



## 3. Protokoll

# Arbeitsgruppe Prozess- und Strukturqualität polydisziplinärer Begutachtungen

---

Datum:	30.01.2015
Ort:	BSV
Zeit:	14:15
Vorsitz:	Ralf Kocher
Protokoll:	Nikos Stamoulis
Anwesend:	Yvonne Bollag, Christoph Horat, Petra Kern, Simon Lauper, Renato Marelli, Kristiina Peter, Jean-Philippe Ruegger, Daniel Schilliger, Thomas Wallasch
Entschuldigt:	Marc Gysin, Jörg Jeger

Referenz/Aktenzeichen:352.1/2013/00961 19.05.2015 Doknr: 75

### Traktanden

1. **Protokoll**
2. **Informationen**
3. **Diskussion der Vernehmlassungsantworten**
4. **Folgerungen, Folgearbeiten aus der Diskussion**
5. **Bestimmung weiterer Themen**
6. **Nächster Termin (mit anschliessender Doodle-Umfrage)**
7. **Varia**

#### 1. Traktandum eins - Protokoll

Das Protokoll wird unter dem Vorbehalt, dass der Namen der Arbeitsgruppe angepasst wird, genehmigt.

#### 2. Traktandum zwei - Informationen

Sowohl die GPK wie auch der Departementsvorsteher sehen die Tätigkeit der Arbeitsgruppe primär im formellen Bereich der Qualitätssicherung. Vorgaben bezüglich der Inhaltsqualität müssen breit abgestützt sein. Da das Gutachterwesen alle Versicherungszweige betrifft ist eine Koordination mit dem

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV  
Nikos Pavlos Stamoulis  
Effingerstrasse 20, CH-3003 Bern  
Tel. +41 58 462 91 50, Fax +41 58 462 37 15  
NikosPavlos.Stamoulis@bsv.admin.ch  
www.bsv.admin.ch

schweizerischen Versicherungsverband, dem BAG und der FMH zwingend. Diesbezüglich wäre es wünschenswert, wenn auch ein offizielles Mitglied der FMH an der Arbeitsgruppe partizipieren würde.

Yvonne Bollag merkt an, dass Jörg Jeger Vorstandsmitglied der FMH ist. Bezüglich der Koordination zwischen den Versicherungen möchte sie wissen, ob sämtliche inhaltliche Aspekte der Gutachten durch diese Gruppe beurteilt werden, oder ob aufgrund der verschiedenen Schwerpunkte der jeweiligen Versicherungen spezifische Arbeitsgruppen je Versicherungsweig gebildet werden.

Ralf Kocher erläutert, dass dies momentan noch nicht sicher gesagt werden kann. Prinzipiell geht es vorerst um eine grundsätzliche Diskussion der Qualität, welche von allen Versicherungsweigen geführt werden muss. Weiter erinnert er nochmals an den von der GPK geäusserten Wunsch, die Westschweiz besser in der Arbeitsgruppe zu repräsentieren. Yvonne Bollag hat diesbezüglich eine Umfrage im Verband lanciert, jedoch keine Interessenten gefunden.

### **3. Traktandum drei - Diskussion der Vernehmlassungsantworten**

Ch. Horat merkt an, dass er mit der Erwartung einer inhaltlichen Qualitätsdiskussion in die Gruppe kam. Er schlägt vor, die Gruppe in AG Qualität Gutachten umzubenennen.

S. Lauper stellt fest, dass sich die Erwartungen an die Gruppe diametral entgegenstehen.

R. Kocher betont nochmals, dass die inhaltlichen Anforderungen wie Leitlinien schon aus Knowhow Gründen nicht durch die Gruppe erarbeitet werden können.

P. Kern sieht jedoch die Inhaltsqualität als vordringliches Thema an.

D. Schilliger fragt, wer dann über die Leitlinien entscheiden werde und wünscht sich auch diesbezüglich einen Miteinbezug der Betroffenen.

Y. Bollag hält fest, dass der Einbezug von Direktbetroffenen Standard bei der Erarbeitung von Leitlinien ist.

T. Wallasch zweifelt an der Sinnhaftigkeit der Gruppe, wenn inhaltliche Themen ausgeblendet werden.

R. Kocher stellt fest, dass es durchaus Themen struktureller Art gibt, welche der Klärung bedürfen, so z.B. der Prozess zwischen den Partnern oder die Frage: „ was ist ein gut definierter Auftrag?“

R. Marelli ist auch der Meinung, dass es noch einige Verbesserungsmöglichkeiten bei der Struktur- und Prozessqualität gibt. Die Inhaltsqualität ist eine Aufgabe, welche über die Möglichkeiten dieser Arbeitsgruppe hinausgeht. Dies sieht man auch bei den Leitlinien zur psychiatrischen Begutachtung, welcher Erarbeitung mehrere Jahre in Anspruch genommen hat. Auch wird ein Einbezug der FMH begrüsst, da die Qualitätssicherung FMH intern aktuell ein Thema ist.

Ch. Horat sieht die Plattform SuisseMED@P nicht als Thema der Arbeitsgruppe und schlägt deshalb vor, diese „Arbeitsgruppe Prozess- und Strukturqualität polydisziplinärer Begutachtungen“ zu nennen. Dieser Vorschlag wird stillschweigend genehmigt.

R. Kocher eröffnet die Diskussion zur Strukturqualität. Dabei folgt die Diskussion dem Positionspapier des MEDAS Verbandes.

1. Eine MEDAS hat als Minimalangebot die folgenden fachärztlichen Kerndisziplinen anzubieten:
  - Innere Medizin oder Allgemeine Medizin
  - Facharzt Bewegungsapparat (Rheumatologie oder Orthopädie oder physikalische Medizin)
  - Psychiatrie
  - Neurologie.

R. Kocher stellt die Frage, ob bezüglich der Mindestanzahl Disziplinen Vorschriften erlassen werden müssen, da bereits heute die Gutachterstellen standartmässig mehr als 3 Disziplinen anbieten.

R. Marelli weist darauf hin, dass eine solche Vorgabe aus der Erfahrung entstanden ist, und auch die Zusammenstellung der Disziplinen wichtig ist. Es gehe schliesslich um die gesamte Strukturqualität. Es ist wichtig, dass die Gutachterstellen mindestens die 4 meist nachgefragten Disziplinen anbieten können.

Ch. Horat findet, ein solches Mindestsetting müsste zwingend sein.

P. Kern fragt, ob man so noch vom Zufallsprinzip sprechen könne, werden die komplexen Gutachterfälle ja auf wenige Institute mit entsprechenden Kapazitäten kanalisiert.

T. Wallasch stimmt dem, namentlich bei seltenen Disziplinen zu.

D. Schilliger unterstützt im Sinne der Versicherten ein solches Mindestsetting.

Ch. Horat wünscht sich mehr Markt. Dies könne z.B. durch eine bessere Abgeltung von Mehrdisziplinen erreicht werden.

S. Lauper weist auf die Problematik hin, dass sich erst während der Untersuchung zeigen kann, ob Zusatzdisziplinen angezeigt sind.

J.-P. Ruegger verortet auch ein Problem im Bezug auf das rechtliche Gehör bei Disziplinen, welche erst nachträglich festgelegt werden.

Y. Bollag merkt an, dass eine Rückweisung eines Auftrages sehr selten vorkomme.

S. Lauper präzisiert, dass dies bei ca. 5% der Fälle vorkomme.

T. Wallasch weist darauf hin, dass nicht einfach ad hoc ein Spezialist beigezogen werden kann und es qualitativ problematisch sei, wenn mit einem Unbekannten zusammengearbeitet werde solle.

2. Über die weiteren fachärztlichen Disziplinen, welche eine MEDAS anbietet, hat sie sich transparent auszuweisen. Sie muss in der Lage sein innert zweier Monate einen entsprechenden Spezialisten aufbieten zu können.

Sowohl über den Punkt 1 als auch den Punkt 2 besteht ein breiter Konsens. Es wird beschlossen, dies zu einer Forderung zusammenzufassen.

R. Kocher fragt, was dagegensprechen würde, die tatsächlich in der Gutachterstelle tätigen Personen namentlich auf der Homepage zu publizieren, was von P. Kern im Sinne der Transparenz unterstützt wird.

3. Die MEDAS verfügt über eine fachärztliche Leitungsperson, die durch ausreichende Präsenz in der Abklärungsstelle die Supervision und medizinische Qualitätssicherung der durchgeführten Begutachtungen garantieren kann. Die ärztliche Leitungsperson hat mindestens die nachfolgenden Qualifikationskriterien für GutachterInnen zu erfüllen.
  - a) Die MEDAS hat in jeder der Kerndisziplinen einen in medizinischer Begutachtung erfahrenen Arzt oder Ärztin die mindestens 50 Begutachtungen im Fachgebiet erstellt haben.
  - b) GutachterInnen, die weder in der Schweiz ihr Studium abgelegt haben noch mindestens zwei Klinikjahre während der Weiterbildung zum Facharzt in der Schweiz absolviert haben, müssen belegen können, dass sie durch FMH-anerkannte Schulungen oder Praktika Kenntnisse über die versicherungsmedizinischen Zusammenhänge der Schweiz haben.
  - c) Alle für eine MEDAS tätigen Gutachter müssen über einen eidgenössisch anerkannten Facharztstitel verfügen und die für den Erhalt des Facharztstitels notwendigen Fortbildungsanforderungen regelmässig erfüllen. Im institutionellen Rahmen können unter persönlicher Supervision eines Facharztes oder einer Fachärztin Teilaufgaben einer Begutachtung an in Weiterbildung befindliche Assistenzärzte oder -ärztinnen delegiert werden.
  - d) Alle Gutachter einer MEDAS besitzen die im jeweiligen Kanton notwendigen Berufsausübungs- und oder Praxisbewilligungen.

K. Peter kann sich mit dem Vorschlag einverstanden erklären, jedoch müssen noch Sachen spezifiziert werden, wie z.B. was mit Supervision konkret gemeint ist.

R. Kocher wendet ein, dass es zwar wünschenswert wäre, wenn alle Gutachter klinisch tätig sind, es jedoch auch ein Kernteam geben muss, welches sich hauptsächlich auf die Gutachten konzentriert.

R. Marelli widerspricht dem, da beim ZMB alle Ärzte klinisch Tätig sind. Wichtig ist, dass immer einer vom Leitungsteam anwesend ist.

D. Schilliger findet diese Forderung zentral, denn nur so könne verhindert werden, dass ein Arzt die Bodenhaftung verliert.

Betreffend Weiterbildung / Fortbildung merkt S. Lauper an, dass jeder Facharzt min. 100 H/Jahr an Fortbildungsstunden nachzuweisen hat.

J.-P. Ruegger fragt, wie die Fortbildung bei nicht FMH Mitglieder nachgewiesen werden kann (ausländische Ärzte).

P. Kern regt an, die Kontrolle der Titel durch die Gutachterstellen durchführen zu lassen.

Y. Bollag merkt an, dass der Nachweis gemäss lit c (im Originaldokument lit f) erbracht werden kann.

R. Kocher hält fest, dass für alle die analogen Voraussetzungen wie zur Führung des FMH Titels gegeben sein müssen. Auch muss betreffend der Supervision eine fachärztliche Verantwortungsperson benannt werden, welche alle Anforderungen erfüllt. Jedoch empfindet er die unter lit a statuierten 50 Gutachten als Voraussetzung zur Zulassung als Gutachter als sehr hohe Hürde.

S. Lauper bewertet dieses Kriterium positiv, denn es kann problemlos gemessen werden.

D. Schilliger begrüsst ein solches Kriterium. Er erachtet die Erfahrung der Gutachter als zentrales Qualitätskriterium.

T. Wallasch merkt an, dass eine Anzahl Gutachten schon zur Erlangung des Facharzttitels vorausgesetzt werden.

R. Marelli weist darauf hin, dass die SIM daran ist, einen neuen Fähigkeitsausweis für Versicherungsmedizin zu elaborieren.

J.-P. Ruegger weist darauf hin, dass in der Waadt nur 5-10 Gutachtensaufträge pro Jahr (mono und bi) an einen Gutachter zugewiesen werden.

Y. Bollag merkt an, dass es durch ein solches Kriterium schwieriger wird, eine Gutachterstelle „auf der grünen Wiese“ zu gründen.

D. Schilliger fragt, wie der direkte Kontakt zwischen den Versicherten und der Gutachterstelle gestaltet ist.

R. Kocher stellt klar, dass die Kommunikation zwischen Versicherten und der Gutachterstelle grundsätzlich über die IV-Stelle zu erfolgen hat.

D. Schilliger merkt an, dass es im Strafprozess auch die direkte Befragung der Gutachter gibt. Er würde es begrüssen, die Arbeitserfahrung in der Schweiz als Kriterium einzuführen. Dies sei wichtig, damit die Gutachter auch mit der schweizerischen Arbeitswelt vertraut sind. Auch wäre es wünschenswert, wenn die Gutachter Dialekt verstehen würden (v.a. bei psych. Begutachtungen).

T. Wallasch erklärt, dass die medizinische Beurteilung als solche nicht das Problem darstellt, die Beurteilung der Auswirkungen der Diagnose dagegen divergiert in den verschiedenen Systemen.

S. Lauper findet das Anliegen, wonach die Gutachter Mundart verstehen müssen, übertrieben.

Ch. Horat findet es problematisch, zu hohe Ansprüche zu stellen, da dies auch die Gründung von neuen Gutachterstellen praktisch verunmöglichen würde.

Y. Bollag findet es falsch, die Qualitätsanforderungen an die Gutachterstellen und Gutachter tief zu halten, nur um die Chancen auf Neuakkreditierungen zu erhöhen. Der Druck habe diesbezüglich von der Politik her zu erfolgen.

R. Kocher weist darauf hin, dass aktuell politische Bemühungen laufen (Departement, GDK), um mehr öffentliche Spitäler als Gutachterstellen zu gewinnen.

S. Lauper merkt an, dass sich die Wartezeiten auf der Plattform deutlich gebessert haben.

J.P. Ruegger stellt fest, dass sich die Qualität nicht beliebig erhöhen lässt und der Grenznutzen von Massnahmen jeweils kleiner wird. Die langen Wartezeiten stehen in einem Spannungsfeld zur Qualität. Er sieht jedoch die Möglichkeit, in einem 2. Schritt die vertraglich festgesetzten Qualitätsanforderungen zu erhöhen.

Y. Bollag möchte verhindern, dass Gutachtertätigkeit als „billige“ Medizin gilt.

S. Lauper verweist auf die mediale Problematik. So habe das Inselspital seine Gutachtertätigkeit wegen eines negativen Berichts in 10 vor 10 des SRF eingestellt.

Ende der Sitzung 16.15