können die Parteien auch die Einsetzung eines Gerichtsverfahrens beantragen. Die medizinischen Experten werden vom Richter frei ernannt, Sie werden aber in der Regel aus einer Liste spezialisierter medizinischer Expertinnen und Experten, welche bei den Gerichten eingeschrieben sind ausgewählt. Im Zivilverfahren hat die Partei, welche die medizinische Begutachtung beantragt die Kosten für die medizinische Begutachtung beim Gericht zu hinterlegen.

3.2.3. L'expertise conjointe Detailbeschreibung

Das gemeinschaftliche Gutachten wurde in Frankreich als gesetzliche Möglichkeit mit dem sogenannten Loi Badinter (Gesetz vom 5. Juli 1985) eingeführt. Das Gesetz regelt die Entschädigung von Verkehrsunfallopfern und hatte zum Ziel diese Verfahren massiv zu beschleunigen und die Situation der Opfer von Strassenverkehrsunfällen massiv zu verbessern. Das Verfahren wird als sehr erfolgreich gewertet, denn über 90% der Strassenverkehrsunfälle lassen sich so aussergerichtlich erledigen (L'Expertise medicale contradictoire en France, Arédoc 2005).

Als Rahmenbedingungen gelten gemäss französischem Versicherungsrecht die folgenden Verfahrensbestimmungen: „Der Versicherer unterrichtet die geschädigte Person mindestens zwei Woche vor der Untersuchung über die Person und die

Fachrichtung des beauftragten Gutachters, den Inhalt sowie Datum und Ort der Untersuchung. Gleichzeitig unterrichtet er die geschädigte Person, dass sie sich durch einen Arzt ihrer Wahl begleiten lassen kann“ (Codes des Assurances, 27.2.1958). Damit dieses Begleitrecht zu einer effektiven gemeinschaftlichen Begutachtung wird, braucht es eine entsprechende Erklärung beider Parteien, ansonsten bleibt die Begutachtung unilateral mit den oben erwähnten Beteiligungsrechten der geschädigten Person. Erst mit der gemeinsamen Erklärung eine expertise conjointe durchzuführen, wird der Arzt oder die Ärztin, welche der Patient ausgewählt hat auch zum medizinischen Begutachter. Der Gutachter des Patienten kann von diesem frei gewählt werden. Dies kann der behandelnde Arzt oder sein oder - in praxi weit häufiger – ein spezialisierter Gutachter, der auf Listen von Patientenvereinigungen eingeschrieben ist. Die beiden Gutachter können weitere Fachexperten beiziehen, wenn sich dies als notwendig erweist.

Form und Inhalt der medizinischen Expertise werden stark vereinheitlicht nach einer sehr detaillierten, 20 Punkte umfassenden Richtlinie erstellt, auf welche sich die französischen Versicherer geeinigt haben (Chappuis/Hermann). Es handelt sich um die „Grundsätze für ärztliche Begutachtungen“ auf der Basis einer Vorlage der Arédoc. Dies umfassen im wesentlichen folgende Aspekte:

- die Beschreibung des Gesundheitszustandes der geschädigten Person vor dem Unfall,
- das Zusammenwirken des Vorzustandes mit den Unfallverletzungen,
- die Auswirkungen der Unfallverletzungen
- die medizinischen Grundlagen welche für die Nachweise angewendet werden
- die Kausalitätsüberlegungen
- die Bewertung der Schadenspositionen

Die Richtlinien (vgl. Anhang 5) enthalten detaillierte Anweisungen, mit welchem Aufwand die Abklärungen zu betreiben sind und zu welchen Punkte sich die Gutachter zu äussern haben. Die Richtlinien stellen damit fundierte inhaltliche Guidelines dar und zeigen, wie die Aufnahme der Unfallumstände unter Würdigung der Schilderungen der geschädigten Person zu erfolgen hat. Diese Anweisungen richten sich gleichermaßen an beide medizinischen Experten. Die Bewertung der dauernden Beeinträchtigung der körperlichen und psychischen Integrität erfolgt medizinisch-theoretisch anhand einer im aussergerichtlichen Verfahren anerkannten Tabelle „Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun“.

Die Experten führen die Begutachtung gemeinsam nach diesen Richtlinien durch und erstellen ein gemeinsames Gutachten. Dieses hat gemäss Versicherungsgesetz innert 20 Tagen nach der Untersuchung fertig gestellt und den Parteien zugestellt zu werden. Abweichende Sachverhaltsbeurteilungen und medizinische Schlussfolgerungen, über die keine Einigung erzielt werden kann, werden ausführlich mit den Begründungen der Meinungsverschiedenheiten dargelegt. Ebenso wird ein Vorschlag für die weitere Bearbeitung der Diskrepanzen gemacht. Damit wird die Grundlage geschaffen, dass im nächsten Verfahrensschritt, sei es durch eine medizinische Fachdrittmeinung, sei es durch ein Schiedsverfahren, sei es durch eine gerichtliche Expertise basierend auf dem bisher Erreichten weitergearbeitet werden kann. Die Evaluation der in den letzten Jahren mit der gemeinschaftlichen Begutachtung gemachten Erfahrungen zeigen die folgenden Qualitätsmerkmale als wesentlich für den Erfolg dieser Gutachtensmethode:

- Auswahl der Gutachter: unabhängige, qualifizierte Gutachter mit Fachkompetenz bezüglich unfallbedingter Personenschäden und bezüglich Methodik der Schadensbemessung
- fundierte klinische Untersuchung der geschädigten Person
- gemeinsame Diskussion der erhobenen Befunde
- gut begründete Kausalitätsdarlegungen

3.2.4. L'Expertise conjointe – erste Erfahrungen in der Schweiz

Die rechtlichen Rahmenbedingungen in der Schweiz stehen der Implementierung einer gemeinschaftlichen Begutachtung eher entgegen. So hat das Bundesgericht in ständiger Praxis im Rahmen des Sozialversicherungsrechts die Begleitung einer versicherten Person durch einen Arzt ihrer Wahl untersagt (Urteil Bger. V. 7.8.2007, I 991/06). Dennoch gibt es einen ersten interessanten Versuch der Basler-Versicherungsgesellschaft, Basel die Expertise conjointe – angepasst auf die spezifisch schweizerischen Verhältnisse - in komplexen Fällen im aussergerichtlichen Verfahren einzusetzen (vgl. Chappuis/Hermann, S. 18ff). Als mögliche Hauptvorteile des Verfahrens werden im Rahmen dieses Pilotprojektes die folgenden Punkte aufgeführt:

- keine strittige Auswahl der Gutachter mehr
- Unmittelbarkeit der Begutachtung und Diskussionsmöglichkeit der Experten
- bessere Akzeptanz unterschiedlicher medizinischer Auffassungen

- Vereinfachung und Beschleunigung des Begutachtungsverfahrens
- Reduktion der Begutachtungskosten

Das Verfahren wurde in zwei Arztthaftpflichtfällen und einem Fall, wo es um das Zusammenwirken von Unfallfolgen und nachfolgender Erkrankung ging, angewendet. In Berücksichtigung der Tatsachen, dass in der Schweiz kein etabliertes, durch rechtliche Rahmenbedingungen in Leitlinien gefasstes Verfahren für eine derartige gemeinschaftliche Begutachtung existiert, wurden insbesondere die folgenden „prozessorientierte“ Kriterien als Erfolgsfaktoren herausgearbeitet:

- einzelfallorientierte Erarbeitung der Begutachtungsmodalitäten unter Einbezug der von den Parteien bezeichneten ÄrztInnen
- konstruktives Verhandlungsklima unter allen Beteiligten, insbesondere den beteiligten Fachspezialisten, den GeschädigtenanwältInnen und den Versicherern
- interdisziplinäres Vorgehen zwischen MedizinerInnen und JuristInnen
- gemeinschaftliches Verfahren vor Positionsverfestigung durch ein erstes schriftliches Gutachten.

3.3. Diskussion : Internationale Ansätze – Frankreich

Die klare Fokussierung der medizinischen Begutachtung auf eine möglichst objektivierte medizinische Erhebung im Sinne einer vereinheitlichten Beweismwürdigung hat unter dem Aspekt der Qualitätssicherung in den letzten Jahren grosse Verbesserungen in der medizinischen Begutachtung in der Schweiz gebracht. Sie hat dazu beitragen können, dass medizinische Gutachten fundierter und rechtsgleicher vorgenommen werden (vgl. dazu das verbesserte Qualitätsergebnisse dieser Studie im Vergleich mit der Studie Ludwig, „Gutachtenqualität im Unfallversicherungsbereich“).

Wie alle zur Qualitätssicherung medizinischer Gutachten vorliegende Expertise zeigt aber auch die vorliegende Studie, dass in einer derart komplexen, interdependenten Fragestellung, wie es medizinische Gutachten sind, ein Anspruch auf „objektive Wahrheit“ nicht immer abschliessend zielführend sein kann. Dies umso weniger, als in jedem strittigen – und letztlich auch im nichtstrittigen Verfahren – ein Transfer und eine Übersetzung erfolgen muss, zwischen medizinischer Tatsachenerhebung und Würdigung und darauf fussender abschliessender rechtlicher Schlussfolgerung z.B. im Rahmen der Festlegung von Leistungsansprüchen. Verständnis- und Überset-

zungsschwierigkeiten zwischen Recht und Medizin sind mit ein Grund für die stetige Zunahme der strittigen Verfahren in der schweizerischen Sozialversicherung.

Der französische Ansatz einer grundlegend anderen Gewichtung der Rolle der medizinischen Expertise und damit auch des medizinischen Gutachters – hin zu einer fachlich begründeten, prozess- und konsensorientierten gemeinsamen Abarbeitung der offenen divergenten Punkte sollte in jedem Fall als wertvolle Erweiterung des Gutachtensansatzes in der Schweiz aufgegriffen werden. Gerade im Bereich des Arzthaftpflichtrechts oder auch bei komplexen Unfallabfolgen könnte der Ansatz grundlegende Verbesserungen für alle Beteiligten bringen. Es wird empfohlen, die Anwendbarkeit im Rahmen von Pilotfällen, eventuell auch im Rahmen einer begleitenden Studie nicht nur in der Privatversicherung sondern auch in der Sozialversicherung auszutesten.

Literaturverzeichnis

Teilprojekt 1/2: Empirie/Quantität und Prozesse

1. Barber JA, Thompson SG. Analysis and interpretation of cost data in randomised controlled trials: review of published studies. *BMJ* 1998;317(7167):1195-200.
2. Grady C. Quality improvement and ethical oversight. *Ann Intern Med* 2007;146(9):680-1.
3. Tarmed Suisse. TARMED Tarif-Browser [<http://www.tarmedsuisse.ch/86.html>] accessed 20 December 2008
4. Mumenthaler M. Grundsätzliches zum ärztlichen Unfallgutachten. *Schweiz. Ärztezeitung* 2001;82(28):1521-1524.
5. Ludwig C. Anforderungen an Gutachten - Anforderungen an Gutachter. *Schweiz. Ärztezeitung* 2006;87(23):1035-1036.
6. König-Ouvrier I. Divergenzen zwischen juristischer Zielvorstellung und sachverständiger Begutachtung - ein unüberwindbarer Zwiespalt? *Med Sach* 2004;100(4):137-138.
7. Hansis ML. Begutachtung vorgeworfener ärztlicher Behandlungsfehler - "das gute Gutachten". *Med Sach* 2006;102(1):10-15.
8. Becher S. Medizinische Gutachtenqualität. *Versicherungsmedizin* 2005;57(Heft 2):78-82.
9. Bär E, Meine J, Vogt W. Qualitätsstandards für ärztliche Gutachten im Bereich der Unfallversicherung. *Suva - Med. Mitteilungen* 1999;71:64-67.
10. Meine J. Die ärztliche Unfallbegutachtung in der Schweiz - Erfüllt sie die heutigen Qualitätsanforderungen? *Swiss Surg* 1998;4:53-57.
11. Blindenbacher E. Was erwartet der Jurist vom medizinischen Gutachter? *Arzt und Praxis* 1997(2):28-33.
12. Ludwig C. Gutachtenqualität im Unfallversicherungsbereich. *Suva - Med. Mitteilungen* 2006(77):5-16.

Teilprojekt 3: Qualität

1. Bundesgerichtsentscheid BGE 125 V 351 (EVG, 6.11.1990)
2. Ludwig C. Anforderungen an Gutachten – Anforderungen an Gutachter. *Schweiz. Ärztezeitung* 2006; 87(23):1035-1036.
3. Ludwig C. Gutachtenqualität im Unfallversicherungsbereich, *Suva – Med. Mitteilungen* 2006(77): 5-16
4. Mumenthaler M.: Grundsätzliches zum ärztlichen Unfallgutachten. *SAeZ*, 2001; 82: Nr. 28, 1521-1524
5. Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie, Arbeitsgruppe Versicherungsmedizin: Leitlinien für die Begutachtung rheumatologischer Krankheiten und Unfallfolgen. *SAeZ*, 2007; 88: 17, 736-742.
6. Schweizerische Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie, Schweizerische Vereinigung ärztlicher Gutachter in Versicherungsfragen bei psychischen und psychosomatischen Störungen: Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen. *SAeZ*, 2004; 85: Nr 20, 1048-1051
7. Riemer-Kafka G. et al: Versicherungsmedizinische Gutachten
8. Fredenhagen H.: Das ärztliche Gutachten - Leitfaden für die Begutachtung im Rahmen der sozialen und privaten Unfall- Kranken- und Rentenversicherung
9. Die neurologische Begutachtung (Siegel/Fischer)
10. AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften)
11. Qualitätsanalyse des ärztlichen Gutachtens, Prüfbogen der deutschen Rentenversicherung
12. Ott W., Bögli M: Das medizinische Gutachten in HAVE, *Personen-Schadenforum* 2006, Tagungsbeiträge, Basel 2006
13. R Development Core Team. 2008: R: A Language and Environment for Statistical Computing. R. Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0.
14. Yan, J. & Fine, J. 2004: Estimating equations for association structures. *Statistics in Medicine*.

Teilprojekt 4: Internationale Ansätze

Deutschland

- Becher St. (2005). Medizinische Gutachtenqualität. *Versicherungsmedizin*. 57, 78-82.
- Combach R. (2000). Die Regulierungspraxis der Versicherungen. *Deutsches Ärzteblatt*. 97, 75.
- Ehlers A. (2005). Einführung. In: Ehlers A. (ed) *Medizinisches Gutachten im Prozess*. München: Verlag C.H.Beck.
- Fligg H.-K. (2008) Interview zur medizinischen Gutachtensituation in Deutschland aus der Sicht des Landessozialgerichts Hamburg
- Fritze E. (2001). In: Fritze E., May B., et al. (Ed.), *Die ärztliche Begutachtung*. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Fritze J. (2008) Interview zur medizinischen Gutachtensituation in Deutschland aus der Sicht des Verbands der privaten Krankenversicherung (PKV)
- Günter H. (2005). Das medizinische Gutachten im Strafprozess gegen den Arzt. In: Ehlers A. (ed) *Medizinisches Gutachten im Prozess*. München: Verlag C.H. Beck.
- Regenauer A. (2008) Interview zur medizinischen Gutachtensituation aus Sicht des Deutschen Vereins für Versicherungswirtschaft
- Ruland F. (2000) Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung - Hinweise zur Begutachtung. *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger*
- Schlund G. H. (2005). Das medizinische Gutachten im Zivilprozess. In: Ehlers A. (ed) *Medizinisches Gutachten im Prozess*. München: Verlag C.H. Beck.
- Schlungbaum W. (1996). *Ärztliche Begutachtung - Fortbildung für Juristen und Ärzte*. *Deutsches Ärzteblatt*. 93, 1395-1396.
- Staak M. (o.J.). *Die ärztliche Begutachtung*. Deutscher Ärzte-Verlag.
www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id=6548.
- Stevens-Bartol E. (2005). Das medizinische Gutachten im Sozialgerichtsprozess. In: Ehlers A. (ed) *Medizinisches Gutachten im Prozess*. München: Verlag C.H. Beck.
- Weise K. (2008) Interview zur medizinischen Gutachtensituation in Deutschland aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie

Frankreich

- Béjui-Hugues Dr. Hélène, l'expertise médicale contradictoire en France, (www.aredoc.com/nos-publications)
- Cahiers de la Société Française de Médecine d'Expertise, 2006, *Méthodologie pour une expertise de qualité*, no 3, 79p.
- Chappuis Guy / Herrmann Jan (2008), *Das gemeinschaftliche medizinische Gutachten – Ein vielversprechender Weg*, *Strassenverkehrsrechtstagung 2008*
- Hamonet Pr. Claude/Dr. Magalhaes Teresa *Méthodologie abrégée de l'expertise medicale judiciaire en France appliqué au dommage corporel* (www.anmsr.asso.fr/anmsr00/49/hamonet.html)
- Namin, Lionel (2008), *L'indépendance des experts d'assurance*, *Experts spécial 20 ans*, 2008 mars – pp 36 à 39)
- Olivier M. *Le rapport d'expertise judiciaire et le principe de la contradiction*, *Experts*, 2007, no 77, p5-6

Management Summary

Plädoyer, Magazin für Recht und Politik, *Das Millionengeschäft der IV-Gutachter*, 3/09, S9

Anhang 1: Internetbasierter Fragebogen zu TP1/2

Anhang 2: Zusammensetzung Gremien

Anhang 3: Qualitätsraster zur Gutachtensevaluation TP 3

Anhang 4: Interviewleitfaden Deutschland

**Anhang 5: Mission Droit Commun 2006,
Richtlinie „Grundsätze für ärztliche Begutachtungen“ Frankreich**

Anhang 1: Internetbasierter Fragebogen zu TP1/2

Studie zur Situation medizinischer Begutachtungen in der Schweiz

Ziel der Studie ist es, die aktuelle Situation bei medizinischen Begutachtungen in der Schweiz zu erfassen. Mit der Beantwortung der Fragen helfen Sie mit, die Grundlage für all-fällige Verbesserungsvorschläge zu schaffen.

Erfasst werden alle schriftlichen medizinischen Gutachten, die zwischen dem 1. Februar und dem 30. April 2008 bei den an der Studie beteiligten Sozial- und Privatversicherungen der Schweiz eingehen, unabhängig vom Datum ihrer Auftragserteilung.

Eingeschlossen sind folgende schriftliche „medizinische Beurteilungen“ (mit oder ohne Patientenkontakt): Gerichtsgutachten, Obergutachten, Gutachten (im engeren Sinne), Aktengutachten (nicht zu biomechanischen Fragestellungen).

Ausgeschlossen sind Gutachten zu biomechanischen Fragestellungen, medizinische Stellungnahmen, Verlaufs- und Zwischenberichte, Arztzeugnisse.

Die Fragen betreffen das Gutachten selbst und den Prozess des Begutachtungsauftrags. Der Fragebogen sollte von der Person ausgefüllt werden, die das Gutachten in Auftrag gegeben hat (und es in der Regel nach Eingang wieder empfängt).

- Bitte beantworten Sie alle nachfolgenden Fragen der Eingabemaske.
- Zeitaufwand der Erfassung: 15-20 Minuten (abnehmend mit Erfahrungswerten)
- Alle Fragen beziehen sich auf ein einziges Gutachten

Für Rückfragen bei Unklarheiten steht Ihnen unsere Hotline unter Tel. 058 934 78 59 (eMail: klaus.eichler@zhaw.ch) oder Tel. 058 934 70 35 (eMail: holger.auerbach@zhaw.ch) zur Verfügung.

Bei Personenbezeichnungen sind immer beide Geschlechter gemeint. Zur Vereinfachung der Fragen wird hier immer die männliche Form aufgeführt.

A. Allgemeine Angaben

A1 Bitte geben Sie Ihren Nachnamen und Vornamen ein:

Nachname: _____ Vorname: _____

A.2 Welches ist die Auftrag gebende Organisation für das Gutachten, für das der folgende Fragebogen ausgefüllt wird?

- UVG: Suva
- UVG: Private Versicherungsgesellschaft
- IV: Kantonale IV-Stelle
- Pensionskasse
- Haftpflichtversicherer: Motorfahrzeug
- Haftpflichtversicherer: Betriebs-/oder Berufshaftpflicht
- Haftpflichtversicherer: Privathaftpflicht
- Krankentaggeldversicherer nach KVG
- Krankentaggeldversicherer nach VVG
- anderer Unfall- oder Haftpflichtversicherer (z. B. Privatversicherer)
- anderer Kranken- oder Invaliditätsversicherer (z. B. Privatversicherer)

A.3 Bitte geben Sie die versicherungsinterne Identifikationsnummer des Gutachtens an (also diejenige Nummer, die das Gutachten eindeutig identifiziert, so dass man Originalgutachten und Dossier wieder findet)

(Für Gutachten der IV: Bitte die Nummer der „Mitteilung an die versicherte Person“ eingeben, NICHT die AHV-Nummer)

Identifikationsnummer des Gutachtens: _____

A.4 Haben Sie bereits Gutachten in diesen Fragebogen eingegeben?

- Ja Nein

A.5 Welche Funktion haben Sie in Ihrem Unternehmen?

- Schadensachbearbeiter
- Vorgesetzter
- Medizinische Fachstelle des Versicherers
- Juristische Fachsstelle des Versicherers
- Andere welche: _____

A.6 Wie viele Erfahrungsjahre haben Sie in dieser oder einer ähnlichen Funktion bei einer Versicherung?

- Jahre

A.7 Wie lautet Ihre E-Mail-Adresse für eventuelle Rückfragen? _____

A.8 Wie lautet der Name und die Adresse Ihrer Organisation (mit genauer Angabe ob Zentrale Stelle, Agentur oder Zweigstelle)?

1. Angaben zum medizinischen Gutachter

1.1 Institutionstyp: Welchem Institutionstyp sind der oder die medizinischen Gutachter am ehesten zuzuordnen? (nur 1 Antwort möglich)

- Praxis (niedergelassene Ärztin oder Arzt mit Praxis)
- Spital (Bezirksspital, Regionalspital, Kantonsspital, Universitätsspital)
- Gutachtensinstitution: Medas
- Gutachtensinstitution: andere
- Anderer Institutionstyp welcher: _____

1.2 FMH-Kategorie: Welcher FMH-Kategorie ist oder sind die medizinischen Gutachter zuzuordnen? (hier Mehrfachnennung bei polydisziplinären Begutachtungen möglich)

- Psychiatrie
- Rheumatologie
- Neurologie
- Neuropsychologie
- Orthopädie
- Allgemeine/ Innere Medizin
- Chirurgie
- Andere welche: _____

2. Angaben zum Gutachten

(jeweils nur 1 Antwort möglich)

2.1 Gutachtenkategorie: Bitte kategorisieren Sie das zu bewertende Gutachten:

- Gutachten mit Patientenkontakt
- Gutachten ohne Patientenkontakt (Aktengutachten)
- andere Art des Gutachtens welche: _____

2.2 Schwierigkeitsgrad des Gutachtens: Bitte wählen Sie die Ihrer Einschätzung nach am ehesten zutreffende Kategorie aus: (als Beispiel sind hier die Tarmed-Kategorien aufgeführt)

- Kurzes Aktenstudium; Zeitaufwand circa 60 Minuten
- Gutachten mittlerer Schwierigkeit, einfache Recherche, Zeitaufwand circa 180 Minuten
- Gutachten hoher Schwierigkeit, aufwändige Recherche, Zeitaufwand circa 240 Minuten
- Gutachten überdurchschnittlicher Schwierigkeit, komplexe Aktenlage, sehr aufwändige Recherchen, Zeitaufwand circa 420 Minuten
- Gutachten von ausserordentlich hoher Schwierigkeit, ungewöhnlich umfangreiche Recherchen, hohe Schwierigkeit der gutachterlichen Überlegungen, Aufwand nicht determiniert
- Nicht beurteilbar

2.3 Frühere Gutachten: Wie viele Gutachten wurden im gleichen Versicherungsfall für die begutachtete Person bereits erstellt (inkl. das hier befragte Gutachten)?

- Nur dieses erste Gutachten
- 2-3 Gutachten
- 4 oder mehr Gutachten
- Weiss ich nicht

3. Angaben zum Patienten

3.1 Geschlecht des Patienten:

- Männlich Weiblich

3.2 Alter des Patienten (zum Zeitpunkt der Begutachtung):

Jahre

Achtung:

Für Unfall- und Haftpflichtversicherer oder andere an ein Schadensereignis anknüpfende Versicherungen: → bitte gehen Sie zu Frage 3.3

Für Kranken- und Invaliditätsversicherer und andere nicht an ein unmittelbares Schadensereignis anknüpfende Versicherungen: → bitte gehen Sie zu Frage 3.4

3.3 Wann ist das Schadenereignis, dessen Folgen im Gutachten befragt werden, eingetreten?

(Bitte mindestens das Jahr, wenn möglich auch den Monat angeben.)

Jahr: □□□□ Monat: □□ *(Datum gilt für Schadenereignis)*

→ bitte direkt weiter mit Frage 3.5

3.4 Wann ist die Arbeitsunfähigkeit, die im Gutachten befragt wird, erstmals eingetreten?

(Bitte mindestens das Jahr, wenn möglich auch den Monat angeben.)

Jahr: □□□□ Monat: □□ *(Datum gilt für Beginn der Arbeitsunfähigkeit)*

3.5 Frühere Beschäftigungssituation: Was war die vor 3.3 oder 3.4 zuletzt ausgeübte Tätigkeit der begutachteten Person? *(Angabe der Hauptaufgabe oder wesentlichen Beschäftigung; nur 1 Antwort möglich)*

- selbständig
- angestellt (Hilfsfunktion)
- angestellt (Fachfunktion)
- angestellt (Kaderfunktion)
- andere (z.B. nicht angestellte Hausfrau/Hausmann, Stellensuchend, in Ausbildung)

3.6 Beschäftigungssituation im Zeitpunkt der Begutachtung *(Angabe der Hauptaufgabe oder wesentlichen Beschäftigung; nur 1 Antwort möglich)*

- noch in derselben Funktion/Tätigkeit wie in 3.5 angegeben
- andere Anstellung oder Selbständigkeit
- keine Erwerbsbeschäftigung und nicht Stellensuchend
- Stellensuchend

3.7: Chronische lumbale Rückenschmerzen: Wird im Gutachten für den Patienten eine Diagnose in diesem Bereich gestellt?

(Bitte mit „Ja“ antworten, falls eine oder mehrere der folgenden, geläufigen Diagnose-Bezeichnungen aufgeführt sind, unabhängig von der Bedeutung der Diagnose für die Arbeitsfähigkeit.)

- Lumbo-vertebrales Syndrom
- Lumbo-spondylogenes Syndrom
- Vertebro-spondylogenes Syndrom
- Lumbago (Hexenschuss)
- Chronischer Ischias

(Falls im Gutachten genaue ICD-10 Diagnosen verwendet werden, finden Sie die entsprechenden Diagnosen im Anhang des Manuals!)

Ja Nein

3.8: Generalisiertes Schmerzsyndrom: Wird im Gutachten für den Patienten eine Diagnose in diesem Bereich gestellt?

(Bitte mit „Ja“ antworten, falls eine oder mehrere der folgenden, geläufigen Diagnose-Bezeichnungen aufgeführt sind, unabhängig von der Bedeutung der Diagnose für die Arbeitsfähigkeit.)

- Generalisiertes Schmerzsyndrom
- Fibromyalgie
- Generalisiertes Crampsyndrom
- (Schmerzbedingte) Symptomausweitung
- Somatoforme Schmerzstörung

(Falls im Gutachten genaue ICD-10 Diagnosen verwendet werden, finden Sie die entsprechenden Diagnosen im Anhang des Manuals!)

Ja Nein

4. Schadenhöhe

4. Netto-Schadenhöhe: Wie hoch ist im vorliegenden Fall die maximale Netto-Versicherungsleistung / Schadenhöhe / Schadensschätzung gemäss Ihren gesellschaftsinternen Richtlinien, welche mutmasslich zu Lasten Ihrer Institution geht (also nach Abzug allfälliger Regresseinnahmen)?

(Bei Gutachten, welche im gemeinsamen Auftrag verschiedener Institutionen erteilt wurden, bitte nur den für Ihre Gesellschaft verbleibenden Nettobetrag angeben.

Bitte Gesamtschadensumme nach der folgenden Grobberechnung angeben.)

(nur 1 Antwort möglich)

Taggeldversicherer: maximale Taggelddauer mal versicherter Lohn
IV: Taggelder, Massnahmen und Rentenleistungen bis Eintritt AHV
UVG: Taggelder, Massnahmen, Integritätsentschädigung, Heilungskosten und zu erwartende Gesamtrennleistungen
PK: Gesamtrennleistungen
Haftpflicht: geschätzte Gesamtschadensumme gemäss Einschätzung der Haftpflichtversicherung
Privatversicherer: Leistungen gemäss Vertragspolice

- bis 50'000 CHF
- 50'000 bis 100'000 CHF
- 100'000 bis 250'000 CHF
- 250'000 bis 500'000 CHF
- 500'000 bis 1'000'000 CHF
- 1'000'000 bis 2'000'000 CHF
- 2'000'000 bis 5'000'000 CHF
- über 5'000'000 CHF

- nicht einschätzbar

5. Beauftragung des Gutachtens und Koordination

(jeweils nur 1 Antwort möglich)

5.1 Auftragserteilung: Wer hat das hier zu beurteilende Gutachten in Auftrag gegeben?

- Schadensachbearbeiter selbständig
- Schadensachbearbeiter nach Rücksprache mit Vorgesetztem oder Fachperson
- Medizinische Fachstelle des Versicherers
- Juristische Fachstelle des Versicherers
- Andere welche: _____

5.2 War die Aktenlage für die medizinischen Gutachter bei Erteilung des Gutachtenauftrags gemäss Ihrer Einschätzung kontrovers?

- Ja
- Nein
- Nicht beurteilbar
- Es gab keine Vorakten

5.3 Vollständigkeit der Aktenlage: Wie war die gesamt Aktenlage (inkl. Vor-Aktenlage) für die medizinischen Gutachter bei Erteilung des Gutachtensauftrags gemäss Ihrer Einschätzung?

- Gut: Alle für die medizinische Beurteilung relevanten Akten vorhanden, vollständig und aktualisiert.
- Genügend: Wichtigste Akten für die medizinische Beurteilung vorhanden.
- Eventuell unvollständig: Ich kenne nicht alle medizinischen Fachpersonen, bei denen die versicherte Person behandelt wurde, eventuell fehlen relevante Unterlagen.
- Nicht beurteilbar

5.4 Zuständigkeiten anderer Versicherer:

Wie wahrscheinlich ist es, dass andere Versicherer für den gleichen Schadenfall oder für den gleichen Zeitraum, den sie mit diesem Gutachten abklären, ebenfalls ihre Leistungspflicht abklären müssen?

- | | | | |
|-------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sicher | <input type="checkbox"/> Wahrscheinlich | <input type="checkbox"/> Ausgeschlossen | <input type="checkbox"/> Nicht bekannt |
| ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |
| <i>(bitte weiter mit Frage 5.5)</i> | | <i>(bitte weiter direkt mit Frage 6.1)</i> | |

5.5 Falls „sicher“ oder „wahrscheinlich“ in Frage 5.3:

Welche Koordination bestand hinsichtlich des Gutachtensauftrages?

(hier Mehrfachnennungen möglich)

- Gemeinsamer Gutachtensauftrag
- Gutachten mit Ergänzungsfragen durch andere Versicherung
- Information über Begutachtung an andere Versicherung
- Information an Gutachter über Bestehen einer anderen Versicherung
- Koordination mit Anwalt/Anwältin der begutachteten Person
- Versuch zur Koordination ohne Erfolg
- Keine Koordination
- Nicht beurteilbar

6. Ergebnis

6.1 Bearbeitungsdauer des Gutachtens:

6.1.1 Datum der Auftragserteilung: (TT-MM-JJJJ)

6.1.2 Datum des ersten Patientenkontakts:
(bei Gutachten mit Kontakt) (TT-MM-JJJJ)

6.1.3 Datum des Eingangs des Gutachtens beim Versicherer: (TT-MM-JJJJ)

6.2 Umfang des Gutachtens: Wie viele A4-Seiten umfasst das Gutachten?

Seiten

6.3 Kosten des Gutachtens: Was hat die Erstellung des Gutachtens gekostet?

Gesamtpreis (in ganzen CHF) Nicht bekannt

6.4 Ihre Gutachtenbewertung:

Bitte geben Sie nachfolgend Ihre *persönliche Einschätzung der Auftragserledigung* durch die medizinischen Gutachter wieder: *(jeweils nur 1 Antwort möglich)*

6.4.1 Einbezug der Information aus den Vorakten:

- Vorakten zu wenig berücksichtigt
- Vorakten ausreichend berücksichtigt
- Nicht beurteilbar

6.4.2. Formale Gliederung von "Anamnese", "Befunderhebung" und "Diagnose":

- formal gut gegliedert
- formal schlecht gegliedert
- Nicht beurteilbar

6.4.3. Inhaltliche Darlegung von "Anamnese", "Befunderhebung" und "Diagnose":

- inhaltlich klar dargelegt
- inhaltlich unklar dargelegt
- Nicht beurteilbar

6.4.4 Beantwortung der gestellten Fragen:

- Vollständig
- Nicht vollständig
- Nicht beurteilbar

6.4.5. Schlussfolgerungen des Gutachters:

- Gut begründet und nachvollziehbar
- Schlecht begründet und nicht ausreichend nachvollziehbar
- Nicht beurteilbar

6.4.6. Rückfragen:

Müssen gemäss Ihrer heutigen Einschätzung Rückfragen zum Gutachten an den Gutachter gestellt werden?

- Nein
- Ja
- Nicht beurteilbar

6.4.7 Umfang des Gutachtens: (Siehe Frage 6.2)

- Zu kurz
- Gerade richtig
- Zu lang
- Nicht beurteilbar

6.4.8 Dauer der Bearbeitung des Gutachtens:

(Gesamtes Zeitintervall von Auftragserteilung bis Eingang des Gutachtens; siehe Frage 6.1)

- Bearbeitungsdauer angemessen lang
- Bearbeitungsdauer zu lang
- Nicht beurteilbar

6.4.9 Preis im Verhältnis zur Qualität des Gutachtens:

Ist das Gutachten „seinen Preis wert“? (siehe Frage 6.3)

- Ja
- Teilweise
- Nein
- Nicht beurteilbar

6.4.10 Ihre Gesamt-Zufriedenheit mit der Auftragserledigung:

- Sehr zufrieden
- Zufrieden
- Nicht zufrieden
- Nicht beurteilbar

Sobald Sie auf „Weiter“ klicken, werden Ihre Daten abgespeichert und in unsere Datenbank übertragen. Sie können dann diesen Datensatz nicht mehr ändern.

Falls Sie Rückfragen zur Studie haben, wenden Sie sich an Herrn Dr. Holger Auerbach, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (eMail: holger.auerbach@zhaw.ch; Tel.: 058 934 70 35) oder Frau Yvonne Bollag, Academy of Swiss Insurance Medicine, asim, Universitätsspital Basel (eMail: ybollag@uhbs.ch; Tel.: 061 265 55 68).

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!
Holger Auerbach (WIG) und Yvonne Bollag (asim)

Anhang 2: Zusammensetzung Gremien

1. Projektleitungsausschuss Gesamtstudie

Prof. Dr. oec. HSG Urs Brügger, Leiter Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, ZHAW
Prof. Niklaus Gyr, Ärztlicher Leiter asim, Basel
Dr. med. Bruno Soltermann, Chefarzt SVV, Präsident SIM, Zürich

2. Expertenboard Gesamtstudie

Peter Birchler, Leiter medizinischer Dienst und Case Management Axa Winterthur, Winterthur
Dr. med. Jörg Jeger, Chefarzt Medas, Luzern
Dr. med. Christian Ludwig, Chefarzt Suva, Luzern
Dr. iur., M.A. Hans-Jakob Mosimann, Richter am Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, Dozent Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften
Dr. med. Ines Rajower, Verantwortliche für Versicherungsmedizin IV, Bundesamt für Sozialversicherung, Geschäftsfeld Invalidenversicherung Bern
lic. iur. Markus Schmid, Anwalt, Basel

3. Zusammensetzung des Experten- und Reviewergremiums zu Teilprojekt 3

Experten:

Prof. A. Aeschlimann, Ärztlicher Direktor / Chefarzt Rheumatologie, RehaClinic, Bad Zurzach
PD Dr. J. Benthien, Oberarzt, Behandlungszentrum Orthopädie, Universitätsspital Basel
Prof. H. Bucher, Chefarzt, Klinische Epidemiologie, Universitätsspital Basel
Prof. H. U. Fisch, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Bern
Prof. H. Gündel, Ärztlicher Direktor, Med. Hochschule Hannover, Abt. für Psychosomatik und Psychotherapie
Prof. P. Hasler, Ärztliche Leitung, Rheumaklinik und Institut für phys. Medizin, Kantonsspital Aarau
Prof. P. Henningsen, Leitung, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Technische Universität München, Klinikum rechts der Isar
Dr. H. Miozzari, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, Hôpitaux Universitaires de Genève
Prof. M. Mumenthaler, Facharzt FMH für Neurologie, Zürich
Prof. P. Regazzoni, Berater, Medizinische Forschungsprojekte, Universitätsspital Basel
Prof. A. Steck, Konsiliarus, Neurologische Universitätsklinik, Universitätsspital Basel
Dr. H. R. Stöckli, Facharzt FMH für Neurologie, Liestal
Prof. P. Villiger, Klinikdirektor / Chefarzt, Rheumatologie, Inselspital Bern

Weitere Berater:

Dr. D. Frey, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, Basel

PD Dr. R. Mager, Facharzt FMH für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Dr. Th. Fabbro (Statistik), Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Klinische Epidemiologie, Universitätsspital Basel

P. Simon, Datenmanager, Coordinations Center, Clinical Trial Unit, Universitätsspital Basel

Vertreter WIG:

Dr. med. K. Eichler, Dozent / Projektleiter, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, ZHAW

Zusätzliche Reviewer:

Dr. S.-F. Berner, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Münchenstein

Dr. H. P. Enderli, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Locarno

Prof. A. Hoffmann, Leiter KARAMBA, Leitender Arzt, Kardiologische Abteilung, Depart. Innere Medizin, Universitätsspital Basel

Prof. K. Jäger, Chefarzt Angiologie, Universitätsspital Basel

Dr. L. Mornaghini, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Locarno

Dr. R. Raggenbass, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Martigny, VS

Dr. U. von Wartburg, Leitender Arzt Handchirurgie, Luzerner Kantonsspital, Luzern

Anhang 3: Qualitätsraster zur Gutachtensevaluation TP 3

Medizinische Gutachtensituation in der Schweiz – Teilprojekt 3 Qualitätsbeurteilung Raster zur Qualitätsbeurteilung medizinischer Gutachten – Definitive Version

1. Angaben zum Gutachten (wird den Reviewern ausgefüllt zugestellt)			
Identifikationsnummer:			
Art des Gutachtens:	Monodisziplinär <input type="checkbox"/>	Bidisziplinär <input type="checkbox"/>	Polydisziplinär <input type="checkbox"/>
Fachdisziplin(en): <input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Rheumatologie <input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> Neuropsychologie <input type="checkbox"/> Orthopädie <input type="checkbox"/> Allgemeine/ Innere Medizin <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Andere _____			
	Mit Patientenkontakt <input type="checkbox"/>	Aktengutachten <input type="checkbox"/>	
Gutachtenskategorie: <input type="checkbox"/> UVG: Suva <input type="checkbox"/> UVG: Private Versicherungsgesellschaft <input type="checkbox"/> IV: Kantonale IV-Stelle <input type="checkbox"/> Pensionskasse <input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherer: Motorfahrzeug <input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherer: Betriebs-/oder Berufshaftpflicht <input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherer: Privathaftpflicht <input type="checkbox"/> Krankentaggeldversicherer nach KVG <input type="checkbox"/> Krankentaggeldversicherer nach VVG <input type="checkbox"/> anderer Unfall- oder Haftpflichtversicherer (z. B. Privatversicherer) <input type="checkbox"/> anderer Kranken- oder Invaliditätsversicherer (z. B. Privatversicherer)			

2. Angaben zum Reviewer			
Name:		Fachdisziplin:	
Versand:		Eingang:	

3. Beurteilungsabweichungen	
In Frage: <input type="checkbox"/>	
In Frage: <input type="checkbox"/>	
In Frage: <input type="checkbox"/>	
In Frage: <input type="checkbox"/>	
In Frage: <input type="checkbox"/>	

1. Formale Qualitätskriterien - alle Gutachten (GA) immer ausfüllen

? = nicht beurteilbar, 0 = entfällt, nicht relevant

Nr.	Kriterium	Ja	Nein	?	0	Bemerkungen
1.	Wurden die Vorakten erfasst (als schlüssige Aktensummaries)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.	Ist das GA logisch aufgebaut, klar gegliedert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.	Wurden folgende Angaben erhoben in der Anamnese ?					
3.1.	- aktuelle Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.2.	- frühere Erkrankungen, Unfälle, Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.3.	- Familienanamnese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.4.	- soziale, familiäre, finanzielle Situation, Arbeitszufriedenheit, Migrationshintergrund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.5.	- Werdegang: Schule – Berufsabschluss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.6.	- Berufsanamnese: berufliche Tätigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.7.	- Tagesablauf (aktuell)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.	Erfolgte eine Behandlungsanamnese ? (bisherige und aktuelle Behandlungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5.	Erfolgte eine symptombezogene Medikamentenanamnese ? (bisherige und aktuelle Medikation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.	Wurde die Selbsteinschätzung der Explorandin, des Exploranden erfragt?					
6.1.	- bezüglich Arbeitsfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.2.	- Krankheitskonzeption?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7.	Fand eine klinische Untersuchung statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8.	Wurden die Haupt-Diagnosen nach offiziellem Code codiert (ICD 10, DSM IV, ICDH, ICF)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9.	Wurde das Gutachten sprachlich klar, auch für nichtmedizinische Fachpersonen verständlich, abgefasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

1. Formale Qualitätskriterien – zusätzliche Fragen für polydisziplinäre GA

nur bei polydisziplinären Gutachten ausfüllen

? = nicht beurteilbar, 0 = entfällt, nicht relevant

Nr.	Kriterium	Ja	Nein	?	0	Bemerkungen
11.	Fand eine allgemeine klinische Untersuchung statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12.	Wird eine Konsensbesprechung (auch bilaterale Diskussion) erwähnt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13.	Gibt es eine Gesamtbeurteilung und polydisziplinäre Diagnoselistung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

2. Fachliche Qualität: Erhebung von Befund und Diagnosen (alle GA), immer ausfüllen

Beurteilung nach Messskala:

1 = gut, 2 = genügend, 3 = ungenügend, ? = nicht beurteilbar, 0 = entfällt, nicht relevant

Nr.	Kriterium	1	2	3	?	0	Bemerkungen
1.	Wie ist die Qualität der Befunderhebung? Gemessen am:						
1.1	- State of the Art der medizinischen Fachrichtung? (Falls begründeterweise State of the Art nicht gefolgt wurde „0=entfällt“ ankreuzen und zu Frage 1.2.)						
1.2	- falls begründeterweise State of the Art nicht gefolgt wurde, wie gut ist die Abweichung begründet?						
2.	Wie gut sind die codierten Diagnosen fachlich insgesamt begründet? Aufgrund:						
2.1.	- der Symptome?						
2.2.	- der klinischen Befunde?						
2.3.	- von Zusatzuntersuchungen, wie						
	Bildgebung, Labor, Testverfahren?						
2.4.	Falls sie die Diagnosen zuwenig begründet finden, was fehlt am meisten?						
3.	Wie nachvollziehbar, objektiviert und konsistent begründet, ist die Integration von Diagnose, Schweregrad der Störung und daraus resultierender Funktionseinschränkung im GA dargestellt?						

Nr.	Kriterium	Ja	Nein	?	0	Bemerkungen
4.1.	Wird Literatur zitiert?					
4.2.	Falls ja - adäquat?					
4.3.	Falls nein – wäre sie notwendig?					

2. Fachliche Qualität: Zusatzfragen bei Unfallgutachten

nur bei Unfall- und Haftpflichtgutachten (ohne Arzthaftpflicht) ausfüllen

Beurteilung nach Messskala:

1 = gut, 2 = genügend, 3 = ungenügend, ? = nicht beurteilbar, 0 = entfällt, nicht relevant

Nr.	Kriterium	1	2	3	?	0	Bemerkungen
5.	Wie gut wurde der Sachverhalt aus medizinischer Sicht aufgearbeitet, gemessen an:						
5.1	- Würdigung von Echtzeitdokumenten?						
5.2	- adäquatem Einbezug von Vorakten?						
5.3	- Würdigung der Schilderung des/der Exploranden/in?						
6.	Wie gut nachvollziehbar und begründet erfolgt die Kausalitätsbeurteilung zwischen erhobenem Befund/Diagnose(n)/Funktionseinschränkungen und Unfallereignis, bezogen auf:						
6.1	- Beurteilung des Vorzustandes?						
6.2	- Diskussion von Komorbiditäten?						
6.3.	- Schwere des Traumas?						
6.4.	- Diskussion des Heilungsverlaufs?						

Nr.	Kriterium	Ja	Nein	?	0	Bemerkungen
7.1.	Wird Literatur zitiert?					
7.2.	Falls ja - adäquat?					
7.3.	Falls nein – wäre sie notwendig?					

Beurteilung nach Messskala:

1 = gut, 2 = genügend, 3 = ungenügend, ? = nicht beurteilbar, 0 = entfällt, nicht relevant

Nr.	Kriterium	1	2	3	?	0	Bemerkungen
8.	Falls die Beurteilung eines Integritätschadens zu erfolgen hat – wie gut begründet ist dessen Bemessung? (Zuordnung nach Integritätsschadens-tabelle, Gliederskala, Invaliditätsskala)?						

3. Beurteilung - alle Gutachten immer ausfüllen, Beurteilung nach Messskala:

1 = gut, 2 = genügend, 3 = ungenügend, ? = nicht beurteilbar, 0 = entfällt, nicht relevant

Nr.	Kriterium	1	2	3	?	0	Bemerkungen
1.	Sind Abweichungen zu früheren Befunden, Diagnosen, Beurteilungen hinreichend begründet? (Entfällt falls nicht vorhanden=0)						
2.	Ist die als möglich erachtete Leistungsfähigkeit, das Belastungsprofil und die daraus resultierende Arbeitsfähigkeit fachmedizinisch realistisch, detailliert und nachvollziehbar diskutiert worden?						
3.	Ist die Bemessung der Arbeitsfähigkeit (AF) unmissverständlich festgelegt für:						
3.1.	- bisherige und gelernte Tätigkeit?						
3.2.	- Alternativ-/Verweistätigkeit?						
3.3.	- in quantitativer Hinsicht als absolute Prozentzahl oder Anzahl Stunden pro Tag, inkl. Pausen?						
3.4.	- in qualitativer Hinsicht als allfällige Leistungsminderung pro Zeit?						
4.	Wurden Comorbiditäten fachlich korrekt zugeordnet und interpretiert?						
5.	Wurden die Aspekte Simulation, Aggravation und Verdeutlichung fachlich korrekt abgehandelt?						
6.1	Sind die vorgeschlagenen medizinischen Massnahmen fachmedizinisch adäquat?						
6.2	Wie gut sind sie belegt in ihrer Auswirkung auf die klinische Symptomatik?						
6.3	Wie gut sind sie im Gutachten belegt hinsichtlich ihrer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit?						
7.	Wurde die versicherungsrelevante Fragestellung präzise erkannt und beantwortet, respektive die allfällige Nichtbeantwortbarkeit einleuchtend begründet?						
8.	Wurden die versicherungsmedizinischen Termini korrekt angewendet und nicht-medizinische versicherungsrechtliche Aussagen vermieden?						

3. Beurteilung - Zusatzfragen für polydisziplinäre GA, nur bei polydisziplinären GA ausfüllen

Messskala: 1 = gut 2 = genügend, 3 = ungenügend, ? = nicht beurteilbar, 0 = entfällt, nicht relevant

Nr.	Kriterium	1	2	3	?	0	Bemerkungen
11.	Sind falls vorhanden diskrepante Befunde u. Diagnosen zwischen den einzelnen Fachgebieten ausreichend diskutiert?						
12.	Sind die in den einzelnen Fachgebieten erhobenen Funktionseinschränkungen zu einer einleuchtenden Gesamtbeurteilung der Leistungsfähigkeit zusammengeführt?						

Anhang 4: Interviewleitfaden TP4 Deutschland

Interviewdauer: 0.5 bis 1 Stunde

A. Allgemeine Angaben

Institution: _____

Adresse: _____

Nachname: _____ Vorname: _____

Funktion: _____

Telefon: _____ Email: _____

1. Angaben zu medizinischen Gutachtern

Institutionstyp: Welchem Institutionstyp sind Ihre medizinischen Gutachter meist zuzuordnen?

- Praxis (niedergelassene Ärztin oder Arzt mit Praxis)
- Spital (Bezirksspital, Regionalspital, Kantonsspital, Universitätsspital)
- Gutachtensinstitution: _____
- Anderer Institutionstyp welcher: _____

Arten von Gutachtern: Handelt es sich um öffentlich bestellte Sachverständige, dem öffentlich bestellten Sachverständigen gleichgestellte Personen, Sachverständige mit hoheitlichen Funktionen oder freie Sachverständige?

Gutachter Spezialisierung: Handelt es sich bei Ihren Gutachtern überwiegend um Allgemeinmediziner oder um Spezialisten? Wann kommt wer zum Einsatz?

2. Angaben zu den Gutachten

Anzahl Gutachten: Wie viele Gutachten veranlassen Sie jährlich? (Grössenordnung)

Gutachtenkategorie: Wie häufig sind Gutachten mit Patientenkontakt? Wie häufig ohne Patientenkontakt (Aktengutachten)?

Schwierigkeitsgrad der Gutachten: Wie aufwändig schätzen Sie Ihre in Auftrag gegebenen Gutachten im Allgemeinen ein?

- Kurzes Aktenstudium; Zeitaufwand circa 60 Minuten
- einfache Recherche, Zeitaufwand circa 180 Minuten
- aufwändige Recherche, Zeitaufwand circa 240 Minuten
- komplexe Aktenlage, sehr aufwändige Recherchen, Zeitaufwand circa 420 Minuten
- ausserordentlich hohe Schwierigkeit, ungewöhnlich umfangreiche Recherchen, Aufwand nicht determiniert
- Nicht beurteilbar

Frühere Gutachten: Wie häufig werden mehrere Gutachten im gleichen Versicherungsfall für dieselbe begutachtete Person erstellt?

3. Beauftragung des Gutachtens und Koordination

Netto-Schadenhöhe: Ab welcher Netto-Versicherungsleistung / Schadenhöhe / Schadensschätzung veranlassen Sie ein Gutachten?

Vollständigkeit der Aktenlage: Wie wird sichergestellt, dass die Aktenlage für den medizinischen Gutachter bei Erteilung des Gutachtensauftrags vollständig ist?

Zuständigkeiten anderer Versicherer: Wie klären Sie ab, ob bei einem anderen Versicherer für den gleichen Schadenfall oder für den gleichen Zeitraum ein Gutachten angefertigt wird?

4. Ergebnis

Bearbeitungsdauer des Gutachtens: Sind Sie mit der Lieferzeit von Gutachten zufrieden? Mit welchem Zeitraum muss man dabei rechnen? Bestehen Wartezeiten?

Umfang des Gutachtens: Sind Sie mit dem Umfang von Gutachten zufrieden?

Vorakten: Werden die Vorakten genügend berücksichtigt?

Formale Gliederung: Sind Sie mit der formalen Gliederung von Anamnese, Befunderhebung und Diagnose zufrieden?

Inhaltliche Darlegung: Sind Sie mit der inhaltlichen Darlegung von Anamnese, Befunderhebung und Diagnose zufrieden?

Beantwortung der Fragen: Sind sie mit der Beantwortung der gestellten Fragen zufrieden?

Schlussfolgerungen: Sind Sie mit den Schlussfolgerungen des Gutachters zufrieden?

Kosten des Gutachtens: Wie entfällt die Vergütung des Gutachters? Sind Sie mit den Kosten von Begutachtungen zufrieden (Vergleich von Preis und Leistung)?

Gesamtzufriedenheit: Wie beurteilen Sie die Gesamtqualität von Gutachten in Deutschland?

QM-Tools: Welche QM-Tools (Mindeststandards, Ausbildungen, Leitlinien, usw.) setzen Sie in Ihrer Unternehmung ein, damit die Qualität der Gutachten überprüft und beeinflusst werden kann?

QM-Tools: Gibt es QM-Tools zur Gutachtenqualität, die flächendeckend in ganz Deutschland eingesetzt werden? Wäre der Bedarf vorhanden?

QM-Tools: Welche Leitlinien zur einheitlichen, korrekten Begutachtung gibt es in Deutschland? Welche werden genutzt/sind anerkannt?

QM-Tools: Welche Ausbildungen von Gutachtern zur einheitlichen, korrekten Begutachtung gibt es in Deutschland? Welche werden genutzt/sind anerkannt?

Grundsätze für ärztliche Begutachtungen (Ausgabe 2006) ¹

A. Vorbereitung des Gutachtens und Untersuchung

Punkt 1:

Kontaktaufnahme mit der zu untersuchenden Person

Die zu untersuchende Person ist unter Berücksichtigung der gültigen Gesetzgebung und unter Einhaltung einer Mindestfrist von 15 Tagen mit Angabe des vorgesehenen Untersuchungsdatums und dem Zweck der Untersuchung schriftlich anzubieten.

Punkt 2:

Medizinische Aktenlage

Bei der versicherten Person oder ihrem bevollmächtigten Vertreter müssen alle versicherungstechnisch relevanten medizinischen Informationen und Akten eingeholt werden, v.a. erste Arztzeugnisse, Spitalberichte, Röntgenunterlagen usw.

Punkt 3:

Private und berufliche Situation

Die Identität der versicherten Person muss erfasst werden. Möglichst viele Informationen einholen über Lebensstil, Arbeitstätigkeit und Arbeitsstellung. Festhalten ob es sich um ein Kind, ein/e Student/in oder ein Lehrling handelt. Angaben einholen über die Schulbildung, die Art der Fachabschlüsse/Diplome oder ob es sich um einen Arbeitssuchenden handelt. Ausbildung und Funktion abklären.

Punkt 4:

Vorgeschichte

Die Vorgeschichte ist aufgrund der Angaben der versicherten Person oder falls nötig durch Fremdanamnese sowie der zur Verfügung gestellten medizinischen Unterlagen aufzuzeigen, indem:

- 4.1. die Umstände des Unfalls oder des Ereignisses aufgeführt und
- 4.2. die unmittelbaren Verletzungen und deren Folgen sowie deren weiteren Verlauf detailliert beschrieben werden.

¹ Freie Übersetzung der in Frankreich angewandten „Mission droit commun 2006“ des AREDOC (Association pour l'étude de la réparation du dommage corporel“) durch Dr. med. Roland Voëlin und Dr. med. Bruno Soltermann

- 4.3. Bei ungewöhnlichem Verlauf oder bei von der versicherten Person geklagten Schwierigkeiten, welche eine vorübergehende personelle oder materielle Hilfe notwendig machten, sind die Umstände bis zur Wiedererlangung der Selbstständigkeit sowohl in Art und Weise wie auch zeitlich beschreiben.

**Punkt 5:
Behandlungsmassnahmen bis zur Konsolidierung**

Alle medizinischen und paramedizinischen Behandlungen bis zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes aufzuführen mit genauer Beschreibung deren Kausalität , Art und Dauer. Alle stattgefundenen Spitalaufenthalte mit Aufenthaltsdauer und Name des jeweiligen Spitals und der zuständigen Abteilung aufzuführen.

**Punkt 6:
Anfangsverletzungen und Verlauf**

Im Kapitel „Kommentar“ und/oder „aufgeführte Akten“ ist der erste Arztbericht wörtlich und vollständig zu übernehmen unter Präzisierung des Verfassers und des Datums. Weitere medizinische Berichte, welche für die Erkenntnisse der unmittelbaren Verletzungen und deren weiteren Verlauf von Bedeutung sind, müssen aufgeführt werden.

**Punkt 7:
Zusatzuntersuchungen**

Kenntnisnahme und Interpretation von Zusatzuntersuchungen.

**Punkt 8:
Beschwerden**

Genaueres aufschreiben aller vom Versicherten (oder falls nötig von seinem Umfeld) geschilderten Beschwerden mit Präzisierung unter welchen Bedingungen diese auftreten, seit wann sie vorhanden, wie stark sie ausgeprägt und wie die Einschränkungen sind sowie welche Folgen diese im Alltag haben.

**Punkt 9:
Vorgeschichte und Vorzustand**

Unter Berücksichtigung der ärztlichen Ethik den Geschädigten über seine Krankheitsanamnese befragen. Die Leiden aber nur aufzuführen und weiterverwenden wenn sie einen direkten Zusammenhang mit den geschilderten Verletzungen oder dem weiteren Verlauf des Gesundheitszustandes haben.

**Punkt 10:
Klinische Untersuchung**

Vollständigen Status erheben unter Berücksichtigung der Verletzungen und der von der versicherten Person geschilderten Beschwerden. Die dabei erhobenen Untersuchungsbefunde im Gutachten genau aufführen.

B. Analyse und Schlussfolgerung

**Punkt 11:
Diskussion**

11.1 Die Kausalität der Beschwerden, deren Folgen und Verlauf mit dem Unfallereignis genau beschreiben. Dabei sollen die von der versicherten Person geschilderten Beschwerden und die im Status erhobenen Befunde mitberücksichtigt werden. Sich dazu äussern, wie sicher die Kausalität mit dem Unfall ist und ob allenfalls ein Vorzustand zu berücksichtigen ist.

11.2 Danach folgende Punkte beantworten.

**Punkt 12:
Die wesentlichen, limitierenden Faktoren für eine vorübergehende funktionelle Einschränkung**

unabhängig ob die versicherte Person arbeitstätig ist oder nicht:

- Alle möglichen Faktoren nach dem Ereignis/Unfall berücksichtigen, welche die versicherte Person in ihrer früheren normalen Aktivität einschränken. Art und Dauer präzisieren (v.a. Spitalaufenthalte, notwendige Behandlungen, Schwierigkeiten im Haushalt).
- Aufgrund der Verletzungen und des Krankheitsverlaufs die Kausalität mit dem Unfall/Ereignis diskutieren.

**Punkt 13:
Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit**

Bei einer Arbeitsunfähigkeit die Dauer sowie die Bedingungen für eine mögliche Wiederaufnahme festhalten. Die Kausalität mit dem Unfall/Ereignis aufgrund der Verletzungen und des Verlaufs diskutieren.

Punkt 14:
Konsolidierung

Das Datum der Konsolidierung festhalten, welche wie folgt definiert ist:
„Derjenige Zeitpunkt, an dem sich die Verletzungen stabilisiert haben, ohne dass eine weitere Behandlung nötig ist ausser zur Verhinderung einer weiteren Verschlechterung. Es ist dabei ev. möglich einen Endzustand zu beurteilen und einen somatischen oder psychischen Integritätsschaden festzulegen“.

Punkt 15:
Medizinisch-theoretische Invalidität

Die auf das Ereignis/Unfall zurückgeführten Schadenfolgen und der Grad der medizinisch-theoretischen Invalidität aus einer oder mehreren persistierenden Beeinträchtigungen, welche im Zeitpunkt der Konsolidierung ein permanentes Defizit aufweisen, sind entsprechend der vom französischen „Concours Médical“ publizierten neuesten Ausgabe des „*Barème indicatif des taux d'incapacité en droit commun* » festzulegen.

Diese medizinisch-theoretische Beeinträchtigung wird definiert als

*„definitive Verringerung des physischen, psychischen oder geistigen Potenzials resultierend in einer anatomisch-physiologischen Beeinträchtigung:
- die durch eine geeignete klinische und weitere zusätzliche Untersuchungen medizinisch feststellbar ist
- zu welcher die Schmerzen und die psychischen Auswirkungen in der Regel im Zusammenhang mit der Schädigung auftreten und mit welcher auch die objektiven Auswirkungen auf das tägliche Leben in der Regel verbunden sind.*

Punkt 16:
Geklagte Beschwerden

Die auf das Ereignis/Unfall zurückgeführten und geklagten somatischen, psychischen oder geistigen Beschwerden vom Unfalldatum an bis zur Konsolidierung beschreiben. Diese werden veranschaulicht durch *„die physischen Schmerzen als Folge der Schwere der Verletzungen, durch die Art der Verletzung und deren Verlauf, die Dauer und Anzahl der Hospitalisationen, die Intensität und Inanspruchnahme von Pflegemassnahmen. Zusätzlich können noch psychische Beschwerden dazu kommen, je nach den Umständen des Unfalls/Ereignisses und welche der Arzt als Unfallfolgen beurteilt“.*

Die Beschwerden werden üblicherweise in 7 Schweregrade eingeteilt.

Punkt 17:
kosmetischer Schaden

Meinung abgeben über Möglichkeit, Art und Schwere eines kosmetischen Schadens, welcher auf das Ereignis/Unfall zurückgeführt werden kann. Einteilung in einen der 7 Schweregrade unabhängig von einer möglichen funktionellen Einschränkung, welche bereits zur Beurteilung eines somatischen oder psychischen Integritätsschadens berücksichtigt wurde.

Punkt 18:
Auswirkungen der Unfall-/Ereignis- Folgen

- Auf die beruflichen Tätigkeiten :
Falls die versicherte Person Auswirkungen auf die Arbeitstätigkeit, auf eine vorgesehene Ausbildung oder eine Arbeitsaufgabe (bei Schülern, Studenten oder Lehrlingen auf die angefangene Ausbildung) geltend macht, ist eine begründete Einschätzung zur Kausalität mit dem Ereignis/Unfall, der festgehaltenen Verletzungen und deren Folgen abzugeben sowie Stellung zu nehmen zur direkten und sicheren Kausalität und deren Endgültigkeit.
- Auf die Freizeitaktivitäten:
Falls die versicherte Person Auswirkungen auf ihre sportlichen Aktivitäten oder andere vor dem Ereignis/Unfall durchgeführten Freizeitaktivitäten geltend macht, ist eine begründete Einschätzung zur Kausalität mit dem Ereignis/Unfall, der festgehaltenen Verletzungen und deren Folgen abzugeben sowie Stellung zu nehmen zur direkten und sicheren Kausalität und deren Endgültigkeit.
- Auf die Sexualität:
Falls die versicherte Person Auswirkungen auf die Sexualität geltend macht, ist eine begründete Einschätzung zur Kausalität mit dem Ereignis/Unfall, der festgehaltenen Verletzungen und deren Folgen abzugeben sowie Stellung zu nehmen zur direkten und sicheren Kausalität und deren Endgültigkeit.

Punkt 19:
Medizinische Behandlung nach der Konsolidierung/ zukünftige Kosten

Sich zur Notwendigkeit von weiteren medizinischen, paramedizinischen, prothetischen oder apparativen Massnahmen nach der Konsolidierung äussern, welche notwendig sind um eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verhindern. Den ursächlichen Zusammenhang mit dem Ereignis/Unfall begründen und sich dazu äussern, ob es sich jeweils um eine vorübergehende oder lebenslange Massnahme handelt.

Punkt 20:
Zusammenfassung

Zusammenfassung mit Wiederholung des Datums vom Unfall/Ereignis, dem Datum der Untersuchung, dem Datum der Konsolidierung des Gesundheitszustandes und der gutachterlichen Schlussfolgerung gemäss den festgehaltenen Befunden und Beurteilungen in den Punkten 12 bis 19.