

Leitlinien zur Konsensbeurteilung bei bi- und polydisziplinären Begutachtungen in der Versicherungsmedizin

Stand 04.12.2020

Federführende Fachgesellschaften

Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (swiss orthopaedics)

Schweizerische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (SGPMR)

Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)

Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie (SGR)

Schweizerische Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie (SGVP)

Schweizerische Neurologische Gesellschaft (SNG)

Mitherausgebende Gesellschaft

Swiss Insurance Medicine

Autoren:

Ebner Gerhard (SGPP, SGVP); Bosshard Christoph (swiss orthopaedics); Jeger Jörg (SGR); Klipstein Andreas (SGPMR); Koch Marc Oliver (SNG)

Juristische Beratung und Überarbeitung:

Bollag Yvonne; Bollinger Susanne

I. Allgemeiner Teil

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage und Zielbeschreibung

Allgemeine und fachspezifische Leitlinien zur versicherungsmedizinischen Begutachtung liegen bereits vor. Die vorliegenden Leitlinien betreffen bi- und polydisziplinäre Begutachtungen und namentlich die in diesem Rahmen vorzunehmende Konsensbeurteilung. Sie regeln die fachübergreifenden Aspekte und sind auf die Begutachtung in der Sozialversicherung und Privatversicherung anwendbar.

Ziel der Leitlinie ist die Erarbeitung eines der Komplexität angepassten Konsensverfahrens und die Erstellung eines allgemeingültigen Rasters für die Darstellung der Konsensergebnisse, was fallspezifisch modifiziert werden kann.

1.2. Geltungsbereich der Leitlinien

Die Leitlinien gelten prinzipiell für die bi- und polydisziplinäre Begutachtung in versicherungsmedizinischen Fragen. In ihrer Ausführlichkeit sind sie auf komplexe Gutachten ausgerichtet, wie sie vor allem von der Invalidenversicherung, den Unfallversicherungen und der Militärversicherung zwecks Beurteilung des Leistungsanspruchs in Auftrag gegeben werden, sowie von den Privatversicherungen zur Abklärung von Ansprüchen bei Personenschäden.

1.3. Leitliniendefinition

Leitlinien sind systematisch entwickelte Hilfen zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren.

Sie sollen regelmässig auf ihre Aktualität hin überprüft und gegebenenfalls revidiert werden. Leitlinien sind – im Gegensatz zu «Richtlinien» – rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die Anwendbarkeit einer bestimmten Leitlinien-Empfehlung ist unter Berücksichtigung der einzelfallbezogenen Gegebenheiten zu prüfen, in begründeten Fällen kann davon abgewichen werden.

1.4. Beteiligte medizinische Fachgesellschaften

Die vorliegende Leitlinie wurde von einer durch die o.g. medizinischen Fachgesellschaften delegierten Expertengruppe unter Mitwirkung der Swiss Insurance Medicine SIM im Konsens erarbeitet und von den jeweiligen Vorständen der Fachgesellschaften verabschiedet.

2. Bi- und polydisziplinäre Begutachtungen, Konsilien medizinischer Fachrichtungen und nicht-ärztliche Zusatzabklärungen

2.1. Bei bi- und polydisziplinären Begutachtungen handelt es sich um Gutachten verschiedener medizinischer Fachdisziplinen, in der Regel unter Federführung des fallspezifisch relevantesten Fachgebiets oder eines in Versicherungsmedizin spezialisierten Facharztes.

2.2 Zusatzuntersuchungen sind durchzuführen, wenn sie zur Klärung des medizinischen Sachverhalts und/oder zur Beantwortung der auftraggeberseitigen Fragestellung notwendig sind und zudem, je nach Auftraggeber und rechtlichem Hintergrund, das Einverständnis der versicherten Person sowie des Auftraggebers vorliegt. Art und Umfang zusätzlicher Untersuchungen richten sich nach den Erfordernissen des jeweiligen Fachgebietes.

2.2.1 Bei Konsilien handelt es sich um fachärztliche Zusatzuntersuchungen mit spezifischen, zusätzlichen Fragestellungen.

2.2.2 Bei nicht ärztlichen Zusatzabklärungen handelt es sich um Zusatzuntersuchungen nicht ärztlicher Professionen mit ganz spezifischen zusätzlichen Fragestellungen.

3. Bi- und polydisziplinäre Beurteilungen und Integration konsiliarischer und interprofessioneller Befunde

Allgemein stellen komplexe Problemstellungen höhere Anforderungen an die Zusammenarbeit und Integration der verschiedenen Teilergebnisse. Allenfalls ist ein Klärungsprozess der Fragestellungen mit dem Auftraggeber erforderlich. Das Ausmass der Fallkomplexität lässt sich oftmals erst im Laufe des Begutachtungsprozesses erfassen. Essenziell ist, dass alle am Gutachtensprozess Beteiligten die präzise Fragestellung und Rahmenbedingungen des Auftrages erkennen und dabei ein untereinander kompatibles Problemverständnis entwickelt

haben. Je nach Fragestellung und Fallkomplexität ergeben sich unterschiedliche Abläufe der Konsenserstellung, welche in der Regel vom federführenden Gutachter oder der federführenden Gutachterin (Fallführer oder Fallführerin) in Absprache mit allen beteiligten Gutachtern und Gutachterinnen gesteuert wird.

A) Bei einfachen Problemstellungen mit Schwerpunkt innerhalb eines Fachgebiets genügt im Allgemeinen ein schriftlicher Informationsaustausch mit den anderen Fachgebieten.

B) Disziplinen überschneidende Problemstellungen (z.B. Neurologie – Neuropsychologie – Psychiatrie bei hirnorganischen Störungen; Rheumatologie - Psychiatrie bei psychosomatischen Leiden) erfordern einen inter-/polydisziplinären Austausch mit Zusammenführung der Erkenntnisse.

C) Bei besonders komplexen Problemstellungen und/oder kontroversen Beurteilungen ist eine Konsenskonferenz mit allen für die Beurteilung massgeblichen Fachgebieten in geeigneter Form durchzuführen.

4. Praktisches allgemeingültiges Vorgehen bei der Konsensusbeurteilung

Eine Konsensbeurteilung spiegelt die Gesamtbeurteilung des Falles aus interdisziplinärer Sicht aller an der Begutachtung beteiligten Fachdisziplinen. Sie wird in der Regel dann erstellt, wenn von allen beteiligten Disziplinen die für die Beantwortung der Fragestellungen notwendigen Befunde und Beurteilungen vollständig vorliegen.

Ziel ist die Darstellung eines gemeinsamen Fallverständnisses, mit dem Ergebnis einer integrierten, konsensuellen Gesamteinschätzung der Ressourcen (positives Leistungsbild) und Funktionseinschränkungen (negatives Leistungsbild), bezogen auf die Arbeitsfähigkeit¹ sowie weitere spezifische Fragestellungen (z.B. Kausalität, Konsistenz, Berufsunfähigkeit, Integritätsschaden, Behinderungsgrad nach Gliedertabelle, etc.)

¹ Das Bundesgericht spricht hierbei von der zu beurteilenden "zumutbaren" Arbeitsfähigkeit (z.B. BGer, 8C_136/2019, 2. Juli 2019, E. 2 oder 8C_599/2018, 12. März 2019, E. 2)

4.1 Erstellung der Konsensusbeurteilung

4.1.1 Aufgaben des Fallführers oder der Fallführerin

Vorbemerkung:

- Der Fallführer oder die Fallführerin hat keine Entscheidungsfunktion, aber eine wichtige Koordinations- und Moderationsfunktion.

Vorbereitung der Konsensusbeurteilung:

- Prüfung der Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit aller Teilgutachten
- Identifizierung inhaltlicher Diskrepanzen

Ablauf:

- Besprechung und Abgleich allfälliger Diskrepanzen mit den jeweiligen Teilgutachtern
- Formulierung der Konsensusbeurteilung gemäss allgemeiner Struktur der Konsensusbeurteilung (Art. 5) und allfälliger fallbezogener Zusatzfragen

In einfachen, klaren Fallkonstellationen geben die beteiligten Fachgutachterinnen und Fachgutachter ihr Einverständnis zur formulierten Konsensusbeurteilung auf dem Korrespondenzweg.

4.1.2 Durchführung einer Konsenskonferenz

Relevante Diskrepanzen erfordern die Besprechung in einer Konsensuskonferenz. Im Fall eines fortbestehenden Dissenses ist dieser im Detail begründet zu dokumentieren und gegebenenfalls von der Fallführerin oder dem Fallführer zu kommentieren. Ungereimtheiten in der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung zwischen den Teilgutachten und der Konsensusbeurteilung, die sich nicht ohne weiteres ausräumen lassen, führen grundsätzlich zur Beweisuntauglichkeit des Gutachtens.²

Das Ergebnis der Konsenskonferenz wird in der schriftlichen Konsensusbeurteilung festgehalten und von allen Beteiligten durch Unterschrift unter die Konsensusbeurteilung bestätigt.

5. Allgemeiner Aufbau der schriftlich erstellten Konsensusbeurteilung

Folgend wird der Aufbau der Konsensusbeurteilung dargestellt. Die Darstellung dient der allgemeinen Orientierung; im Einzelfall kann der Aufbau abgeändert werden.

² Vgl. BGer, 8C_572/2016, 15. Dezember 2016, E. 4., Beweisuntauglichkeit bedeutet, dass das Gutachten nicht verwendet werden kann um geltend gemachte rechtliche Leistungsansprüche durchzusetzen oder z. B. auch gesundheitliche Verbesserungen bei Rentenrevisionen zu belegen.

5.1.1 Angaben zur Entstehung des Konsensus

- Fachdisziplinen und Gutachternamen einschliesslich Benennung des Facharzttitels
- Untersuchungsdaten der Einzelgutachten
- Datum der erfolgten Konsensusbesprechung(en), Anwesenheit aller/ einzelner Gutachter
- Bei ausschliesslich auf dem Korrespondenzweg und allenfalls telefonisch erstellter Konsensbeurteilung wird dies vermerkt und der Zeitraum der Zustimmung aller beteiligten Fachdisziplinen angegeben.
- Angabe, wer den Konsensus formuliert hat (z.B. Hauptgutachter)

5.1.2. Aufbau

1. Kurze Zusammenfassung der versicherungsmedizinisch relevanten Ausgangslage und integrativen medizinischen Beurteilung
2. Konsistenz
3. Diagnosen
4. Kausalität³
5. Ressourcen (positives Leistungsprofil) und Funktionseinschränkungen (negatives Leistungsprofil)
6. Arbeitsfähigkeit (inklusive retrospektiver Verlauf)
7. Nicht ausgeschöpfte Therapiemöglichkeiten in Bezug auf die nachhaltige Verbesserung der Leistungsfähigkeit oder deren Erhalt
8. Prognose
9. Fallbezogene Zusatzfragen je nach Rechtsgebiet (nicht vollständig)
 - z. B. UVG: natürliche Kausalität, Integritätsschaden
 - z. B. Privatrecht: Haushaltsführungsschaden

³ Gemeint ist z.B. die medizinische Beurteilung, ob ein Kausalzusammenhang zwischen der Minderung der Leistungsfähigkeit mit einer Gesundheitsstörung besteht (vgl. ATSG, Art. 6) oder der medizinische Kausalzusammenhang zwischen einer Gesundheitsstörung und einem Unfallereignis