

Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung

- Manual zum Peer Review-Verfahren
- Überarbeitete Fassung August 2018



Hinweis:

Den Expertinnen und Experten aus der Deutschen Rentenversicherung sowie dem universitären Bereich, die an der Erstellung des vorliegenden Manuals beteiligt waren, sei an dieser Stelle für ihr Engagement, ihre fachlichen Beiträge und die konstruktive Zusammenarbeit vielmals gedankt.

Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung

Manual zum Peer Review-Verfahren



Überarbeitete Fassung Stand: August 2018

Erstellt unter wissenschaftlicher Begleitung durch die Forschergruppe PD Dr.
Vogel, Abteilung Medizinische Psychologie und Rehabilitationswissenschaften,
Universität Würzburg

Inhaltsverzeichnis

Einführung	3
Grundsätze des Prüfverfahrens	5
Hinweise für den Peer	8
Operationalisierung des Prüffragenkatalogs	10
A. Einzelkriterium „Formale Gestaltung“	12
B. Einzelkriterium „Verständlichkeit“	15
C. Einzelkriterium „Transparenz“	19
D. Einzelkriterium „Vollständigkeit“	23
E. Einzelkriterium „Medizinisch-wissenschaftliche Grundlagen“	30
F. Einzelkriterium „Wirtschaftlichkeit“	33
Übergeordnetes Kriterium „Nachvollziehbarkeit des Gutachtens“	36
Literatur	39

Einführung

Die Entwicklung eines systematischen Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahren) der sozialmedizinischen Begutachtung trägt maßgeblich zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung insgesamt bei. Ziel ist es, trägerübergreifend durch die Anwendung einheitlicher Qualitätskriterien eine systematische Bewertung der Qualität von sozialmedizinischen Gutachten und somit eine vergleichbare Gutachtenprüfung zu ermöglichen. Dahinter steht das grundlegende Anliegen der Deutschen Rentenversicherung, ein einheitliches Vorgehen bei der sozialmedizinischen Begutachtung und damit die Gleichbehandlung der Versicherten zu gewährleisten. Langfristig wird durch die Anwendung eines einheitlichen Qualitätssicherungsverfahrens nicht nur eine kontinuierliche interne Qualitätsverbesserung bei den einzelnen Trägern ermöglicht, sondern auch die Vergleichbarkeit der Begutachtungsqualität zwischen den verschiedenen Trägern geschaffen.

Die Entwicklung und Umsetzung des im Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung (SOMEKO) [VDR 2004] empfohlenen trägerübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens der sozialmedizinischen Begutachtung erfolgte in zwei Arbeitsgruppen aus Leitenden Ärzten und weiteren sozialmedizinischen Experten verschiedener Rentenversicherungsträger [DRV 2007, DRV 2012]. Im Ergebnis liegt nun ein Verfahren vor, für das die Variante eines strukturierten Peer Review gewählt wurde. Die Erfassung der Qualität der Gutachten wird durch Qualitätskriterien abgebildet, die die Ergebnisqualität von sozialmedizinischen Gutachten determinieren. In einem Konsensusverfahren unter Beteiligung der Leitenden Ärzte der Deutschen Rentenversicherung wurden die nachfolgenden Qualitätskriterien als Messgrößen für das Peer Review-Verfahren vereinbart und in entsprechenden Prüffragen operationalisiert. Alle Prüffragen zusammen bilden den sog. Prüffragenkatalog. Tabelle 1 zeigt die Qualitätskriterien mit dem Prüffragenkatalog im Überblick.

Bei der Durchführung des Peer Review-Verfahrens werden jährlich 140 Gutachten je Rentenversicherungsträger gezogen und in anonymisierter Form anhand des vorgegebenen Prüffragenkatalogs durch Peers geprüft. Die vorgesehene Anzahl der jährlichen Gutachten je Rentenversicherungsträger ist ausreichend, um die erforderliche Präzision der Bewertungen zu gewährleisten.

Organisatorische Voraussetzungen. Für die routinemäßige Durchführung des Qualitätssicherungsverfahrens sind die damit verbundenen organisatorischen Voraussetzungen geschaffen worden. Für die einzelnen Träger gehören hierzu die Organisation der Erfassung, Kodierung und Ziehung der Gutachten. Vor Übermittlung werden die Gutachten anonymisiert. Die Zufallsauswahl und die Bereitstellung der Gutachten für die Peers sowie die Auswertung der Peer-Bewertungen werden durch eine Koordinierende Stelle durchgeführt.

Gutachten. In das Peer Review-Verfahren gehen derzeit nur Gutachten mit persönlicher Untersuchung und Befragung ein. Beim einzelnen Träger werden die in Frage kommenden Gutachten eindeutig identifiziert und vollständig erfasst. Aus dieser Liste, die neben einer dem Gutachten zugeordneten Identifikationsnummer nur einige Rahmendaten enthält, können dann die zu bewertenden Gutachten nach einem Zufallsverfahren gezogen, beim Träger angefordert und danach den Peers zur Bewertung zur Verfügung gestellt werden.

Peers. Als Peers fungieren erfahrene Sozialmedizinerinnen und -mediziner der Rentenversicherungsträger, die die Gutachten fachübergreifend prüfen. In Peer-Schulungen werden die Peers anhand entsprechender Schulungsmaterialien (u. a. das vorliegende Manual) mit dem Verfahren vertraut gemacht und bewerten ausgesuchte Probegutachten allein und in der Gruppe. Dafür wurde ein gemeinsamer

Bewertungsmaßstab entwickelt. Bei der Durchführung des Peer Review-Verfahrens werden den Peers die durch sie zu bewertenden Gutachten und die dazugehörigen Prüfbogen elektronisch übermittelt. Für die Bewertung und ihre Rückübermittlung werden Fristen vorgegeben. Im Pilotverfahren zu einer ersten Erprobung dieses Peer Reviews wurde in einem begleitenden Forschungsprojekt der Zeitaufwand untersucht, der zur Bewertung eines Gutachtens veranschlagt werden muss: danach werden im Schnitt 12 Arbeitstage pro Rentenversicherungsträger und Jahr benötigt, wenn pro Träger 35 Gutachten pro Quartal eingebracht und auch geprüft werden. Die Peer-Tätigkeit soll berufsbegleitend ausgeführt werden. Vollzeit-Peers sind nicht vorgesehen, da die Peers gerade aus ihrer praktischen sozialmedizinischen Tätigkeit heraus die Peer-Tätigkeit ausführen und Multiplikatorenfunktion beim einzelnen Rentenversicherungsträger übernehmen sollen.

Koordinierende Stelle. Das Auslösen der Gutachten aus der jeweils vollständigen Liste der einzelnen Rentenversicherungsträger und die Verteilung der Gutachten an die Peers erfolgt, ebenso wie die spätere Auswertung der Peer-Bewertungen, verbunden mit einem entsprechenden Berichtswesen und elektronisch unterstützt, durch eine Koordinierende Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund. Diese ist auch die Ansprechstelle für Fragen der Peers zum Verfahren. Ernannet werden die Peers von den jeweiligen Leitenden Ärzten der einzelnen Rentenversicherungsträger. Um die Peer-Bewertungen möglichst effizient zu erfassen, wird ein elektronisches System für Umfragen (EvaSys®) genutzt. Dieses System erlaubt die Bearbeitung der Unterlagen online und fasst die Antworten der Peers direkt statistisch zusammen. Die Schulungen der Peers werden ebenfalls über die Koordinierende Stelle mit wissenschaftlicher Begleitung und Unterstützung organisiert. Entsprechende Schulungsunterlagen entstehen in Zusammenarbeit mit sozialmedizinischen Experten verschiedener Rentenversicherungsträger sowie den genannten Wissenschaftlern und werden erforderlichenfalls überarbeitet und angepasst.

Berichtswesen. Im Routineverfahren werden jährliche Qualitätsberichte erstellt, die jedem Träger das eigene Abschneiden im Vergleich zum Gesamtergebnis aller Rentenversicherungsträger aufzeigen. Über die Jahre können zudem vergleichende Verlaufsbetrachtungen angestellt werden. Eine gutachterbezogene Auswertung ist im trägerübergreifenden QS-Verfahren nicht vorgesehen.

Evaluation. Das Qualitätssicherungsverfahren ist als Lernendes System konzipiert, d. h. es erfolgt eine kontinuierliche Evaluation. Die Gütekriterien des Peer Review-Verfahrens werden überprüft und das Verfahren den jeweils aktuellen Erkenntnissen angepasst. So erfolgte nach der Auswertung der Forschungsprojekte im Pilotverfahren eine Anpassung des Prüffragenkatalogs mit einer Reduktion um insgesamt fünf Fragen, indem einzelne Fragen verbunden wurden, um Redundanzen zu reduzieren und klare Abgrenzungen der einzelnen Fragen zueinander zu schaffen oder aber gestrichen wurden, da ihr Inhalt bereits in anderen Prüffragen berücksichtigt worden war.

Grundsätze des Prüfverfahrens

Die trägerübergreifende Qualitätssicherung von Gutachten ist als Peer Review-Verfahren angelegt. Bei diesem Verfahren wird von erfahrenen Gutachtern (Peers) anhand des vorliegenden Manuals die Ergebnisqualität von sozialmedizinischen Gutachten bewertet. Die Operationalisierung der Qualitätskriterien berücksichtigt die Vorgaben der Publikation *Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung* (DRV-Schrift Band 21).

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

Mit den sechs Einzelkriterien *Formale Gestaltung, Verständlichkeit, Transparenz, Vollständigkeit, Medizinisch-wissenschaftliche Grundlagen und Wirtschaftlichkeit* werden verschiedene Aspekte der Ergebnisqualität eines Gutachtens geprüft. Mängel, die bei der Bewertung festgestellt werden, können Ansatzpunkte für die interne Qualitätssicherung eines jeden Trägers zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung der sozialmedizinischen Gutachten liefern.

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

Das Einzelkriterium **Formale Gestaltung** untergliedert sich in zwei Prüffragen. Das Kriterium erfordert die adäquate Berücksichtigung des formalen Anforderungsprofils für sozialmedizinische Gutachten. Geprüft wird, ob die formalen Anforderungen an das Gutachten gemäß den Gliederungsvorgaben der DRV-Schrift 21 eingehalten sind. Des Weiteren soll der einheitliche **Vordruck** der Deutschen Rentenversicherung, bestehend aus fünf Seiten, verwendet werden. **Hierbei entsprechen die Seiten eins und zwei dem Deckblatt, die Seiten drei bis fünf dem Schlussblatt.** Die Prüfung der Qualität bezieht sich hier ausschließlich auf rein formale Aspekte. Inhaltliche Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit der Darstellung sind hier nicht relevant und werden an anderer Stelle geprüft.

Das Einzelkriterium **Verständlichkeit** untergliedert sich in drei Prüffragen. Geprüft werden die sprachliche Darstellung des Gutachtens sowie der Umgang mit sozialrechtlichen Begriffen und Aussagen. Im Gutachten wird eine allgemeinverständliche und prägnante Sprache erwartet. Fachsprachliche Abkürzungen sollen in den Diagnosen und der Epikrise möglichst vermieden bzw. allgemeinsprachlich ausgedrückt werden. Die korrekte Anwendung der sozialmedizinischen Terminologie wird erwartet, sozialrechtliche Ausführungen oder Folgerungen sollen sich nicht im Gutachten finden.

Das Einzelkriterium **Transparenz** untergliedert sich in drei Prüffragen. Hier soll bewertet werden, inwieweit die verwendeten Verfahren, Methoden und Instrumente beschrieben wurden und ob die Kriterien zur Beurteilung der Befunde im Gutachten dargelegt sind. Die Herkunft von anamnestischen Informationen und Befunden muss erkennbar sein.

Das Einzelkriterium **Vollständigkeit** untergliedert sich in fünf Prüffragen. Geprüft wird, inwieweit Anamnese, Befunde, Diagnosen und Epikrise vollständig dargestellt sind und die sozialmedizinischen Fragestellungen vollständig beantwortet werden. Hier ist die Bewertung der Vollständigkeit, nicht aber der Richtigkeit der Beantwortung der sozialmedizinischen Fragestellung gefordert. Die vom Gutachter zugrunde gelegten Befunde sollen ausreichend dokumentiert sein. Befunde, die für die sozialmedizinische Beurteilung eine untergeordnete Rolle spielen, können als nicht relevant angesehen werden;

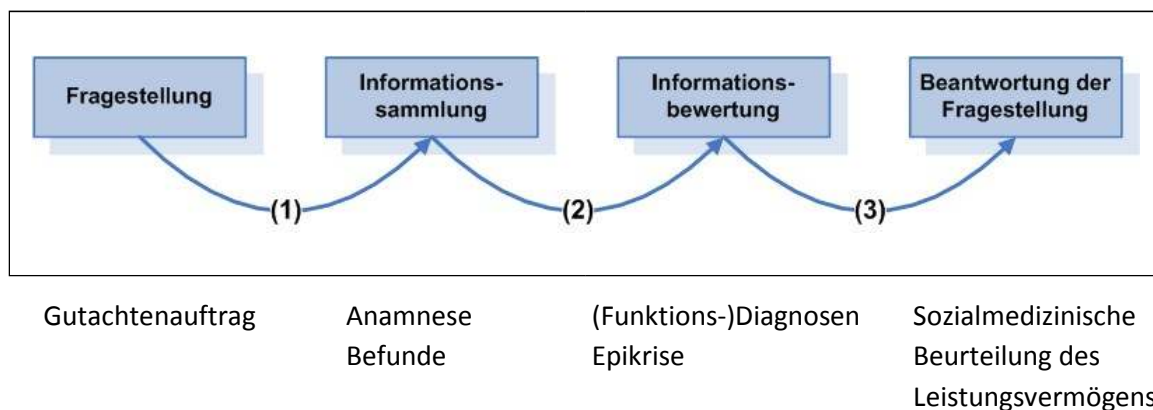
für diese ist dann eine weitergehende Auseinandersetzung nicht erforderlich. Der Gutachter muss sich auch mit den von der/dem Versicherten geltend gemachten Beschwerden im Gutachten auseinandersetzen. Bei umfangreichen Beschwerdeschilderungen können diese gegebenenfalls in einer zusammenfassenden Würdigung dargestellt werden. Auch wird eine Darstellung der bisherigen Therapie(n) des Versicherten wie auch eine Stellungnahme zu weiteren therapeutischen Optionen erwartet. Wesentliche Abweichungen in der sozialmedizinischen Beurteilung gegenüber Vorgutachten sollen dargelegt werden.

Das Einzelkriterium **Medizinisch-wissenschaftliche Grundlagen** untergliedert sich in zwei Prüffragen. Geprüft wird, inwieweit der allgemein anerkannte Stand medizinischer Erkenntnisse eingehalten und inwieweit die Begutachtungsliteratur der Deutschen Rentenversicherung berücksichtigt werden.

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

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

Module der Argumentationskette



Der *Fragestellung* schließt sich in der Argumentationskette die Informationssammlung an. Zu dieser *Informationssammlung* gehören die Anamnese (medizinische Anamnese, Arbeits- und Sozialanamnese inklusive AU-Zeiten und Kontextfaktoren) sowie Fremdinformationen und durch den Gutachter erhobene Untersuchungsbefunde. Anschließend erfolgt in der Argumentationskette eine *Informationsbewertung* der vom Gutachter gesammelten bzw. dokumentierten Informationen mit Formulierung von Diagnosen (nach ICD) und den daraus folgenden Funktionseinschränkungen und einer kritischen Bewertung der Informationssammlung in der Epikrise. Hierbei werden die Funktionseinschränkungen, die Kompensationsmöglichkeiten des Antragstellers, mögliche Therapieoptionen wie auch differenzialdiagnostische Überlegungen vom Gutachter dargelegt und gewichtet. Den Abschluss der Argumentationskette bildet die *Beantwortung der Fragestellung*, die im Gutachtauftrag formuliert ist. Hierbei wird bewertet, inwieweit die sozialmedizinische Beurteilung des quantitativen Leistungsvermögens auf

dem allgemeinen Arbeitsmarkt ein nachvollziehbares Ergebnis der Informationssammlung und Informationsbewertung ist.

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

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

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

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

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

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

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

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

Wichtiger Hinweis:

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

Hinweise für den Peer

Nur geschulte Peers dürfen Gutachten in diesem Verfahren bewerten. Eine Weitergabe des Gutachtens oder gemeinsame Bewertung mit hinzugezogenen Kolleginnen bzw. Kollegen ist nicht zulässig. Sollte wider Erwarten ein Gutachten erkennbar aus dem eigenen Sozialmedizinischen Dienst kommen, muss die aussendende Koordinierende Stelle in der Deutschen Rentenversicherung Bund unmittelbar darüber informiert werden, damit dies in der Auswertung berücksichtigt werden kann. Eine anderweitige Zuordnung ist im jeweils laufenden Verfahren technisch nicht möglich.

Die datenschutzrechtlichen Belange sind zu wahren.

Die Herangehensweise an die Bewertung eines sozialmedizinischen Gutachtens sollte stets einheitlich und entlang der vorgegebenen Reihenfolge der Prüffragen erfolgen. Es sollen Hinweise und Kommentare der Peers im dafür vorgesehenen Freitextfeld vorgenommen werden. Bei der standardisierten maschinellen Auswertung werden die vorgegebenen Antwortkategorien statistisch erfasst. Die Freitextangaben werden den einzelnen Rentenversicherungsträgern übermittelt und sind besonders wertvoll für die differenzierte Aufarbeitung der Ergebnisse.

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

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

Der Peer sollte die für jede Prüffrage vorgegebene Bewertungsmatrix mit entsprechender Hinterlegung der Bewertungskategorien prüfen und anwenden. Die Begutachtung wird bei den verschiedenen Trägern unterschiedlich organisiert: es werden sowohl fachübergreifende als auch fachgebietsbezogene Gutachten erstellt, sowohl intern durch hauptamtlich beschäftigte Gutachterinnen und Gutachter als auch nach externer Beauftragung. Deshalb kann eine fachübergreifende sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens weder gefordert noch als Mangel angesehen werden. Entscheidend ist, dass die vorgenommene sozialmedizinische Beurteilung schlüssig aus den im Gutachten dargestellten anamnestischen Angaben, Befunden und Funktionsstörungen hergeleitet wird.

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

Das vorliegende Manual wurde von der Deutschen Rentenversicherung unter wissenschaftlicher Begleitung durch die Forschergruppe PD Dr. Vogel (Abteilung Medizinische Psychologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg) erstellt. Es ist integraler Bestandteil der Peer-Schulungen und des Peer Review-Verfahrens.

Tabelle 1 Überblick Prüffragenkatalog	
Einzelkriterien (Vier-Kategorien-Bewertungssystem)	
Einzelkriterium A: Formale Gestaltung	
Prüffrage A1	Inwieweit werden die Gliederungsvorgaben gemäß den Anforderungen eingehalten?
Prüffrage A2	Inwieweit wird der einheitliche Vordruck, bestehend aus Deck- und Schlussblatt ¹ , verwendet?
Einzelkriterium B: Verständlichkeit	
Prüffrage B1	Inwieweit ist die sprachliche Ausdrucksweise korrekt und unmissverständlich?
Prüffrage B2	Inwieweit sind Fachausdrücke und Abkürzungen, die für das Verstehen des Gutachtens wesentlich sind, allgemeinverständlich erklärt?
Prüffrage B3	Inwieweit wird die sozialmedizinische Terminologie richtig angewendet?
Einzelkriterium C: Transparenz	
Prüffrage C1	Inwieweit sind Herkunft, zeitliche Einordnung und Kernaussagen von medizinischen Informationen erkennbar?
Prüffrage C2	Inwieweit wird dargestellt, mit welchen Verfahren, Methoden und Instrumenten die Befunde erhoben werden?
Prüffrage C3	Inwieweit wird dargestellt, welche Messwerte, Referenzbereiche und Graduierungen die Grundlage der Beurteilung sind?
Einzelkriterium D: Vollständigkeit	
Prüffrage D1	Inwieweit wird die Anamnese vollständig dargestellt?
Prüffrage D2	Inwieweit sind die Diagnosen dargestellt und mit Funktionseinschränkungen (sog. Funktionsdiagnosen) formuliert?
Prüffrage D3	Inwieweit erfolgt eine Darstellung der bisherigen Therapie und eine Stellungnahme zu weiteren therapeutischen Optionen?
Prüffrage D4	Inwieweit werden wesentliche Abweichungen in der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens gegenüber Vorgutachten beschrieben und bewertet?
Prüffrage D5	Inwieweit werden die sozialmedizinischen Fragestellungen vollständig beantwortet?
Einzelkriterium E: Medizinisch-wissenschaftliche Grundlagen	
Prüffrage E1	Inwieweit wird der allgemein anerkannte Stand medizinischer Erkenntnisse beachtet?
Prüffrage E2	Inwieweit wird die vorhandene Begutachtungsliteratur der Deutschen Rentenversicherung beachtet?
Einzelkriterium F: Wirtschaftlichkeit	
Prüffrage F1	Inwieweit ist die eingesetzte Diagnostik für die Beantwortung der sozialmedizinischen Fragestellung geeignet und notwendig?
Prüffrage F2	Inwieweit ist die eingesetzte Diagnostik für die Beantwortung der sozialmedizinischen Fragestellung ausreichend?
Übergeordnetes Kriterium (Ampelbewertung)	
Übergeordnetes Kriterium Nachvollziehbarkeit des Gutachtens	
	Bewerten Sie die Nachvollziehbarkeit des Gutachtens anhand der Argumentationsführung.

¹ demnächst gilt S0080, ein fünfseitiger Gutachten-Vordruck; „Deckblatt“ S. 1 und 2, „Schlussblatt“ S. 3 bis 5

Operationalisierung des Prüffragenkatalogs

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

Wie erfolgt die Bewertung?

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

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

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

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

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

Leichte Mängel	Bei mindestens einer der ersten drei Diagnosen fehlt die ICD-Verschlüsselung .
Deutliche Mängel	Bei mindestens einer der ersten drei Diagnosen fehlt die sprachliche Formulierung (z. B. Asthma bronchiale).

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

Deutliche Mängel	Bei mindestens einer der ersten drei Diagnosen fehlt die sprachliche Formulierung (z. B. Asthma bronchiale). ODER die Benennung der Funktionseinschränkungen.
Gravierende Mängel	Bei mindestens einer der ersten drei Diagnosen fehlt die sprachliche Formulierung (z. B. Asthma bronchiale) UND die Benennung der Funktionseinschränkungen.

Schließlich kann auch die **sozialmedizinische Relevanz** die Mängelstufen definieren:

Leichte Mängel	Es fehlt der exakte Wert/Referenzbereich für einen sozialmedizinisch nicht relevanten Messwert.
Deutliche Mängel	Es fehlen exakte Werte/Referenzbereiche für mehrere sozialmedizinisch nicht relevante Messwerte.
Gravierende Mängel	Es fehlt der exakte Wert/Referenzbereich für mindestens einen sozialmedizinisch relevanten Messwert.

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

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

A. Einzelkriterium „Formale Gestaltung“

Das Einzelkriterium „Formale Gestaltung“ untergliedert sich in zwei Prüffragen. Das Kriterium erfordert die adäquate Berücksichtigung des formalen Anforderungsprofils für sozialmedizinische Gutachten. Geprüft wird, ob die formalen Anforderungen an das Gutachten gemäß den Gliederungsvorgaben der DRV-Schrift 21 eingehalten sind. Des Weiteren soll der einheitliche Vordruck der Deutschen Rentenversicherung, bestehend aus fünf Seiten, verwendet werden. **Hierbei entsprechen die Seiten eins und zwei dem Deckblatt, die Seiten drei bis fünf dem Schlussblatt.**

Die Prüfung der Qualität bezieht sich hier ausschließlich auf rein formale Aspekte. Inhaltliche Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit der Darstellung sind hier nicht qualitätsrelevant und werden an anderer Stelle geprüft.

A1: Inwieweit werden die Gliederungsvorgaben gemäß den Anforderungen eingehalten?

Geltungsbereich: **gesamtes Gutachten**.

Hier geht es ausschließlich um die Struktur des Gutachtens.

Folgende Überschriften, die in der DRV-Schrift Band 21 dargelegt sind, müssen vorhanden sein:

- Anamnese
- Untersuchungsbefunde
- Diagnosen
- Epikrise
- Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung

Diese Überschriften sind im freien Teil des Gutachtens aufzuführen und im Layout klar voneinander abzugrenzen. Synonyme sind nicht erlaubt. Sowohl Singular- als auch Pluralform (z. B. Untersuchungsbefund oder Untersuchungsbefunde) können verwendet werden.

In Abgrenzung zu den Prüffragen des Einzelkriteriums "Vollständigkeit" geht es hier um das rein formale Vorhandensein der Gliederungspunkte. Inhaltliche Aspekte, wie z. B. Art, Umfang, Angemessenheit oder Vollständigkeit der Gliederungspunkte sind hier nicht Gegenstand der Bewertung.

Leichte Mängel	Die Reihenfolge der Überschriften wird nicht eingehalten.
Deutliche Mängel	Eine Überschrift fehlt. Dabei zählen Synonyme wie eine fehlende Überschrift.
Gravierende Mängel	Mehr als eine Überschrift fehlt. Dabei zählen Synonyme wie eine fehlende Überschrift.

A2: Inwieweit wird der einheitliche fünfseitige Gutachtenvordruck verwendet?

Geltungsbereich: **Vordruck**.

Hierbei entsprechen die Seiten 1 und 2 des Vordrucks dem Deckblatt, die Seiten 3 bis 5 des Vordrucks dem Schlussblatt.

An dieser Stelle wird geprüft, ob der einheitliche Vordruck verwendet wird. Es wird nicht geprüft, ob die Aussagen des Vordrucks an anderer Stelle im Gutachten vorhanden sind bzw. ob das Gutachten bei fehlendem Vordruck verwertbar ist.

Wenn der Vordruck gemäß der Gremienbeschlüsse verändert, ergänzt oder angepasst wurde, soll kein Mangel kodiert werden. Es gilt der jeweils aktuellste in den Gremien konsentierter Vordruck.

Leichte Mängel	Deckblatt und Schlussblatt (Vordruck S. 1 und 2 bzw. S. 3 bis 5) sind beigefügt. Ein Teil oder beide Teile sind aber gegenüber dem einheitlichen Vordruck abgewandelt , wobei alle wesentlichen Elemente vorhanden sind.
Deutliche Mängel	Es fehlt das Deckblatt (Seite 1 und 2) des einheitlichen Vordrucks. ODER Es fehlt das Schlussblatt (Seite 3 bis 5) des einheitlichen Vordrucks.
Gravierende Mängel	Der einheitliche Vordruck fehlt vollständig .

B. Einzelkriterium „Verständlichkeit“

Das Einzelkriterium **Verständlichkeit** untergliedert sich in drei Prüffragen. Geprüft werden die sprachliche Darstellung des Gutachtens sowie der Umgang mit sozialrechtlichen Begriffen und Aussagen. Im Gutachten wird eine allgemeinverständliche und prägnante Sprache erwartet. Fachsprachliche Abkürzungen sollen in den Diagnosen und der Epikrise möglichst vermieden bzw. allgemeinsprachlich ausgedrückt werden. Die korrekte Anwendung der sozialmedizinischen Terminologie wird erwartet; sozialrechtliche Ausführungen oder Folgerungen sollen sich nicht im Gutachten finden.

B1: Inwieweit ist die sprachliche Ausdrucksweise korrekt und unmissverständlich?

Geltungsbereich: **gesamtes Gutachten**.

Hier werden Sprache, Grammatik und Satzkonstruktion beurteilt, nicht jedoch der persönliche Schreibstil des Gutachters. Gefordert ist eine knappe, prägnante Ausdrucksweise. Unnötige Längen, z. B. durch reine Wiederholung von bereits beschriebenen Sachverhalten oder ausführliche Diskussionen irrelevanter Befunde sollen vermieden werden. Zentral ist die Verständlichkeit der Aussagen.

Leichte Mängel	Das Gutachten enthält unnötige Längen. ODER Im Gutachten werden unnötig komplizierte Formulierungen verwendet.
Deutliche Mängel	Durch die sprachliche Ausdrucksweise sind Aussagen vereinzelt nicht eindeutig bzw. nicht verständlich.
Gravierende Mängel	Durch die sprachliche Ausdrucksweise sind Aussagen überwiegend nicht eindeutig bzw. nicht verständlich.

B2: Inwieweit sind Fachausdrücke und Abkürzungen, die für das Verstehen des Gutachtens wesentlich sind, allgemeinverständlich erklärt?

Geltungsbereich: **Diagnose und Epikrise.**

Erklärungsbedürftig sind Fachausdrücke und Abkürzungen, deren Kenntnis von Nicht-Medizinern nicht vorausgesetzt werden können (wie z. B. Spondylolisthesis, PTBS, pAVK). Ausnahmen sind allgemeinverständliche Fachausdrücke und Abkürzungen (z. B. EKG, HIV).

Fachausdrücke bei den Diagnosen müssen in der Epikrise allgemeinverständlich erläutert werden. Fachausdrücke, die in der Epikrise verwendet werden, müssen auch dort erklärt werden.

Erwartet wird, dass nicht allgemeinverständliche Abkürzungen mindestens einmal ausgeschrieben bzw. erklärt werden. Dies gilt auch für Abkürzungen, die für unterschiedliche medizinische Begrifflichkeiten verwendet werden (wie z. B. HWI: Hinterwandinfarkt, Harnwegsinfekt; BAA: Bauchortenaneurysma, bradykarde absolute Arrhythmie).

<p>Leichte Mängel</p>	<p>Eine Abkürzung wird nicht mindestens einmal ausgeschrieben. ODER Es erfolgt keine Erläuterung eines nicht allgemeinverständlichen Fachbegriffs.</p>
<p>Deutliche Mängel</p>	<p>Mehrfach werden Abkürzungen nicht mindestens einmal ausgeschrieben. ODER Es erfolgt mehrfach keine Erläuterung nicht allgemeinverständlicher medizinischer Fachbegriffe.</p>
<p>Gravierende Mängel</p>	<p>Überwiegend werden Abkürzungen nicht mindestens einmal ausgeschrieben. ODER Es erfolgt überwiegend keine Erläuterung nicht allgemeinverständlicher Fachbegriffe.</p>

B3: Inwieweit wird die sozialmedizinische Terminologie richtig angewendet?

Geltungsbereich: **Epikrise und sozialmedizinische Leistungsbeurteilung.**

Die Aufgabe des Gutachters ist es, die persönlichen medizinischen Voraussetzungen für Sozialleistungen zu beschreiben, ohne daraus sozialrechtliche Folgerungen zu ziehen. Es wird erwartet, dass der Gutachter mit sozialmedizinisch relevanten Begrifflichkeiten korrekt umzugehen weiß.

Geprüft wird die korrekte Anwendung sozialmedizinischer Termini gemäß den Definitionen im Sozialmedizinischen Glossar der Deutschen Rentenversicherung (DRV-Schrift 81).

Beispiel für eine nicht korrekte Anwendung sozialmedizinischer Termini: „voll-/ unter voll- oder teilschichtig“ lässt bei inhaltlich korrekter Anwendung keine falschen Schlussfolgerungen zu und wäre damit als leichter Mangel zu kodieren. Da es ein Begriff aus dem alten Recht ist, das in aller Regel nicht mehr der Fragestellung des Gutachtens entspricht, fällt es hier überhaupt in eine Mängelkategorie. Beispiel für eine nicht korrekte Anwendung sozialmedizinischer Termini: dreimal „zeitweise“ für die Arbeitshaltung (dies wird als deutlicher Mangel kodiert).

Beispiele für (nicht zulässige) sozialrechtliche Folgerungen: Der Sozialmediziner äußert sich zur „Wegefähigkeit“ statt (nur) zur Gehstrecke, stellt eine „Erwerbsminderung“ fest, empfiehlt eine Rente oder benutzt Begrifflichkeiten wie „Arbeiten von wirtschaftlichem Wert“ oder „Lohnbringende Tätigkeit“.

Leichte Mängel	Sozialmedizinische Termini werden nicht immer korrekt angewendet. ABER Dies lässt keine missverständlichen oder falschen Schlussfolgerungen zu.
Deutliche Mängel	Sozialmedizinische Termini werden nicht immer korrekt angewendet. UND Dies lässt missverständliche oder falsche Schlussfolgerungen zu.
Gravierende Mängel	Im Gutachten findet sich mindestens eine sozialrechtliche Folgerung des Gutachters.

C. Einzelkriterium „Transparenz“

Das Einzelkriterium „*Transparenz*“ untergliedert sich in drei Prüffragen. Erfasst wird, inwieweit die verwendeten Verfahren, Methoden und Instrumente beschrieben werden und die Kriterien zur Beurteilung der Befunde im Gutachten dargelegt sind. Die Herkunft von anamnestischen Informationen und Befunden muss erkennbar sein.

C1: Inwieweit sind Herkunft, zeitliche Einordnung und Kernaussagen von medizinischen Informationen erkennbar?

Geltungsbereich: **gesamtes Gutachten**.

Alle im Gutachten erwähnten medizinischen Informationen müssen dokumentiert sein. Dabei wird erwartet, dass Herkunft (Quelle), zeitliche Einordnung (Datum) und Kernaussagen der vorliegenden medizinischen Informationen erkennbar sind.

Medizinische Informationen sind:

- Angaben, die der Versicherte selbst gemacht hat
- Angaben von dritten Personen
- Ärztliche Berichte
- Krankenhausentlassungsberichte
- Reha-Entlassungsberichte
- Gutachten der Rentenversicherungsträger, Gutachten im Klageverfahren
- Gutachten anderer Sozialleistungsträger (z. B. Agentur für Arbeit, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Berufsgenossenschaft, Versorgungsamt), Betreuungsgutachten
- Selbst erhobene und in Auftrag gegebene Befunde
- Vor- bzw. Fremdbefunde (z. B. vom Versicherten mitgebrachter Koronarangiografie-Befund durch vorbehandelnden Kardiologen).

Als Kernaussage von Vorgutachten ist insbesondere die sozialmedizinische Beurteilung zu berücksichtigen. Die Angabe "Siehe Befundbericht Dr. XXX" ist nicht ausreichend.

Leichte Mängel	Herkunft, zeitliche Einordnung oder Kernaussagen der medizinischen Informationen fehlen vereinzelt .
Deutliche Mängel	Herkunft, zeitliche Einordnung oder Kernaussagen fehlen bei mehreren medizinischen Informationen.
Gravierende Mängel	Herkunft, zeitliche Einordnung oder Kernaussagen der medizinischen Informationen fehlen überwiegend .

C2: Inwieweit wird dargestellt, mit welchen Verfahren, Methoden und Instrumenten die Befunde erhoben werden?

Geltungsbereich: **bei der Begutachtung erhobene Befunde.**

Erwartet wird, dass bei vom Gutachter selbst erhobenen Befunden die angewendeten Verfahren, Instrumente und Methoden benannt werden. Beispielsweise wäre die Methode der Lungenuntersuchung anzugeben (Spirometrie oder Bodyplethysmografie) oder, ob eine Ergometrie im Liegen oder in sitzender Position durchgeführt wurde.

Die Nennung eines konkreten Gerätemodells ist nicht erforderlich.

Leichte Mängel	Für einen sozialmedizinisch nicht relevanten Befund fehlt die Darstellung der Verfahren, Methoden und Instrumente.
Deutliche Mängel	Für mehrere sozialmedizinisch nicht relevante Befunde fehlt die Darstellung der Verfahren, Methoden und Instrumente.
Gravierende Mängel	Für mindestens einen sozialmedizinisch relevanten Befund fehlt die Darstellung der Verfahren, Methoden und Instrumente.

C3: Inwieweit wird dargestellt, welche Messwerte, Referenzbereiche und Graduierungen die Grundlage der Beurteilung sind?

Geltungsbereich: alle **bei der Begutachtung durchgeführten** Untersuchungen.

Es wird erwartet, dass bei vom Gutachter selbst erhobenen apparativ-technischen Untersuchungen einschließlich psychometrischer Testverfahren die erhobenen Messwerte und Referenzbereiche aufgeführt werden. Dies gilt auch für die Neutral-Null-Methode, obwohl sie keine apparativ-technische Untersuchung im eigentlichen Sinn ist.

Entscheidend ist, dass es dem Leser anhand der im Gutachten benannten Normwerte und Referenzbereiche möglich ist, das Ausmaß beschriebener Abweichungen vom Normalen bzw. angegebener Schweregrade nachzuvollziehen. Angaben von Referenzbereichen für Blutdruck, Größe, Gewicht und Body-Mass-Index sind nicht erforderlich.

Unauffällige Befundergebnisse sollen als solche gekennzeichnet sein. Bei pathologischen Ausprägungen müssen Laborwerte mit Referenzbereichen exakt angegeben werden; die Kenntlichmachung +/- (im Sinne von über bzw. unter dem Referenzwert) reicht nicht aus.

Leichte Mängel	Es fehlt der exakte Wert/Referenzbereich für einen sozialmedizinisch nicht relevanten Messwert.
Deutliche Mängel	Es fehlen exakte Werte/Referenzbereiche für mehrere sozialmedizinisch nicht relevante Messwerte.
Gravierende Mängel	Es fehlt der exakte Wert/Referenzbereich für mindestens einen sozialmedizinisch relevanten Messwert.

D. Einzelkriterium „Vollständigkeit“

Das Einzelkriterium **Vollständigkeit** untergliedert sich in fünf Prüffragen. Geprüft wird, inwieweit Anamnese, Befunde, Diagnosen und Epikrise vollständig dargestellt sind und die sozialmedizinischen Fragestellungen vollständig beantwortet werden. Hier ist die Bewertung der Vollständigkeit, **nicht aber der Richtigkeit** der Beantwortung der sozialmedizinischen Fragestellung gefordert.

Die vom Gutachter zugrunde gelegten Befunde sollen ausreichend dokumentiert sein. Befunde, die für die sozialmedizinische Beurteilung eine untergeordnete Rolle spielen, können als nicht relevant angesehen werden; für diese ist dann eine weitergehende Auseinandersetzung nicht erforderlich.

Der Gutachter muss sich auch mit den von der/dem Versicherten geltend gemachten Beschwerden im Gutachten auseinandersetzen. Bei umfangreichen Beschwerdeschilderungen können diese gegebenenfalls in einer zusammenfassenden Würdigung dargestellt werden. Auch wird eine gutachterliche Stellungnahme zu bisherigen Therapien des Antragstellers und zu weiteren therapeutischen Optionen erwartet. Wesentliche Abweichungen in der sozialmedizinischen Beurteilung gegenüber Vorgutachten sollen dargelegt werden.

D1: Inwieweit wird die Anamnese vollständig dargestellt?

Geltungsbereich: Gutachtenabschnitt **Anamnese**.

In diesem Gutachtenabschnitt werden folgende Inhalte erwartet:

Anamnese medizinischer Daten

- Eigenanamnese (medizinische Vorgeschichte)
- Aktuelle Anamnese: Jetzige Beschwerden mit ihrer Entwicklung (Beschwerden, mit denen eine Leistungsminderung begründet wird), Darstellung der Tagesstruktur, soweit für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung relevant (unabhängig vom Fachgebiet des Gutachtens), verbliebene Ressourcen und subjektives Krankheitsverständnis
- Bei psychischen Störungen: Biografische Anamnese, soweit störungsbezogen und/ oder für die sozialmedizinische Beurteilung relevant
- Therapie
- Fachrichtung der behandelnden Ärzte, sofern nicht auf dem Formblatt aufgeführt
-

Arbeits- und Sozialanamnese

- Berufs- und Arbeitsanamnese
- Umstände der Antragstellung, bisherige Sozialleistungen
- weitere soziale Kontextfaktoren, z. B. familiäre Situation und Wohnsituation

Leichte Mängel	<p>Einer oder mehrere der folgenden Bestandteile der Anamnese fehlen oder sind inhaltlich unvollständig:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fachrichtung der behandelnden Ärzte - Umstände der Antragstellung, bisherige Sozialleistungen <p>weitere soziale Kontextfaktoren</p>
Deutliche Mängel	<p>Einer der folgenden Bestandteile der Anamnese fehlt oder ist unvollständig:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eigenanamnese/Aktuelle Anamnese - Biografische Anamnese bei psychischen Störungen, soweit für die sozialmedizinische Beurteilung relevant - Therapie <p>Berufs- und Arbeitsanamnese</p>
Gravierende Mängel	<p>Mehrere der folgenden Bestandteile der Anamnese fehlen oder sind unvollständig:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eigenanamnese/ Aktuelle Anamnese - Biografische Anamnese bei psychischen Störungen, soweit für die sozialmedizinische Beurteilung relevant - Therapie <p>Berufs- und Arbeitsanamnese</p>

D2: Inwieweit sind die Diagnosen dargestellt und mit Funktionseinschränkungen (sog. Funktionsdiagnosen) formuliert?

Geltungsbereich: Abschnitt **Diagnosen und Schlussblatt** (Vordruck Seite 3 bis 5).

Entsprechend den Vorgaben der DRV-Schrift 21 soll der Gutachter die Diagnosen

- sprachlich formulieren (z. B. Asthma bronchiale)
- mit Funktionseinschränkungen angeben (wie z. B. medikamentös eingestellter Diabetes mellitus Typ 2 ohne wesentliche Folgeschäden oder chronisch obstruktive Lungenerkrankung mit dauerhaft schwerwiegender Einschränkung der Atemfunktion)

Die ICD-Verschlüsselung ist - sofern möglich - vierstellig (einschließlich Stelle nach dem Punkt) z. B. J45.1 gefordert. Die ICD-Verschlüsselung auf dem Schlussblatt ist dazu ausreichend. Eine fehlerhafte ICD-Kodierung kann hier nicht in einer Mängelkategorie abgebildet werden.

Inwieweit eine Diagnose aus der Anamnese bzw. der klinischen Untersuchung ableitbar ist, soll hier nicht bewertet werden. Ebenso wird hier nicht bewertet, ob die Diagnose gesichert ist. **Dies könnte bei der Frage E1 ins Kommentarfeld geschrieben werden (vgl. Text dort).** Eine nicht sachgerechte Reihenfolge der Diagnosen wird nicht als Mangel kodiert.

Leichte Mängel	Bei mindestens einer der ersten drei Diagnosen fehlt die ICD-Verschlüsselung.
Deutliche Mängel	Bei mindestens einer der ersten drei Diagnosen fehlt die sprachliche Formulierung (z. B. Asthma bronchiale) ODER die Benennung der Funktionseinschränkungen.
Gravierende Mängel	Bei mindestens einer der ersten drei Diagnosen fehlt die sprachliche Formulierung (z. B. Asthma bronchiale) UND die Benennung der Funktionseinschränkungen.

D3: Inwieweit erfolgt eine Darstellung der bisherigen Therapie und eine Stellungnahme zu weiteren therapeutischen Optionen?

Geltungsbereich: **gesamtes Gutachten bzw. Epikrise und sozialmedizinische Leistungsbeurteilung.**

Erwartet wird eine Darstellung der bisherigen Behandlungen im Gutachten und in der Epikrise oder der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung eine Stellungnahme zu gegebenenfalls vorhandenen Therapien, die geeignet sind, die Leistungsfähigkeit deutlich zu steigern. Das betrifft typischerweise die ersten drei Diagnosen, sofern diese für die Beurteilung des Leistungsvermögens relevant sind.

Leichte Mängel	Es fehlt eine Darstellung der bisher durchgeführten Therapie.
Deutliche Mängel	Es fehlt eine Stellungnahme zu Therapien, die geeignet sind, die Leistungsfähigkeit deutlich zu steigern.
Gravierende Mängel	Es fehlt eine Darstellung der bisherigen Behandlungen UND es fehlt eine Stellungnahme zu Therapien, die geeignet sind, die Leistungsfähigkeit deutlich zu steigern.

D4: Inwieweit werden wesentliche Abweichungen in der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens gegenüber Vorgutachten beschrieben und bewertet?

Geltungsbereich: **gesamtes Gutachten**.

Hierbei geht es um abweichende Aussagen zum Leistungsvermögen gegenüber Vorgutachten, die eine andere sozialrechtliche Entscheidung nach sich ziehen könnten. Es wird erwartet, dass Abweichungen hinsichtlich des quantitativen und qualitativen Leistungsvermögens, von Beginn und Dauer der Leistungsminderung oder des Reha-Bedarfs in der Epikrise aufgezeigt und bewertet werden.

Unter Vorgutachten wird dabei z. B. verstanden: Reha-Entlassungsbericht, Gutachten der Rentenversicherungsträger, Gerichtsgutachten, Gutachten anderer Sozialleistungsträger (z. B. der Agentur für Arbeit, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, der Berufsgenossenschaft, des Versorgungsamtes), Betreuungsgutachten.

Ergeben sich aus dem Gutachten keine Hinweise auf Vorgutachten, wird hier kein Mangel kodiert.

Leichte Mängel	Es gibt wesentliche Abweichungen in der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens gegenüber Vorgutachten. Diese werden im Gutachten aufgezeigt, es unterbleibt jedoch eine Bewertung von Teilaspekten der Abweichungen in der Epikrise .
Deutliche Mängel	Es gibt wesentliche Abweichungen in der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens gegenüber Vorgutachten. Diese werden im Gutachten aufgezeigt, es unterbleibt jedoch eine Bewertung dieser Abweichungen in der Epikrise .
Gravierende Mängel	Es werden Vorgutachten zitiert, aber ohne Aussage zum darin angegebenen Leistungsvermögen. ODER Es gibt wesentliche Abweichungen in der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens gegenüber Vorgutachten, die in der Epikrise nicht aufgezeigt werden.

D5: Inwieweit werden die sozialmedizinischen Fragestellungen vollständig beantwortet?

Die Fragestellungen an das sozialmedizinische Gutachten der Deutschen Rentenversicherung sind formuliert im bundesweit konsentierten „Schlussblatt“ zum Gutachten (Vordruck Seite 3 bis 5, siehe auch DRV-Schrift 21 in der Fassung von 2018):

- quantitatives Leistungsvermögen
- qualitatives Leistungsvermögen
- Beginn/Dauer einer Leistungsminderung
- Bedarf an Leistungen zur Teilhabe.

Darüber hinaus können sich Fragestellungen aus den Angaben des Versicherten oder aus den Befunden und Diagnosen im Einzelfall ergeben, z. B. Gehfähigkeit, Gebrauchsfähigkeit der Hände, zusätzlich erforderliche Arbeitsunterbrechungen.

Erwartet werden zu jeder der vier Fragestellungen an das Gutachten Aussagen im freien Teil des Gutachtens und die entsprechende Dokumentation auf dem Schlussblatt (einheitlicher Vordruck Seite 3 bis 5). Es reicht nicht aus, die getroffenen Feststellungen allein durch Ankreuzen auf dem Schlussblatt zu dokumentieren.

Bei dieser Frage geht es um den Inhalt des Gutachtentextes und die Korrelation zum Schlussblatt, das Fehlen des Schlussblattes an sich wird in Prüffrage A2 als Mangel kodiert. D. h. hier würde das Fehlen des Schlussblatts sich außerdem in der Mängelkategorie gravierend niederschlagen.

Bei einem Leistungsvermögen im Erwerbsleben von unter drei Stunden ist es nicht erforderlich, das qualitative Leistungsvermögen im Erwerbsleben darzustellen.

Aufgrund unterschiedlicher Verfahrensweisen der einzelnen Rentenversicherungsträger sind vorhandene oder fehlende Aussagen zum Leistungsvermögen in Bezug auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit oder den letzten Beruf nicht Gegenstand der Prüfung.

Leichte Mängel	Es fehlen Aussagen zum Bedarf an Leistungen zur Teilhabe in Freitext und/ oder Schlussblatt oder es bestehen Diskrepanzen zwischen diesen Aussagen.
Deutliche Mängel	Es fehlen Aussagen zu Beginn und / oder Dauer einer Leistungsminderung (bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt) in Freitext und/ oder Schlussblatt oder es bestehen Diskrepanzen zwischen diesen Aussagen.
Gravierende Mängel	Es fehlen Aussagen zum Leistungsvermögen (qualitativ/quantitativ) bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt in Freitext und/ oder Schlussblatt oder es bestehen Diskrepanzen zwischen diesen Aussagen.

E. Einzelkriterium „Medizinisch-wissenschaftliche Grundlagen“

Das Einzelkriterium „*Medizinisch-wissenschaftliche Grundlagen*“ untergliedert sich in zwei Prüffragen. Geprüft wird, inwieweit der allgemein anerkannte Stand medizinischer Erkenntnisse eingehalten und inwieweit die Begutachtungsliteratur der Deutschen Rentenversicherung berücksichtigt werden.

E1: Inwieweit wird der allgemein anerkannte Stand medizinischer Erkenntnisse beachtet?

Geltungsbereich: **gesamtes Gutachten**.

Geprüft wird, ob bei der Erhebung der Krankheitsgeschichte und der Befunde, Stellen der Diagnosen und Feststellung der Funktionseinschränkungen, sowie der Darstellung der Prognose und der Therapieoptionen der allgemein anerkannte Stand medizinischer Erkenntnisse eingehalten wird. Außenseitermethoden entsprechen nicht dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse.

Die Schlüssigkeit der Diagnose und deren Ableitung werden hier nicht geprüft.

Leichte Mängel	Fallbezogen werden Außenseitermethoden verwendet, jedoch nicht zur sozialmedizinischen Beurteilung herangezogen.
Deutliche Mängel	Außenseitermethoden werden zusätzlich zur Herleitung der sozialmedizinischen Beurteilung herangezogen.
Gravierende Mängel	Die sozialmedizinische Beurteilung wird mit Außenseitermethoden begründet.

Hinweis: Bei dieser Frage besteht die Möglichkeit, Kommentare zu beispielsweise vermeintlich fehlerhafter Diagnosestellung oder mangelhafter Befunderhebung abzugeben, ohne dass dies bislang in die Mängelbewertung eingehen kann.

Auf diese Weise könnte sich zeigen, ob Bedarf besteht, diese Frage mittelfristig ggf. zu erweitern oder eine zusätzliche Frage einzufügen.

E2: Inwieweit wird die vorhandene Begutachtungsliteratur der Deutschen Rentenversicherung beachtet?

Geltungsbereich: **gesamtes Gutachten**.

Geprüft wird, inwieweit Abweichungen von der Begutachtungsliteratur zu erkennen sind. Hier ist die von der Rentenversicherung veröffentlichte sozialmedizinische Begutachtungsliteratur gemeint, insbesondere die Buchveröffentlichung „Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung“ und die „Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung“ der Deutschen Rentenversicherung. Die Leitlinien sind auf den DRV-Internetseiten veröffentlicht.

Bei Mängeln soll der Peer einen konkreten Bezug zur Begutachtungsliteratur herstellen, z. B. indem die Leitlinie oder das (Kapitel im) Begutachtungsbuch benannt werden.

Begründete Abweichungen des Gutachters von der Begutachtungsliteratur führen nicht zu einer Mängelbewertung. Die Richtigkeit der Begründung ist nicht Gegenstand der Prüfung.

Sofern eine Abweichung von der Begutachtungsliteratur in einem anderen Einzelkriterium als Mangel bewertet wurde, ist diese hier nicht erneut zu kodieren, wie z. B. fehlerhafte Anwendung der sozialmedizinischen Terminologie, fehlerhafte Gliederung oder Unvollständigkeit der Anamnese.

Leichte Mängel	Es liegt eine Abweichung von der Begutachtungsliteratur vor, die keine Auswirkung auf die sozialmedizinische Beurteilung hat.
Deutliche Mängel	Es liegen mehrere Abweichungen von der Begutachtungsliteratur vor, die keine Auswirkungen auf die sozialmedizinische Beurteilung haben.
Gravierende Mängel	Es liegt mindestens eine Abweichung von der Begutachtungsliteratur vor, die Auswirkungen auf die sozialmedizinische Beurteilung hat.

F. Einzelkriterium „Wirtschaftlichkeit“

Das Einzelkriterium „*Wirtschaftlichkeit*“ umfasst zwei Prüffragen. Diese beziehen sich auf die Diagnostik und orientieren sich am Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V („notwendig, zweckmäßig und ausreichend“). Verfahren, Methoden und Instrumente sollten dementsprechend ausgerichtet werden. Hier soll geprüft werden, ob eine Gutachterin/ein Gutachter Sinn und Zweck einer Untersuchung ersichtlich gemacht hat und in der Epikrise auch Schlüsse daraus zieht.

F1: Inwieweit ist die eingesetzte Diagnostik für die Beantwortung der sozialmedizinischen Fragestellung geeignet und notwendig?

Geltungsbereich: **bei der Begutachtung eingesetzte Diagnostik.**

Es wird erwartet, dass die vom Gutachter eingesetzte medizinisch-technische Diagnostik und eventuelle testpsychologische Untersuchungen zur Beantwortung der Fragestellung geeignet sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Geprüft wird, inwieweit die vom Gutachter eingesetzte Diagnostik tatsächlich erforderlich ist, um zu einer sozialmedizinischen Beurteilung zu kommen. Zum Beispiel würde bei Vorliegen aktueller Fremdbefunde auf erneute Diagnostik verzichtet. Diagnosesicherung und Differenzialdiagnostik sind nicht vorrangig Aufgabe der sozialmedizinischen Begutachtung.

Hierbei sollen auch die Vorgaben der aktuellen Strahlenschutzverordnung Beachtung finden.

Die Indikation für die eingesetzte Diagnostik muss sich aus dem Gutachten ergeben.

Leichte Mängel	Die vom Gutachter eingesetzte Diagnostik ist für die Beantwortung der sozialmedizinischen Fragestellung geeignet. Vereinzelt wird das Maß des Notwendigen überschritten.
Deutliche Mängel	Die vom Gutachter eingesetzte Diagnostik ist für die Beantwortung der sozialmedizinischen Fragestellung geeignet. Mehrfach wird das Maß des Notwendigen überschritten.
Gravierende Mängel	Die vom Gutachter eingesetzte Diagnostik ist für die Beantwortung der sozialmedizinischen Fragestellung nicht geeignet und damit auch nicht notwendig.

F2: Inwieweit ist die eingesetzte Diagnostik für die Beantwortung der sozialmedizinischen Fragestellung ausreichend?

Geltungsbereich: bei der Begutachtung eingesetzte Diagnostik.

Es wird erwartet, dass die eingesetzte medizinisch-technische Diagnostik und eventuelle testpsychologische Untersuchungen zur Beantwortung der Fragestellung ausreichend sind.

Bei nicht ausreichenden Vorbefunden soll der Gutachter eigene Diagnostik einsetzen.

Unter Wirtschaftlichkeitsaspekten kann umgekehrt auch das Fehlen von Diagnostik relevant sein, wenn dadurch zusätzlicher Bearbeitungsaufwand entsteht oder weitere Diagnostik oder Gutachten notwendig werden.

Leichte Mängel	Eine zur Stützung der sozialmedizinischen Beurteilung indizierte Untersuchung fehlt (z. B. fehlende Blutgasanalyse bei COPD). Zusätzlicher Bearbeitungsaufwand ist jedoch nicht notwendig.
Deutliche Mängel	Einzelne zur Unterlegung der sozialmedizinischen Beurteilung indizierte Untersuchungen fehlen und erschweren die Beurteilung (z. B. bei COPD nur Untersuchung der Lungenfunktion (LuFu) durchgeführt, Bodyplethysmografie fehlt).
Gravierende Mängel	Es fehlen wesentliche Untersuchungen, die zur Beantwortung der sozialmedizinischen Fragestellungen erforderlich gewesen wären. Dies zieht zusätzlichen Bearbeitungsaufwand nach sich (z. B. bei COPD nur körperliche Untersuchung durchgeführt, Lungenfunktion (LuFu) und Bodyplethysmografie fehlen).

Übergeordnetes Kriterium „Nachvollziehbarkeit des Gutachtens“

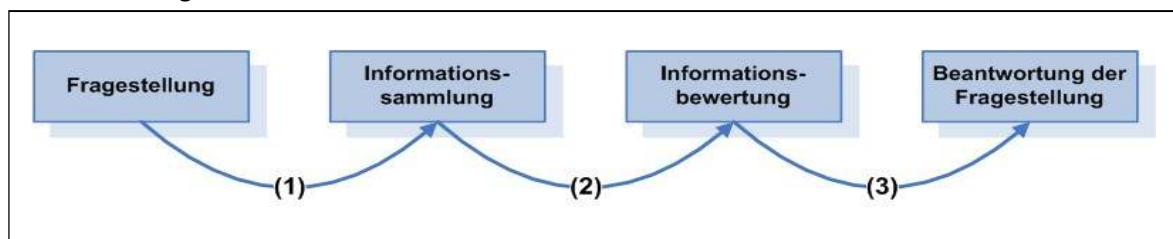
Das Übergeordnete Kriterium *Nachvollziehbarkeit des Gutachtens* ist ein Qualitätskriterium, dessen Erfüllung als entscheidend und unbedingt erforderlich angesehen wird. Im übergeordneten Qualitätskriterium wird das gesamte Gutachten im Zusammenhang betrachtet und die Nachvollziehbarkeit des Gutachtens anhand der Argumentationskette bewertet.

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

Bewerten Sie die Nachvollziehbarkeit des Gutachtens anhand der Argumentationsführung.

Beim übergeordneten Kriterium wird das gesamte Gutachten im Zusammenhang betrachtet und die Nachvollziehbarkeit des Gutachtens anhand der Argumentationskette (s. Abb.) bewertet.

Module der Argumentationskette



Gutachtauftrag

Anamnese
Befunde

(Funktions-)Diagnosen
Epikrise

Sozialmedizinische
Beurteilung des
Leistungsvermögens

Der *Fragestellung* schließt sich in der Argumentationskette die *Informationssammlung* an. Zu dieser *Informationssammlung* gehören die Anamnese (medizinische Anamnese, Arbeits- und Sozialanamnese inklusive AU-Zeiten und Kontextfaktoren) sowie Fremdinformationen und durch den Gutachter erhobene Untersuchungsbefunde. Anschließend erfolgt in der Argumentationskette eine *Informationsbewertung* der vom Gutachter gesammelten bzw. dokumentierten Informationen mittels Formulierung von Diagnosen (nach ICD) mit daraus folgenden Funktionseinschränkungen und einer kritischen Bewertung der Informationssammlung in der Epikrise. Hierbei sind die Funktionseinschränkungen, die Kompensationsmöglichkeiten des Antragstellers, mögliche Therapieoptionen wie auch differentialdiagnostische Überlegungen vom Gutachter darzulegen und zu gewichten. Den Abschluss der Argumentationskette bildet die *Beantwortung der Fragestellung*, die im Gutachtauftrag formuliert ist.

Die Bewertung dieses Kriteriums bezieht sich ausschließlich auf die **Nachvollziehbarkeit des geprüften Gutachtens im Hinblick auf das quantitative Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt**. Grundlage der Bewertung ist die Schlüssigkeit der Argumentationskette, d. h. die sinnvolle Verknüpfung der einzelnen Begutachtungsschritte und nachvollziehbare Herleitung des quantitativen Leistungsvermögens auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Bei der Bewertung des Gutachtens sollen die Brüche in der Argumentationskette vom Peer benannt und konkret belegt werden.

Die **Bewertung der Nachvollziehbarkeit des Gutachtens** hinsichtlich des quantitativen Leistungsvermögens für den allgemeinen Arbeitsmarkt wird über ein Ampelsystem vorgenommen:

- Die Ampelbewertung **GRÜN** kennzeichnet, dass keine nennenswerten Brüche in der Argumentationskette vorliegen, das Gutachten damit in sich schlüssig ist.
- Bei der Ampelbewertung **GELB** liegen Brüche in der Argumentationskette vor, jedoch ermöglichen die im Gutachten enthaltenen sozialmedizinischen Informationen dem Peer, diese durch entsprechende Neubewertung zu überbrücken und das Gutachtenergebnis (quantitatives Leistungsvermögen, allgemeiner Arbeitsmarkt) damit nachzuvollziehen.
- Bei der Ampelbewertung **ROT** liegen Brüche in der Argumentationskette vor, die vom Sozialmediziner auch mittels Neubewertung der sozialmedizinischen Informationen nicht mehr überbrückt werden können.

Da eine gravierende Verletzung des Neutralitätsgebotes die Nachvollziehbarkeit des gesamten Gutachtens grundsätzlich in Frage stellt, ist an dieser Stelle auch die Neutralität zu überprüfen. Eine Verletzung der Neutralität liegt vor, wenn offensichtlich herabsetzende und beleidigende Äußerungen vom Gutachter gegenüber einer Person oder Bevölkerungsgruppe gemacht werden. Die Voreingenommenheit und Parteilichkeit muss aus dem Text des Gutachters eindeutig belegbar sein.

Ein gravierender Verstoß gegen das **Neutralitätsgebot** führt zu der Ampelbewertung ROT.

GRÜN	Die Argumentationskette für die sozialmedizinische Beurteilung hinsichtlich des quantitativen Leistungsvermögens für den allgemeinen Arbeitsmarkt ist in sich schlüssig. Es sind keine nennenswerten Brüche in der Argumentationskette vorhanden.
GELB	Die Argumentationskette für die sozialmedizinische Beurteilung ist lückenhaft. Aus den vorhandenen Angaben ist es dem Sozialmediziner jedoch möglich, das quantitative Leistungsvermögen für den allgemeinen Arbeitsmarkt nachzuvollziehen.
ROT	Die Argumentationskette für die sozialmedizinische Beurteilung ist unterbrochen, die Brüche können auch vom Sozialmediziner nicht überbrückt werden. Das quantitative Leistungsvermögen für den allgemeinen Arbeitsmarkt kann damit nicht nachvollzogen werden. ODER Es liegt ein gravierender Verstoß gegen das Neutralitätsgebot vor.

Welche Mängel wurden festgestellt?

Die festgestellten Qualitätsdefizite, die der Mängelbewertung zugrunde liegen, müssen auf dem Prüfbogen dokumentiert werden.

Literatur

Brüggemann S., Niehues C., Rose A., Schwöbel B. (Hrsg.) (2015): Pschyrembel Sozialmedizin und Public Health, 2. Auflage. de Gruyter, Berlin/ Boston.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (Januar 2007): Abschlussbericht der Projektgruppe „Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung (PGQSBEGUT)“. Berlin..

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (November 2012): Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung – Bericht zur Umsetzung des „Qualitätssicherungsverfahrens der sozialmedizinischen Begutachtung“ – Aktueller Sachstand. Berlin.

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2011): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. 7. Auflage, Springer, Berlin/ Heidelberg.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2013): Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung. DRV-Schriften Band 81, 3. Auflage, Berlin.

Legner, R., Cibis, W. (2007): Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Begutachtung. *Rehabilitation*, **48**, 57-61.

Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung mit Aussagen zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben oder/und zur Rehabilitationsbedürftigkeit (Reha-Zugang für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und/oder für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) finden Sie immer aktuell auf unserer Homepage unter http://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/01_sozialmedizin/03_begutachtung/leitlinien_index.html

Strahl, A., C. Gerlich, H.-D. Wolf, J. Gehrke, A. Müller-Garnn, H. Vogel (2016): Qualitätssicherung in der Sozialmedizinischen Begutachtung durch Peer Review – ein Pilotprojekt der Deutschen Rentenversicherung *Gesundheitswesen* **78**; 156-160

Strahl et al. (2018): Development and evaluation of a standardized peer-training in the context of peer review for quality assurance in work capacity evaluation. [accessed Aug 13 2018]. *BMC Medical Education*, **18**, 135ff.

Ueberschär, I. (2008): Qualitätssicherung bei der sozialmedizinischen Sachaufklärung in der Deutschen Rentenversicherung. *Gesundheitswesen*, **70**, 690-695.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (2004): Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung (SOMEKO). DRV-Schriften Band 53, Frankfurt/Main.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (2000): Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung – Hinweise zur Begutachtung. DRV-Schriften Band 21, Frankfurt/ Main. Überarbeitete Fassung in Vorbereitung (Stand: Juli 2018). Auch unter: <http://www.deutsche-entenversicherung.de>.

Impressum

Deutsche Rentenversicherung Bund
Geschäftsbereich „Sozialmedizin und Rehabilitation“
Bereich 0440 Sozialmedizin / R 6015
Ruhrstraße 2
10709 Berlin

Telefon 030 865-39323

E-Mail QS-Sozialmedizin@DRV-Bund.de



Deutsche
Rentenversicherung