

# Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung

Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB)  
in Zusammenarbeit mit 42 medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften  
und der Gesellschaft für Neuropsychologie

AWMF Leitlinienregister: Nr. 094/001

Entwicklungsstufe: S2k

## Zusammenfassung

Die vorgelegte Begutachtungsleitlinie beschreibt die medizinischen und juristischen Grundlagen des Sachverständigenbeweises einschließlich der hierzu ergangenen Rechtsprechung. Sie verfolgt das Ziel, medizinische Sachverständige zu unterstützen und zu Begutachtende und Auftraggeber vor willkürlichen und wissenschaftlich nicht hinreichend begründeten Einschätzungen zu schützen.

In einzelnen Abschnitten werden die Rolle des Gutachters und die an ihn gestellten Anforderungen in den unterschiedlichen Versicherungs- und Rechtsgebieten ebenso dargestellt, wie Fragen der gutachterlichen Haftung und Vergütung.

## Summary

A guideline for medical expert testimony is proposed covering medical as well as juridical aspects including recent court rulings, intended to support medical experts and to protect both probands and mandators against arbitrary or scientifically invalid statements.

The role of the testifying expert and the main requirements for testifying in different fields of insurances and legal procedures is being described. Likewise problems of experts liability and payment are touched.

## Englischer Titel:

## General Guidelines for Medical Expert Testimony

### Federführende Autoren (DGNB):

Prof. Dr. Peter Marx  
Direktor a.D. der Klinik für Neurologie  
Campus Benjamin Franklin der Charité  
Terrassenstr. 45  
14129 Berlin

Prof. Dr. P.-W. Gaidzik  
Institut f. Medizinrecht  
Universität Witten/Herdecke  
Alfred-Herrhausen-Str. 50  
58448 Witten

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Zielsetzung .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Die Rolle (Stellung) des Gutachters.....</b>	<b>3</b>
<b>3. Auftraggeber .....</b>	<b>5</b>
<b>4. Anforderungen an den Gutachter.....</b>	<b>5</b>
4.1 <i>Unparteilichkeit und Unabhängigkeit .....</i>	<i>6</i>
4.2 <i>Eigenverantwortlichkeit .....</i>	<i>6</i>
4.3 <i>Kompetenz.....</i>	<i>7</i>
4.4 <i>Beachtung der Rechtsgrundlage .....</i>	<i>7</i>
4.5 <i>Vollständige Erfassung der Sachverhalte .....</i>	<i>7</i>
4.6 <i>Vermeidung von Interaktionsfehlern.....</i>	<i>8</i>
4.7 <i>Klarheit und gutachtliche Relevanz der Darstellungen und Aussagen .....</i>	<i>9</i>
4.8 <i>Beschränkung auf die vom Auftraggeber gestellten Fragen .....</i>	<i>9</i>
4.9 <i>Termingerechte Erstellung .....</i>	<i>10</i>
4.10 <i>Beachtung der Schweigepflicht .....</i>	<i>10</i>
4.11 <i>Beachtung der Rechte des zu Begutachtenden .....</i>	<i>10</i>
4.12 <i>Aufbewahrungsfristen.....</i>	<i>11</i>
<b>5. Arten rechtlich relevanter Äußerungen .....</b>	<b>11</b>
<b>6. Begutachtung mit finalen und kausalen Fragestellungen.....</b>	<b>13</b>
6.1 <i>Gutachten mit finalen Fragestellungen.....</i>	<i>13</i>
6.2 <i>Kausalitätsbezogene Gutachten.....</i>	<i>13</i>
6.3 <i>Bewertung von Gesundheitsstörungen .....</i>	<i>14</i>
<b>7. Beweismaße .....</b>	<b>17</b>
<b>8. Haftung des Gutachters .....</b>	<b>18</b>
<b>9. Vergütung des Gutachters .....</b>	<b>19</b>
<b>10. Checkliste Gutachten .....</b>	<b>20</b>

## 1. Zielsetzung

Auf zahlreichen Rechtsgebieten ist die medizinische Expertise zur Vorbereitung rechtlicher Entscheidungen essentiell. Entsprechend hoch ist der Bedarf der Rechtspraxis an qualifizierten Gutachten. Dennoch wird der ärztlichen Sachverständigentätigkeit als einem nicht nur für die Betroffenen, sondern auch gesellschaftlich wie volkswirtschaftlich wichtigem Ausschnitt ärztlicher Tätigkeit in Studium und Weiterbildung nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Dies schlägt sich in angeblichen oder tatsächlichen Mängeln ärztlicher Gutachten (und daraus resultierenden falschen Entscheidungen/Urteilen) nieder, wie sie in der medialen Öffentlichkeit, aber auch in Fachkreisen immer wieder beklagt werden. Daher erscheint es sinnvoll, die Sachverständigentätigkeit zu unterstützen und etwaig bestehende Unsicherheiten in der formalen und inhaltlichen Erstellung von Gutachten durch eine standardisierte Methodik zu beseitigen. Hier möchte die nachfolgende Leitlinie einen Beitrag leisten, um einerseits die spezielle, von der kurativen Tätigkeit abweichende Funktion des Gutachters deutlich zu machen und andererseits die unterschiedlichen Vorgaben in den jeweiligen Rechtsgebieten synoptisch darzustellen, um den gutachtlich tätigen Ärzten die Orientierung zu erleichtern und so einen Beitrag zu einer objektiven, reliablen und validen Begutachtung zu leisten.

Ihr fachübergreifender Aspekt wird durch die Beteiligung der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften, in denen sich häufig Begutachtungsaufgaben stellen, Rechnung getragen. Fachspezifische medizinische Fragestellungen und Krankheitsbilder werden in der Leitlinie nicht behandelt. Vielmehr stellt sie die Grundlage der bereits zahlreich existierenden, in der Regel fachmedizinisch geprägten Leitlinien zur Begutachtung einzelner Krankheitsbilder dar, auf die in Literaturverzeichnis und Anhang verwiesen wird.

Forschungsansätze zur gutachtlichen Objektivierung von Funktionsstörungen oder der Beurteilung von Ursache-Wirkungsbeziehungen sind in den primär therapeutisch orientierten Studien selten. Ebenso finden sich nur in Teilbereichen von Juristen wie Medizinern konsentiertere Kriterien für die Beurteilung von Sensitivität, Spezifität, Reliabilität und Validität ärztlicher Gutachten.

Bei der Entwicklung dieser Leitlinie ging es daher um die Zusammenfassung von Literaturstellen, Lehrmeinungen und Erfahrungswissen von im Gutachterwesen erfahrenen Experten. Vor dem Hintergrund möglicher Änderungen in den rechtlichen Rahmenbedingungen und des wissenschaftlichen Fortschritts ist eine periodische Überarbeitung der Begutachtungleitlinie erforderlich.

Empfehlungen der Leitlinie finden sich im Abschnitt Checkliste Gutachten und sind ansonsten im Text mit „sollen“ umschrieben, bindende Vorschriften mit „müssen“.

## 2. Die Rolle (Stellung) des Gutachters<sup>1</sup>

Der Arzt ist als Gutachter „Gehilfe“ (BGH, Urt. v. 24.06.1952 – 1 StR 130/52, BGHSt 3, 27, 28) bzw. fachkundiger Berater des Gerichtes oder sonstiger Auftraggeber. Seine Aufgabe besteht darin, entsprechend den ihm vom Auftraggeber gestellten Beweisfragen medizinische Befunde zu erheben und diese unter Berücksichtigung der sonstigen ihm zugänglich gemachten Informationen auf der Basis medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnis und ärztlichen Erfahrungswissens zu bewerten, um so dem hierfür allein zuständigen Auftraggeber (s. hierzu Abschnitt Auftraggeber) eine Entscheidung der rechtlich erheblichen Fragen zu ermöglichen.

Vor diesem Hintergrund sind vom Gutachter rechtliche Wertungen zu vermeiden und rechtlich besetzte Begriffe (z.B. wesentliche Ursache/Teilursache) nur in Kenntnis des genauen Inhaltes zu verwenden, um

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt, gleichwohl beziehen sich die Angaben auf Angehörige beider Geschlechter.

eine Nachvollziehbarkeit seines Gedankenganges auch insoweit zu gewährleisten. Der Gutachter ist grundsätzlich an Beweisfragen und Weisungen gebunden, insbesondere bei Gerichtsgutachten (vgl. § 78 Strafprozessordnung, StPO sowie die §§ 404a, 407a Abs. 4 Satz 1 Zivilprozessordnung, ZPO; letztere gelten über Verweisungsvorschriften auch in weiteren gutachtlich relevanten Prozessordnungen, so in der Verwaltungsordnung, VwGO, und im Sozialgerichtsgesetz, SGG). So bestimmt das Gericht/der Auftraggeber insbesondere bei streitigem Sachverhalt, welche Tatsachen der Sachverständige der Begutachtung zugrunde legen muss (§ 404a Abs. 3 ZPO). Eigene Ermittlungen sind ihm grundsätzlich nur in den Grenzen seines Auftrags gestattet (s. Abschnitt C 5). Hat der Sachverständige Zweifel an Inhalt, Fragestellung oder Umfang des Auftrages, ist vor Erstellung des Gutachtens eine Klärung durch den Auftraggeber/das Gericht (vgl. § 407a Abs. 4 Satz 1 ZPO) herbeizuführen. Dies gilt auch, wenn die Kosten erkennbar außer Verhältnis zum Wert des Streitgegenstandes stehen oder einen angeforderten Kostenvorschuss erheblich übersteigen (§ 407a Abs. 4 Satz 2 ZPO). Die Beachtung des vorgegebenen Kostenrahmens liegt aufgrund sonst drohenden Vergütungskürzung auch im Interesse des Sachverständigen (vgl. § 8a Abs. 3 JVEG)

Der gerichtlich bestellte Gutachter ist kraft seiner Approbation (vgl. §§ 407 Abs. 1, 411 Abs. 3 ZPO, 75 Abs. 1 StPO) zur Übernahme des Auftrags zur schriftlichen und ggf. mündlichen Erstattung/Erläuterung des Gutachtens verpflichtet. Außerhalb gerichtlicher Gutachten besteht grundsätzlich keine Übernahmepflicht, sofern die Gutachtertätigkeit keine dienst- bzw. arbeitsvertraglich geschuldete Leistung des Gutachters darstellt.

Der Gutachter ist vom Auftrag zu entbinden, wenn die gestellten Fragen außerhalb seines persönlichen Kompetenz- und Fachbereiches liegen und/oder wenn der Sachverständige aufgrund von Zeitmangel/Arbeitsüberlastung nicht in der Lage ist, das Gutachten in angemessener Zeit zu erstatten oder bei gesetzlichen Ausschluss- und Ablehnungsgründen. Letzteres ist dann der Fall, wenn Umstände vorliegen, die den Sachverständigen als Zeugen zur Zeugnis- oder Auskunftsverweigerung berechtigen würden (§ 408 i.V.m. den §§ 383, 384 ZPO bzw. § 383, 384 ZPO bzw. § 76 i.V.m. §§ 52, 53, 55 StPO) oder die aus der Sicht eines verständigen Prozessbeteiligten geeignet sind, Misstrauen gegen die Unparteilichkeit des Gutachters zu rechtfertigen (§ 406 Abs. 1 i.V.m. § 42 Abs. 2 ZPO bzw. § 74 i.V.m. § 24 StPO). Der Gutachter ist verpflichtet, Gründe, die geeignet sind, Misstrauen gegen seine Unparteilichkeit zu rechtfertigen, unverzüglich mitzuteilen (§ 407a Abs. 2, Sätze 1 und 2 ZPO). Daher sollte er auch im Zweifelsfall potentielle Befangenheitsgründe dem Gericht gegenüber offenbaren und dessen Entscheidung über eine Entbindung von der Beauftragung abwarten. Andernfalls drohen ihm ein Ordnungsgeld (§ 407a Abs. 2 Satz 3 ZPO) sowie der Wegfall seines Vergütungsanspruchs (§ 8a Abs. 2 JVEG).

Der Sachverständige ist nicht befugt, den Auftrag auf einen anderen zu übertragen (§ 407a Abs. 3 ZPO, s. hierzu Abschnitt Eigenverantwortlichkeit). Auf Aufforderung des Auftraggebers bzw. des Gerichts hat der Sachverständige Akten und auch eigene Untersuchungsbefunde unverzüglich herauszugeben (vgl. § 407a Abs. 5 ZPO).

Die Verwertung des Gutachtens steht allein dem Auftraggeber zu, der in seiner Entscheidung nicht an die Beurteilung des Sachverständigen gebunden ist.

Ob bereits während der Begutachtung die gutachtliche Einschätzung gegenüber dem zu Begutachtenden offenbart werden soll, wird unterschiedlich gesehen, weil eine frühzeitige Kommunikation einerseits unnötige weitere Begutachtungen vermeiden helfen kann, andererseits aber hierdurch die Gefahr von Missverständnissen oder falschen Erwartungshaltungen droht. Ergeben sich allerdings aus den diagnostischen Erhebungen potentielle Konsequenzen für Behandlung oder Prophylaxe, können - bzw. im Fall entdeckter „Notfallbefunde“ sollten - diese dem zu Begutachtenden, wenn er dies wünscht, mitgeteilt und die Befunde mit dessen Einverständnis dem behandelnden Arzt zur Verfügung gestellt werden.

### 3. Auftraggeber

Gutachtaufträge entstammen nahezu sämtlichen Rechtsbereichen. Beispielhaft seien genannt:

- Im Sozialrecht** Gesetzliche Krankenkassen (Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, SGB V); Pflegekassen (SGB XI); gesetzliche Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung, SGB VI); Berufsgenossenschaften und Unfallkassen als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII); die zuständigen Behörden für Leistungen der Arbeitsförderung (SGB III) bzw. der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II), aus dem Schwerbehinderten- (SGB IX) und sozialen Entschädigungsrecht sowie der Sozialhilfe (SGB XII), dem Kinder- und Jugendhilferecht (SGB VIII) einschließlich der damit befassten Gerichtsbarkeit nach § 106 SGG (Sozial- und Landessozialgerichte), ggf. dort auch auf Antrag des Versicherten ein von ihm benannter Arzt (§ 109 SGG).
- Im Verwaltungsrecht** Im Beamtenrecht die jeweiligen Dienstherren zur Klärung der Dienst(un)fähigkeit sowie in der Unfallfürsorge einschließlich der damit befassten Gerichtsbarkeit (Verwaltungs- und Oberverwaltungsgerichte); die zuständigen Behörden in Verfahren nach den Unterbringungsgesetzen der Länder sowie zur Überprüfung einer krankheitsbedingt beeinträchtigten Fahrtauglichkeit.
- Im Zivilrecht** Versicherungsgesellschaften in den einschlägigen Sparten der Privatversicherung (Lebens-, Berufsunfähigkeits-, [Heilwesen-]Haftpflicht-, private Unfallversicherung) einschließlich der damit befassten Gerichtsbarkeit (Amts-, Land- und Oberlandesgerichte); im Bereich des Arzthaftpflichtrechts auch die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den (Zahn-)Ärzttekammern oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen; Gerichte zur Klärung der Geschäfts- oder Testierfähigkeit sowie in betreuungs- und familiengerichtlichen Verfahren (dort z.B. Fragen der beruflichen Leistungsfähigkeit in Unterhaltsstreitigkeiten), Sorge-, Umgangsrechtsfragen sowie zur Genehmigung von Freiheitsentziehung bei Minderjährigen; Betreuungsgerichte zur Genehmigung von Maßnahmen bei Betreuten und Einrichtung einer Betreuung.
- Im Arbeitsrecht** Arbeitsgerichte, Arbeitgeber, Arbeitnehmer.
- Im Strafrecht** Staatsanwaltschaften und Strafgerichte zur Klärung von Schuldfähigkeit, Kriminalprognose, Glaubwürdigkeitsgutachten, Vernehmungs- bzw. Verhandlungsfähigkeit, Haftfähigkeit oder von Behandlungsfehlervorwürfen, .

In allen Rechtsgebieten können auch Betroffene (Geschädigte, Versicherte, Beschuldigte oder sonst Beteiligte) Gutachten in Auftrag geben. Eine Übernahmepflicht besteht für derartige Gutachten nicht. An der Pflichtenstellung des so als Privat- oder Parteigutachter Beauftragten ändert sich sonst grundsätzlich nichts. Insbesondere ist er gleichermaßen zu Objektivität und Neutralität verpflichtet.

### 4. Anforderungen an den Gutachter

Eine sachgerechte Erstellung eines Gutachtens ist nur möglich, wenn der Gutachter die aus seiner gutachterlichen bzw. prozessrechtlichen Funktion resultierenden Anforderungen beachtet, über eingehende Kenntnisse in dem betroffenen Fachgebiet verfügt und jede Expertise mit der erforderlichen Sorgfalt anfertigt. Wichtige Gesichtspunkte sind hierbei:

## 4.1 Unparteilichkeit und Unabhängigkeit

Unparteilichkeit bedeutet medizinisch – wissenschaftliche Objektivität und Neutralität.

Inhaltlich ist der Gutachter an die (zahn-)medizinisch-wissenschaftlichen Standards gebunden. Er darf weder Interessenvertreter des Auftraggebers noch des zu Begutachtenden sein. Daher sind ein „im Zweifel für den Antragsteller“ oder eine „wohlwollende“ Beurteilung z.B. zu Lasten der Versicherung gutachterlich ebenso unzulässig wie ein durch politische, weltanschauliche Überzeugungen, berufspolitische Interessen, persönliche Antipathie oder Sympathie beeinflusstes Ergebnis. Es ist auch nicht Aufgabe des Gutachters, vermeintliche „Auswüchse“ des Sozialstaates zu korrigieren oder für die Beitragsstabilität oder Finanzierbarkeit des Versicherungssystems Sorge zu tragen.

Persönliche Kontakte mit dem zu Begutachtenden oder mit einem Verfahrensbeteiligten sind zu vermeiden, soweit sie nicht mit der Untersuchung in Zusammenhang stehen. Benötigt der Gutachter weitere Informationen, hat er sich –falls im Auftrag nichts anderes bestimmt wurde- an den Auftraggeber zu wenden.

Unabhängigkeit ist nicht gegeben, wenn der Gutachter mit dem zu Begutachtenden verwandt, verschwägert oder befreundet ist, oder wenn, z.B. bei Arzthaftungsfällen, ein enger außerprozessualer Kontakt (Kooperationen oder Auseinandersetzungen, Ausbildungsverhältnis o.ä.) mit dem in Anspruch genommenen Arzt besteht oder in der Vergangenheit bestand.

Ebenso wenig kommt grundsätzlich in einer gerichtlichen Auseinandersetzung als Sachverständiger in Betracht, wer zuvor im Auftrag eines der Beteiligten ein Privatgutachten erstellt hat. Daher ist für den behandelnden Arzt besondere Vorsicht geboten, wenn er über schriftliche Befunddarstellungen hinaus (s.u. unter Attest) im Auftrag des Patienten auch wertende und damit gutachtliche Äußerungen abgibt. Ohnehin stellt sich für ihn das Problem des Rollenkonflikts, wenn er diesem Wunsch nachkommt oder z.B. in einem Sozialrechtsstreit über § 109 SGG einen Gutachtenauftrag erhält. Er soll stets prüfen, ob ihm der Wechsel aus dem vom Fürsorgeprinzip getragenen Behandlungsauftrag in die strikte gutachterliche Neutralität möglich ist, und im Zweifel den Auftrag mit Hinweis auf diese Konfliktsituation ablehnen. Einzelne Vorschriften schließen den behandelnden Arzt sogar im Grundsatz (§ 11 Abs. 2 Fahrerlaubnisverordnung, FeV) oder ausnahmslos (§ 297 Abs. 6 Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit, FamFG) von der Begutachtung aus.

Bei allen aus der Person oder dem Verhalten resultierenden Befangenheitsgründen kommt es nicht darauf an, ob der Sachverständige tatsächlich objektiv als befangen zu gelten hat oder sich subjektiv befangen fühlt, sondern darauf, ob aus der Perspektive - eines verständigen Verfahrensbeteiligten ein vernünftiger Anlass für die Besorgnis einer Befangenheit besteht (Näheres zu den Offenbarungspflichten s. Abschnitt „Rolle des Gutachters“).

## 4.2 Eigenverantwortlichkeit

Eigenverantwortlichkeit des Gutachters beinhaltet, dass er das Gutachten grundsätzlich selbst erstellen und verantworten muss. Dies schließt die Beteiligung Dritter in Vorbereitung und Abfassung des Gutachtens, z.B. unter Weiter- und Fortbildungsaspekten, nicht aus, doch sind die Grundsätze des § 407a Abs. 3 ZPO zwingend zu beachten. Danach hat der Gutachter, sofern er sich der Mitarbeit einer anderen Person bedient, diese namhaft zu machen und den Umfang ihrer Tätigkeit anzugeben, falls es sich nicht um Hilfsdienste von untergeordneter Bedeutung (z.B. auf Hilfskräfte delegierte Blutentnahmen, Röntgenbilder, audiometrische oder andere technische Verfahren, Schreibebeiten etc.) handelt. Darüber hinaus hat der namentlich benannte Sachverständige die „Kernaufgabe“ des Gutachtens, die Bewertung der erhobenen Daten und Befunde, selbst durchzuführen. Er muss sich zwingend einen persönlichen Eindruck von dem zu Begutachtenden, seinen Beschwerden und den zu erhebenden Befunden verschaffen, um die aus Rechtsgründen erforderliche Letztverantwortung für das Gutachten übernehmen zu können. Bei

psychischen und psychosomatisch verursachten Störungen und bei chronischen Schmerzen gehört hierzu nach Auffassung des Bundessozialgerichts (BSG v. 18.09.2003 - B 9 VU 2/03) die persönliche - nicht delegierbare - Exploration und Untersuchung des zu Begutachtenden.

### **4.3 Kompetenz**

Vor jeder Annahme eines Gutachtauftrages muss der Gutachter gemäß § 407a Abs. 1 Satz 1 ZPO unverzüglich prüfen, ob er für die gestellten Fragen kompetent ist, d.h. über die notwendige medizinische/sozialmedizinische Fach- und Sachkompetenz verfügt sowie die rechtlichen Grundlagen der Begutachtung kennt. Ist dies nicht der Fall, muss er den Auftrag zurückgeben oder die Erlaubnis für die Einholung eines Zusatzgutachtens einholen. Gutachterliche Aussagen zu fachfremden Aspekten und Kompetenzüberschreitungen machen ein Gutachten anfechtbar, schlimmstenfalls unverwertbar. Die gutachtliche Bewertung des Sachverhalts hat sich nach dem - kritisch reflektierten - aktuellen Kenntnisstand in der medizinischen Wissenschaft zu richten. Abweichungen hiervon bleiben möglich, sind aber als solche zu kennzeichnen und eingehend zu begründen.

### **4.4 Beachtung der Rechtsgrundlage**

Für den ärztlichen Gutachter ist es unverzichtbar, sich mit den allgemeinen und speziellen Rechtsgrundlagen der Begutachtung bzw. seines konkreten Auftrags auseinanderzusetzen. Er muss die wesentlichen Rahmenbedingungen und Begriffe kennen und über die oft erheblichen Unterschiede zwischen den Versicherungs- bzw. Rechtsbereichen informiert sein. Erwähnt seien in diesem Zusammenhang

- die differenten Anerkennungs- und Bewertungsmaßstäbe für die Feststellung von Funktionsstörungen in verschiedenen Rechts- bzw. Versicherungsbereichen,
- die unterschiedlichen Kausalitätsbegriffe im Straf-, Sozial-, Verwaltungs- und Haftungsrecht sowie
- die inkongruenten Regeln zu Beweismaß und -last.

Hilfreich sind zusätzlich Kenntnisse der einschlägigen Rechtsprechung, weil ober- und höchstrichterlichen Urteilen oft maßgebliche Bedeutung für die Auslegung von Verträgen, allgemeinen Vertragsbedingungen und Gesetzen zukommt.

Der Gutachter muss auch die häufig mit dem allgemeinen Sprachgebrauch nicht übereinstimmenden Definitionen in der juristischen Terminologie kennen. Dies gilt z.B. für Begriffe wie Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), Grad der Behinderung bzw. der Schädigungsfolgen (GdB bzw. GdS), Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, Berufskrankheit, teilweise und volle Erwerbsminderung, Arbeitsunfähigkeit, wesentliche Bedingung, leichte, mittelschwere oder schwere Arbeit, körperliche und geistige Behinderung bei Kindern etc.. Verbleiben Unklarheiten, hat der Gutachter nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, eine Klärung durch das Gericht (§§ 407a, Abs. 4, 404a Abs. 2 ZPO) oder den sonstigen Auftraggeber herbeizuführen. Nur so lassen sich Missverständnisse vermeiden bzw. die Verwertbarkeit eines Gutachtens sicherstellen.

### **4.5 Vollständige Erfassung der Sachverhalte**

Für eine sachgerechte Begutachtung ist die Erfassung aller für die Fragestellung - und nur für diese - relevanten Sachverhaltsaspekte unverzichtbar. Dies bedeutet, dass der Gutachter neben der vollständigen Erfassung des vorhandenen Akteninhalts, - außer bei Gutachten nach Aktenlage - eine umfassende, auf den Sachverhalt und die Fragestellung fokussierte Anamnese und körperliche Untersuchung des zu

Begutachtenden vorzunehmen hat. Fühlt er sich hinsichtlich bestimmter Aspekte der Befunderhebung (z.B. bilddiagnostische, neurophysiologische, neuropsychologische oder psychische Befunde) nicht ausreichend kompetent, muss er das dem Auftraggeber mitteilen und eine Zusatzbefundung oder -begutachtung anregen. Für die gutachtlich relevanten Beeinträchtigungen sind nach Möglichkeit quantifizierende Verfahren anzuwenden (standardisierte Funktionstests, muskuloskeletale Messungen nach Neutral-Null-Methode, standardisierte Befunderhebung der Wirbelsäulenbeweglichkeit, der Umfangsmaße der Extremitäten, Aktivitätsprofile, reliable neuropsychologische Test- und Untersuchungsverfahren, bei Kindern valide Entwicklungstests etc.). Zusätzlich sind die durch die Befunde bedingten Beeinträchtigungen zu beschreiben und in ihren Auswirkungen auf das Arbeitsleben und ggf. auch auf das alltägliche Leben zu erläutern. Der Gutachter ist zudem verpflichtet, relevante Befunde anderer Fachgebiete zu benennen und, soweit ihm möglich, einer eigenen Bewertung und Plausibilitätskontrolle zu unterziehen. Ist der Arzt Hauptgutachter, fällt ihm darüber hinaus die Aufgabe zu, unter Einbeziehung der Zusatzgutachten eine Gesamtbeurteilung vorzunehmen.

Oft ergibt sich aus dem Aktenstudium oder bei der gutachtlichen Exploration die Notwendigkeit weiterer Sachverhaltsermittlung (z.B. wegen mangelnder oder unzulänglicher Informationen über Charakteristika eines Unfalls oder den Verlauf einer Krankheit, über Befunde aus der Primärbehandlung oder über Rehabilitationsergebnisse). Auch können zur Objektivierung gesundheitlicher Störungen das Erheben einer Fremdanamnese oder weitere Zusatzuntersuchungen erforderlich werden. In Sozialverwaltungsverfahren, bei privaten Versicherungen im außergerichtlichen Bereich und bei Begutachtungen für die Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen sind eigene Ermittlungstätigkeiten des Gutachters prinzipiell möglich, aber oft unerwünscht. Deshalb sollte er dies im Vorfeld mit dem jeweiligen Auftraggeber abklären, diesem die beigezogenen Unterlagen zur Kenntnis geben und insbesondere sicherstellen, dass der Verwertung der so gewonnenen Erkenntnisse nicht die ärztliche Schweigepflicht entgegensteht (s. dort).

Im sozial- und verwaltungsgerichtlichen Verfahren, insbesondere aber im stark formalisierten Zivilprozess ist der Sachverständige nicht berechtigt, ohne ausdrückliche Erlaubnis des Gerichts (oft bereits im Beweisbeschluss bzw. der -anordnung enthalten) eigene Sachverhaltsermittlungen über die Exploration/Untersuchung des zu Begutachtenden hinaus durchzuführen (§ 404a Abs. 4 ZPO). Soweit für das Gutachten relevant, sollen für erforderlich gehaltene zusätzliche Informationen vom Gericht erbeten werden. Entsprechendes gilt auch für vom zu Begutachtenden vorgelegte Unterlagen, die bisher noch nicht aktenkundig waren. Auch hier ist vorab deren Verwertbarkeit mit dem Gericht zu klären, sofern Beweisbeschluss/-anordnung dazu nichts enthalten. Im Übrigen muss bei streitigem Sachverhalt das Gericht bestimmen, welche Tatsache der Sachverständige der Begutachtung zu Grunde zu legen hat (§ 404a Abs. 3 ZPO).

Zufällige Wahrnehmungen außerhalb der Begutachtungssituation sollen – je nach rechtlichem Kontext des Gutachtens – gar nicht oder nur mit Vorsicht verwertet und ggf. erst nach Rücksprache mit dem Auftraggeber/Gericht in das Gutachten aufgenommen werden. Besondere Zurückhaltung ist bei „heimlichen Beobachtungen“ geboten, die als Ausdruck übertriebenen Misstrauens gegenüber dem zu Begutachtenden die Objektivität und Neutralität des Gutachters in Frage stellen können.

## 4.6 Vermeidung von Interaktionsfehlern

Die Interaktion zwischen Gutachter und zu Begutachtenden ist oft schwieriger als die übliche Arzt-Patienten-Kommunikation. Der Gutachter muss sich dieser Gegebenheit bewusst sein. Ablehnende und unfreundliche Haltung können den zu Begutachtenden zu Verdeutlichungstendenzen verleiten, die dann fälschlich als Aggravation oder Simulation gedeutet werden. Eigenes Krankheitserleben, weltanschauliche Überzeugungen und Tagesform des Gutachters können leicht zu Fehlbeurteilungen führen und müssen daher reflektiert und in ihrem Einfluss so weit wie möglich eingeschränkt werden.



Ein zentraler Punkt jeder Begutachtung ist die vom Gutachter zu beantwortende Frage nach der Authentizität und Konsistenz der geklagten Beschwerden. Bei zu Begutachtenden aus anderen Kulturen muss bedacht werden, dass diese Menschen oft mit unseren Vorstellungen nicht kompatible Krankheitskonzepte haben – z.B. Ganzkörpererkrankung bei fokalen Läsionen, was nicht als Aggravation fehlgedeutet werden darf.

Entsteht der Verdacht auf ein aggravierendes oder simulierendes Verhalten bzw. auf bewusstseinsnahe Begehrensvorstellungen als grundlegendes Motiv, sollte dies nicht nur behauptet, sondern anhand nachvollziehbarer Kriterien und Befunde belegt oder relativiert werden. Bei geklagten kognitiven Defiziten und bei Gutachten zu vorwiegend im Subjektiven verhafteten Beschwerden, wie chronischen Schmerzen, sind in Situationen, in denen nicht ausreichende Anstrengung und Leistungsbereitschaft eines zu Begutachtenden zu Vorteilen führen können, Strategien und Verfahren zur Überprüfung der Authentizität der geklagten Defizite zu empfehlen. Tests zur Beschwerdenuvalidierung liefern allein aber keinen Vollbeweis für oder gegen Manipulationsversuche. Die Anwendung dieser Verfahren enthebt den Gutachter nicht der Verantwortung, seinerseits die Ergebnisse solcher Verfahren mit den Eindrücken aus der Verhaltensbeobachtung und der quantitativen sowie qualitativen Analyse der Untersuchungsergebnisse zu vergleichen und zu hinterfragen, soweit fachlich dafür kompetent. Gleichmaßen muss er bewusste oder krankheitsbedingte Dissimulationen von Beschwerden bzw. Leistungsfähigkeitseinschränkungen erkennen und würdigen.

Bei der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtigen zu Begutachtenden ist die Hinzuziehung eines vereidigten Dolmetschers möglich, der zu wörtlicher Übersetzung verpflichtet werden muss. Schon aus Kostengründen hat die Beauftragung des Dolmetschers über den Auftraggeber zu erfolgen. Übersetzertätigkeiten von Mitarbeitern der Klinik oder gutachtlichen Einrichtung bedürfen der Zustimmung des Probanden. Das Dolmetschen von Freunden und Verwandten des zu Begutachtenden birgt die Gefahr subjektiver Verzerrungen und soll vermieden werden. Im Gutachten muss der Name der übersetzenden Person und der Hinweis vermerkt sein, dass nach Einschätzung des Gutachters durch die Hilfe der dolmetschenden Person eine adäquate Kommunikation mit dem zu Begutachtenden erfolgte.

## **4.7 Klarheit und gutachtliche Relevanz der Darstellungen und Aussagen**

Der gutachtende Arzt muss darauf Rücksicht nehmen, dass der Auftraggeber in der Regel nur über begrenzte medizinische Kenntnisse verfügt und oft große Schwierigkeiten mit der medizinischen Terminologie hat. Das Gutachten muss daher für einen medizinischen Laien gut verständlich abgefasst werden, d.h. der Gutachter muss Fachausdrücke übersetzen bzw. nach Möglichkeit deutsche Fachausdrücke benutzen, unübersetzbare Fachausdrücke erklären und die gutachtlichen Erörterungen (Kausalbeziehungen, Auswirkungen von Krankheiten auf Funktionen im täglichen Leben, Grad der Sicherheit der medizinischen Erkenntnis etc.) laienverständlich und in klarer, prägnanter und eindeutiger Ausdrucksweise herausarbeiten. Soweit im jeweiligen Fachgebiet möglich, sind die jeweils aktuellen Kodierungssysteme (ICD-10, DSM IV/V, ICF, ICF-CY) zu berücksichtigen.

## **4.8 Beschränkung auf die vom Auftraggeber gestellten Fragen**

Der Gutachter/Zusatzgutachter ist hinsichtlich Art und Umfang seiner Tätigkeit weisungsgebunden und hat die gestellten Fragen (und nur diese) zu beantworten. Das Gutachten kann daher nur so gut sein, wie die gestellten Fragen. Deswegen muss schon bei Annahme des Gutachtens geprüft werden, ob die Fragen verständlich, vollständig, eindeutig und der Sache angemessen sind. Im Zweifelsfall - oder wenn sich im Rahmen der Bearbeitung des Gutachtens neue Aspekte ergeben -, soll der Beauftragte um Erläuterung oder Ergänzung des Auftrags bitten (§ 404a Abs. 2 ZPO). Dabei soll der Auftraggeber - z. B. das

Gericht - ggf. auf grundlegende, bislang nicht erkannte Befunde oder Problemstellungen hingewiesen werden. Eigenmächtige Abänderungen oder Erweiterungen der vorgelegten Beweisfragen ohne vorhergehende Rücksprache mit dem Auftraggeber (z.B. ungefragt Aussagen zu Aufklärungsfragen in der Arzthaftung) stellen die Verwertbarkeit des Gutachtens in Frage und sind im gerichtlichen Verfahren grundsätzlich unzulässig.

## **4.9 Termingerechte Erstellung**

Für jedes Gutachten sind eine adäquate Bearbeitungszeit bzw. die gesetzten Fristen zu beachten (vgl. §§ 411, Abs. 1 und 2 ZPO, 407a, Abs. 1 ZPO, 17 SGB IX und 13 Abs. 3a SGB V, § 49 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger). Ist absehbar, dass die Erstellung des Gutachtens längere Zeit in Anspruch nehmen wird, ist der Auftraggeber frühzeitig zu verständigen, weil u. U. normierte Fristen gelten und Verzögerungen mit Rechtsnachteilen für die Beteiligten verknüpft sein können (z. B. private Unfallversicherung). Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass der Gutachter die Akten sofort nach Erhalt überprüft und den Auftraggeber auf eventuell fehlende Informationen, notwendige Zusatzgutachten oder nicht zutreffend erscheinende Fragestellungen aufmerksam macht und um Weisung bzw. Erläuterung bittet. Dem zu Begutachtenden ist der Begutachtungstermin rechtzeitig (d.h. in der Regel mindestens 14 Tage vorher) mitzuteilen. Etwaiges Fernbleiben des zu Begutachtenden soll dem Auftraggeber mitgeteilt werden. Nach der gutachtlichen Untersuchung ist das schriftliche Gutachten möglichst zeitnah zu erstellen. Eine zu lange Frist zwischen Untersuchung des zu Begutachtenden und Abfassung des Gutachtens kann die Aussagekraft des Gutachtens in Frage stellen, z. B. wegen möglicher zwischenzeitlicher Veränderung des Gesundheitszustandes.

## **4.10 Beachtung der Schweigepflicht**

Für das Gutachten ist die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ausdrücklich oder konkludent (= schlüssiges Verhalten) durch Antragstellung/Wahrnehmung des Untersuchungstermins durch den zu Begutachtenden gegeben, es sei denn, der zu Begutachtende untersagt ausdrücklich die Weitergabe bestimmter Erkenntnisse. Dies sollte dann im Gutachten vermerkt werden, falls es nicht zur Ablehnung der weiteren Bearbeitung des Gutachtens Anlass gibt. Außerhalb der Begutachtungssituation bzw. der von ihm zu beantwortenden Fragen unterliegt der Gutachter uneingeschränkt der Schweigepflicht. Wird ausnahmsweise ein behandelnder Arzt mit der Begutachtung beauftragt, muss er das ausdrückliche Einverständnis des zu begutachtenden Patienten dazu einholen, dass sich die Schweigepflichtentbindung im Rahmen des Gutachtens auch auf die im Behandlungsverhältnis erhaltenen Informationen bzw. erhobenen Befunde erstreckt. Bei der Gestaltung der Entbindungserklärung sind die Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zu beachten.

## **4.11 Beachtung der Rechte des zu Begutachtenden**

Hinsichtlich der Begutachtung sowie einzelner Untersuchungsmaßnahmen treffen den zu Begutachtenden nur ausnahmsweise echte, d.h. mit Zwangsmitteln durchsetzbare Duldungspflichten (z.B. §§ 81, 81a-h StPO, § 372a ZPO). Im Regelfall handelt es sich um Mitwirkungspflichten, die zwar nicht zu erzwingen sind, deren Nichtbeachtung jedoch für den zu Begutachtenden beweisrechtliche Nachteile mit sich bringen kann. Die generelle Belehrung des zu Begutachtenden über die Aufgabenstellung und mögliche Konsequenzen des Gutachtens – einschließlich der vorstehend erwähnten fehlenden Schweigepflicht gegenüber dem Auftraggeber - wird im forensisch-psychiatrischen Bereich ausdrücklich gefordert, dürfte aber auch in anderen Bereichen aus Gründen der Transparenz geboten sein.

Technische Untersuchungen zur Diagnosesicherung sind auf das Notwendige zu beschränken und erfordern das Einverständnis des zu Begutachtenden nach gebührender Aufklärung. Bei potentiell risikobehafteten Untersuchungen ist das Nutzen-Risiko-Verhältnis besonders kritisch zu würdigen. Dies gilt insbesondere für Bilddiagnostik mit ionisierenden Strahlen, weil der Begutachtungsauftrag allein mangels „gesundheitlichen Nutzens“ zumindest nicht unmittelbar eine „rechtfertigende Indikation“ im Sinne von § 23 RöV bzw. § 80 StrlSchV zu liefern vermag. Falls keine alternativen Untersuchungsmethoden zur Verfügung stehen, sind eine einvernehmliche Absprache mit dem zu Begutachtenden und die Indikationsstellung durch fachkundige Ärzte/Ärztinnen zwingend erforderlich. Entsprechende Einschränkungen sind auch bei schmerzhaften Untersuchungen zu beachten. Generell steht dem zu Begutachtenden gegenüber invasiven, risikoreichen oder anderweitig unzumutbaren Maßnahmen ein Verweigerungsrecht zu (vgl. §§ 62, 65 SGB I). Verweigert er die Durchführung einzelner Maßnahmen, so ist es nicht Aufgabe des Gutachters, Zumutbarkeit bzw. etwaige Mitwirkungspflicht zu prüfen. Er hat die Weigerung zu dokumentieren und die Auswirkungen der damit fehlenden Befunde auf die Sicherheit der gutachtlichen Schlussfolgerungen kenntlich zu machen.

Ob der zu Begutachtende die Anwesenheit eines Dritten bei der gutachtlichen Untersuchung verlangen kann, wird von den Gerichten unterschiedlich beurteilt. Während die Strafgerichte dies gegen den Willen des Sachverständigen generell – selbst für den Verteidiger – ablehnen und Zivil- und Verwaltungsgerichte dies zurückhaltend sehen bzw. auf Ausnahmefälle beschränkt wissen wollen (z.B. minderjährige zu Begutachtende, Untersuchung im Intimbereich), haben die Sozialgerichte verschiedentlich ein Anwesenheitsrecht Dritter auf Wunsch des zu Begutachtenden bejaht, wobei der Dritte nur anwesend sein, nicht aber auf den Gang der Begutachtung Einfluss nehmen oder sogar die Begutachtung stören darf. In bestimmten Situationen kann die Anwesenheit Dritter auch rechtlich geboten sein (z. B. Sorgeberechtigte bei der Untersuchung Minderjähriger, Betreuer). Sollte sich der Gutachter nicht in der Lage sehen, in Anwesenheit des Dritten z.B. eine aussagekräftige Exploration durchzuführen, sollte er dies dem zu Begutachtenden mitteilen und im Gutachten entsprechend vermerken.

## 4.12 Aufbewahrungsfristen

Die Aufzeichnungen des Gutachters wie auch die im Rahmen des Gutachtens erhobenen Befunde und Zusatzuntersuchungen (z.B. Röntgenbilder) sind, sofern sie nicht ohnehin mit dem Gutachten zu den Akten des Gerichts bzw. des Auftraggebers gelangen, vorbehaltlich spezieller Rechtsvorschriften (z.B. RöV oder StrlSchV) für die Dauer des Verfahrens aufzubewahren, um für Rückfragen etc. zur Verfügung zu stehen. Explizit normierte Aufbewahrungsfristen für Gutachten sind – von Detailbereichen abgesehen – nicht ersichtlich. Andererseits spricht nichts gegen die Anwendbarkeit der berufsrechtlichen verankerten 10-jährigen Aufbewahrungsfrist für ärztliche Aufzeichnungen (vgl. § 10 Abs. 3 Musterberufsordnung Ärzte, MBO-Ä).

## 5. Arten rechtlich relevanter Äußerungen

Rechtlich relevante Aussagen werden vom Arzt in folgender Form erwartet:

- Ärztliche Atteste
- Befund- und Verlaufsberichte
- Formulargutachten
- Freie Gutachten

Ein **ärztliches Attest** ist kein Gutachten im eigentlichen Sinn, sondern stellt rechtlich eine von einem Arzt ausgestellte Bescheinigung über das Vorliegen eines Gesundheitszustands dar. Derartige Atteste können sich auf sozial- oder privatrechtliche Feststellungen beschränken, wie Vorliegen einer Krankheit, Arbeits-, Sport- oder Schulunfähigkeit, Unfallfolgen etc. oder erhobene körperliche und apparative Befunde beinhalten. In jedem Fall muss sich der Arzt der Einwilligung des Betroffenen vergewissern, um sich nicht dem Vorwurf einer Schweigepflichtverletzung auszusetzen, falls nicht ohnehin der Wunsch nach einer solchen Bescheinigung vom Betroffenen selbst ausgeht. Gutachtliche Äußerungen, also z.B. Aussagen über Kausalzusammenhänge, Schädigungsgrade oder Minderung der Leistungsfähigkeit gehören nicht in ein Attest.

Stets sollte sich das Attest auf die vom Aussteller objektiv feststellbaren Umstände beziehen. Nicht überprüfbare Sachverhalts schilderungen können nicht Gegenstand der ärztlichen Bestätigung sein. Subjektive Beschwerdeangaben des Betroffenen sind als solche, wenn sie überhaupt aufgenommen werden, zu kennzeichnen und von den selbst erhobenen Befunden zu trennen.

**Befund- und Verlaufsberichte** sind ebenfalls keine Gutachten. Sie werden bei behandelnden Ärzten von privaten Unfall- und Lebensversicherungen, Berufsgenossenschaften/Unfallkassen, Gutachtenkommissionen/Schlichtungsstellen oder Gerichten angefordert und entsprechen, sofern sie von einem Gericht angefordert werden, einem sachverständigen Zeugnis. Inhaltlich sollen sie sich auf objektiv erhobene Befunde und Verläufe beschränken und gutachtliche Kausalitätsvermutungen und persönliche Einschätzungen vermeiden.

**Formulargutachten** werden häufig von privaten Unfall- und Lebensversicherern bei den behandelnden Ärzten und von Berufsgenossenschaften/Unfallkassen in Auftrag gegeben. In Folge der durch die vorgegebenen Fragen auferlegten Einschränkungen sind derartige Gutachten problematisch. Sie können leicht zu Fehlentscheidungen beim Auftraggeber führen. Es gilt daher besondere Sorgfalt bei der Beantwortung der Fragen walten zu lassen. Erfassen die gestellten Fragen den Sachverhalt nicht ausreichend, empfiehlt es sich, das Formulargutachten abzulehnen und den Auftraggeber aufzufordern, ein freies Gutachten in Auftrag zu geben.

**In freier Form erstattete Gutachten** stützen sich auf

- die vom Auftraggeber mitgegebenen Unterlagen und in der Regel auf eine eingehende Untersuchung des zu Begutachtenden (Ausnahme: Gutachten nach Aktenlage).

Zu beschreiben, zu werten und zu beantworten sind üblicherweise

- Anamnese (ggf. soziale, biographische sowie Fremdanamnese) und ggf. Angaben zum Tagesablauf
- Beschwerden des zu Begutachtenden
- Fachspezifischer Befund, allgemeiner körperlicher Befund, ggf. Lokalbefund (z.B. Wirbelsäule), Angaben zum Verhalten des zu Begutachtenden
- Ggf. gutachtliche Wertung technischer Zusatzuntersuchungen
- Diagnose bzw. Diagnosen und Beschreibung der dadurch bedingten Gesundheits- und Funktionsstörungen
- Je nach Rechtsgebiet die qualitativen und quantitativen Auswirkungen der Gesundheitsstörungen auf die berufliche Leistungsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit, auf das tägliche Leben, die Schuld-, Haft-, Testier- oder Geschäftsfähigkeit, die Fahrtauglichkeit, Erziehungsfähigkeit, Förderbedürfnisse etc.
- Bei Kausalitätsgutachten die Zusammenhängebeurteilung einer oder mehrerer Ursachen mit einer Gesundheitsstörung (Kausalitätsbeurteilung)
- Je nach Gutachtenauftrag die Beantwortung der vom Auftraggeber explizit gestellten Fragen.

## 6. Begutachtung mit finalen und kausalen Fragestellungen

### 6.1 Gutachten mit finalen Fragestellungen

Bei Gutachten mit finalen Fragestellungen hat der Gutachter unabhängig von Kausalitätsfragen ausschließlich die vorhandenen Gesundheitsstörungen, die dadurch bedingten Funktionsbeeinträchtigung und ihre Auswirkungen auf das berufliche und/oder soziale Leben zu erfassen. Entscheidend für die finale Beschreibung eines Gesundheitsproblems ist nicht die Diagnose, sondern die daraus resultierende Funktionsbeeinträchtigung. Eine weltweit akzeptierte Systematik zur Einordnung von Gesundheitsstörungen stellt die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dar, die in Deutschland vom (früheren) Verband Deutscher Rentenversicherungsträger als Standard zur Begutachtung eingeführt worden und auch Grundlage für das Teilhabepotential nach dem SGB IX sowie der am 01.01.2009 in Kraft getretenen Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) ist.

Die ICF/ ICF-CY unterscheidet Körperfunktionen und Körperstrukturen sowie Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) vor dem Hintergrund personbezogener und Umweltfaktoren. Ein Gesundheitsproblem soll demnach auf der Ebene von Körperfunktionen und Strukturen (z.B. schwere Hüftgelenksarthrose, „armbetonte spastische Hemiparese“), auf der Ebene eingeschränkter Aktivitäten (z.B. „Schwierigkeiten beim Anziehen, beim Gehen auf unebenem Grund oder bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel“) und auf der Ebene einer eingeschränkten Partizipation („fehlende Teilhabe am öffentlichen Straßenverkehr oder an beruflichen und gesellschaftlichen Aktivitäten“) beschrieben werden. Krankheit, Funktionsfähigkeit und Teilhabemöglichkeiten sind in ihrer Wechselwirkung entsprechend dem biopsychosozialen Modell der ICF jeweils vor dem Hintergrund der person- und umweltbedingten Kontextfaktoren zu beschreiben und entsprechend der gutachtlichen Fragestellung zu gewichten.

### 6.2 Kausalitätsbezogene Gutachten

Kausalitätsbezogene Gutachten erfordern die sachverständige Überprüfung von Ursache-Wirkungs-Beziehungen und die Abgrenzung ereigniskausaler von nicht auf das angeschuldigte Ereignis zurückführbaren Schädigungen. Dabei sind je nach Rechtsgebiet unterschiedliche Kausallehren zu beachten.

#### **Strafrecht**

Im Strafrecht gilt die **Äquivalenz-/Bedingungstheorie**. Sie besagt, dass jede, aber auch nur diejenige Bedingung als Ursache im Rechtssinn gilt, die für den konkreten Erfolg – so, zu diesem Zeitpunkt und in diesem Ausmaß - nicht hinweggedacht werden kann bzw. ohne die der konkrete Erfolg entfallen wäre („Conditio-sine-qua-non-Formel“). Alle Bedingungen sind ungeachtet ihres Gewichts für den Erfolgseintritt gleichwertig/äquivalent. Entscheidend ist der konkrete Ablauf; hypothetische, nicht wirksam gewordene Bedingungen sind unbeachtlich. Während im Strafrecht die Begrenzung der Zurechnung über Rechtswidrigkeit und Schuld erfolgt, werden die so identifizierten Kausalbedingungen im „philosophisch-naturwissenschaftlichen Sinne“ in den übrigen Rechtsgebieten einer weiteren Wertung unterworfen.

#### **Zivilrecht**

Im Zivilrecht (private Unfallversicherung, Arzthaftung und allgemeine Haftpflicht) gilt die **Adäquanztheorie**. Sie besagt, dass eine „conditio sine qua non“ zusätzlich „adäquat“ kausal geworden sein muss, d.h.

nach allgemeiner Lebenserfahrung generell und nicht nur unter besonders eigenartigen Umständen geeignet war, die eingetretene Schadensfolge herbeizuführen. In der jüngeren Rechtsprechung wird die Begrenzung der „zurechenbaren Schadensfolgen“ unter Billigkeitsaspekten bzw. über die Frage vorgenommen, ob nach der Intention des Gesetzgebers (dem sog. Schutzzweck der Norm) diese Schadensfolgen dem Schädiger zugerechnet werden sollen. Dies ist allerdings eine juristische Aufgabe und liegt außerhalb des Kompetenzbereichs des medizinischen Gutachters.

Die Kausalitätsbegutachtung erfordert vom Auftraggeber, dass der Gutachter möglichst genaue Informationen über das in seinen gesundheitlichen Folgen zu beurteilende Geschehen erhält, einschließlich etwaiger primärer Gesundheitsschäden, die der unmittelbaren gutachterlichen Untersuchung nicht (mehr) zugänglich sind. Eine besondere Schadensanlage beim Geschädigten (regelwidriger Zustand, der klinisch oder funktionell noch nicht in Erscheinung getreten ist) als mitwirkende Ursache schließt die Anerkennung der Kausalität eines Schadensereignisses ebenso wenig aus wie dessen bloße Teilursächlichkeit. Dem anspruchsbegründenden Ereignis kausal zugerechnet werden auch Folgeschäden z.B. durch Behandlungsmaßnahmen, selbst wenn diese fehlerhaft durchgeführt worden sein sollten. Während im allgemeinen Zivilrecht die Entschädigung – außer in den Fällen eines Mitverschuldens des Geschädigten – nach dem „Alles oder Nichts“-Prinzip erfolgt, können in der privaten Unfallversicherung mitwirkende – unfallunabhängige – Krankheiten oder Gebrechen je nach Gestaltung des individuellen Vertrages über einen prozentualen Abzug von der Invalidität oder der vereinbarten Versicherungssumme Berücksichtigung finden („Prinzip der Partialkausalität“).

## Sozialrecht

Im Sozialrecht (Gesetzliche Unfallversicherung, Soziales Entschädigungsrecht) und Teilen des Verwaltungsrechts (z.B. bei der Entschädigung von Dienstunfallfolgen) gilt die **„Lehre von der wesentlichen Bedingung“**. Auch sie erfordert eine Bewertung aller Ursachen, die am Eintritt einer Schädigung mitgewirkt haben. Der Gutachter muss also neben dem Schädigungsereignis (z.B. Unfall) konkurrierende Kausalitäten (z.B. Vorerkrankungen) berücksichtigen und in ihrer Bedeutung für den Schadenseintritt qualitativ bewerten. Eine rechnerische Gewichtung der einzelnen Ursachen ist nicht vorzunehmen. Kommt einer der Ursachen (Unfallereignis oder Vorerkrankung) eine „überragende“ Bedeutung für den Kausalverlauf zu, drängt sie also die jeweils anderen Ursachen in den Hintergrund, so ist sie allein „wesentlich“ und damit ursächlich im Sinne dieser Kausallehre.

Anders als im sozialen Entschädigungsrecht kommt es im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung in Fällen konkurrierender Kausalität nicht darauf an, ob die versicherten bzw. entschädigungspflichtigen Ursachen im Vergleich zu den übrigen Bedingungen „gleichwertig“ oder doch wenigstens „annähernd gleichwertig“ zum Schaden beigetragen haben. Lediglich dann, wenn eine nicht versicherte Ursache, z. B. eine Vorerkrankung, so schwer ist, d.h. die Krankheitsanlage so leicht ansprechbar war, dass auch Belastungen des alltäglichen Lebens den gleichen Schaden in etwa derselben Zeit und in etwa demselben Umfang hätten herbeiführen können, tritt die schädigende Einwirkung in ihrer rechtlichen Bedeutung zurück und stellt keine wesentliche Bedingung mehr dar („Gelegenheitsursache“). Da das Sozialrecht keine „geteilte Kausalität“ kennt, vielmehr den Schaden einheitlich bewertet, reicht eine wesentliche Mitverursachung der Gesundheitsschädigung aus, um die volle Entschädigungsleistung zu erhalten. Neben dem Sozialrecht gilt diese Kausallehre auch im Recht der Dienstunfallfürsorge für Beamte als Teil des Beamtenrechts.

## 6.3 Bewertung von Gesundheitsstörungen

Für die Bewertung der Gesundheitsstörungen gelten in unterschiedlichen Versicherungs- und Rechtsbereichen unterschiedliche Maßstäbe, die man als Gutachter kennen und beachten muss.

So wird im

- **Schwerbehindertenrecht** der Grad der Behinderung (GdB), im
- **Sozialen Entschädigungsrecht** der gleichermaßen abstrakte Begriff Grad der Schädigungsfolgen (GdS) – jeweils bezogen auf alle Lebensbereiche – zu Grunde gelegt.

In beiden Rechtsgebieten gilt die verbindliche Bewertungsgrundlage in den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“ als Anlage zu § 2 Versorgungsmedizin-Verordnung, VersMedV. Sind mehrere Körperfunktionen betroffen, werden die Einzelwerte nicht addiert, sondern in der Regel vom höchsten Einzelwert ausgehend ein Gesamt-GdB bzw. Gesamt-GdS gebildet. Maßgebend hierfür sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit und unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander.

- Im **Dienstunfallrecht** wird je nach Zugehörigkeit des betroffenen Beamten zum Bund oder zu den Bundesländern und Kommunen als Maßstab zum Teil ebenfalls auf den GdS der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“, zum Teil aber auch auf die MdE der gesetzlichen Unfallversicherung abgestellt.
- In der **gesetzlichen Rentenversicherung** ist nach dem seit dem 1. Januar 2001 geltenden Rentenreformgesetz die Erwerbsminderung quantitativ nach der Stundenzahl der täglich möglichen Arbeitszeit (unterteilt in 3 Stufen: 6 und mehr Std., 3 bis unter 6 Std. und weniger als 3 Std) nach den "üblichen Bedingungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt" (§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI) festzulegen. Darüber hinaus werden qualitative Einschränkungen der Leistungsfähigkeit erfragt.
- In der **gesetzlichen Krankenversicherung** besitzt der Begriff der Arbeitsunfähigkeit eine zentrale Bedeutung (vgl. §§ 44, 46 SGB V), wenn ein Versicherter aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen seine konkrete Tätigkeit nicht oder nur unter der Gefahr einer Verschlimmerung ausüben vermag (vgl. BSG v. 30.05.1967 – 3 RK 15/65). In Abhängigkeit von der Fragestellung sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Arbeitsunfähigkeits- oder Rehabilitations-Richtlinie) sowie die Qualifikations- und Qualitätsvorgaben gem. § 135 Abs. 2 SGB V zu beachten.
- Auch die **Krankentagegeldversicherung**, meist als Zusatz zur privaten Krankenversicherung abgeschlossen, kennt den Begriff der Arbeitsunfähigkeit als Leistungsvoraussetzung, dort allerdings als Unfähigkeit des Versicherten, seine konkrete Tätigkeit weder vollständig noch auch nur teilweise ausüben.
- Maßstab der **gesetzlichen Unfallversicherung** ist die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE). Nach § 56 Abs. 2 SGB VII richtet sich diese nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen (und psychischen) Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit, wobei im Interesse der Gleichbehandlung der Versicherten auf die „maßgebliche Rentenliteratur“ mit ihren Tabellenwerten zurückgegriffen werden soll. Begründete Abweichungen hiervon bleiben aber im Einzelfall möglich. Dabei werden die Erwerbsfähigkeit vor (= 100 %) und nach dem schädigenden Ereignis (=100 minus x %) miteinander verglichen. Die zu bewertende Beeinträchtigung kann sich als Erstmanifestation oder auch als vorübergehende, andauernde oder richtunggebende Verschlimmerung eines bereits vorhandenen Leidens darstellen. Es gilt der Grundsatz der abstrakten Schadensbemessung, grundsätzlich ohne Berücksichtigung der konkreten beruflichen Tätigkeit. Ähnlich dem Schwerbehinderten- und Sozialen Entschädigungsrecht wird die Gesamt-MdE für ein konkretes Unfallereignis integrierend gebildet, sofern unterschiedliche, sich wechselseitig beeinflussende Funktionsbeeinträchtigungen in ihren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit zu beurteilen sind. Anders als im Schwerbehinderten- und Sozialen Entschädigungsrecht bilden hier die verbleibenden Erwerbsmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt den maßgeblichen Bezugspunkt, der sich in tabellarisch vorliegenden Erfahrungswerten widerspiegelt. Eine Ausnahme von der integrierend einzuschätzenden Gesamt-MdE ergibt sich nur für die Folgen mehrerer Unfallereignisse.

Ein „Vorschaden“, also eine bereits unabhängig vom Versicherungsfall (vor-) bestehende Beeinträchtigung der individuellen Erwerbsfähigkeit ist gutachtlich ohne Bedeutung, es sei denn der Versiche-

rungsfall –die Verschlimmerung- wirkt sich infolge des Vorschadens anders aus, als im Normalfall, z.B. weil zwischen ihm und den Folgen des Versicherungsfalls funktionelle Wechselbeziehungen bestehen. Als Beispiel sei Verlust eines Auges bei Amblyopie des anderen angeführt. In derartigen Fällen kann die unfall- bzw. erkrankungsbedingte MdE höher (z.B. unfallbedingter Verlust des noch verbliebenen paarigen Körperteils/Organs) oder niedriger zu bemessen sein (z.B. unfallbedingter Verlust eines schon zuvor funktionell beeinträchtigten Körperteils/Organs).

Ein „Folgeschaden“ (Gesundheitsstörung, bei der die anerkannte Schädigungsfolge wesentlich mitgewirkt hat) sowie eine mittelbare Schädigungsfolge (Gesundheitsstörung, aufgrund eines Ereignisses, welches seinerseits seine Ursache in der anerkannten Schädigungsfolge hat) sind entschädigungspflichtig, nicht jedoch ein Nachschaden, der unabhängig von der anerkannten Schädigungsfolge eintritt, jedoch deren Auswirkungen nachteilig beeinflusst.

- In der **privaten Unfallversicherung** sind die individualvertraglichen Vorgaben, i.d.R. unter Einbeziehung der jeweiligen Fassung der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB), maßgebend. Die Bemessung der Unfallfolgen erfolgt anhand der im Versicherungsvertrag festgelegten „Gliedertaxe“ (d.h. nach der Gebrauchsfähigkeit einer Extremität/eines Sinnesorgans in Bruchteilen) und bei nicht nach der Gliedertaxe einzuschätzenden Schädigungen nach der aus dem Unfall resultierenden Einbuße der „allgemeinen körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit“ in Prozent, wobei der Gutachter den jeweils vorgegebenen, maßgeblichen Zeitpunkt für die Bemessung beachten muss. Nachweisbar vorbestehende funktionelle Beeinträchtigungen der vom Unfallereignis betroffenen Gliedmaße, des Sinnesorgans oder sonstiger, außerhalb der Gliedertaxe einzuschätzender körperlicher oder geistiger Funktionen (Vorinvalidität) sind in Abzug zu bringen. Gutachtlich zu beachten sind in der AUB festgelegte Ein- und Ausschlussklauseln. Neben der Invaliditätsleistung kennt die private Unfallversicherung noch zahlreiche weitere Leistungsarten (z.B. Tagegeldleistungen), mit jeweils spezifischen, zum Teil ebenfalls von der medizinischen Beurteilung abhängigen Voraussetzungen.
- In der **privaten Berufsunfähigkeitsversicherung** gibt es auf der Grundlage von Musterbedingungen individuell zugeschnittene Verträge. Gefragt wird nach vollständiger oder teilweiser Berufsunfähigkeit (BU), bezogen auf die konkrete, zuletzt „in gesunden Tagen“ ausgeübte Berufstätigkeit des Betroffenen. Je nach Vertragsgestaltung sind Leistungen vom Erreichen bestimmter Schwellenwerte in der Berufsunfähigkeit abhängig (z.B. mindestens 50%). Ferner kann BU gegeben sein, wenn dem Versicherten prägende Teiltätigkeiten seines konkreten Berufs verschlossen sind. Schließlich kann dem Gutachter in bestimmten Vertragsgestaltungen obliegen, die Berufsfähigkeit in anderen, ihm vom Auftraggeber konkret zu bezeichnenden „Verweistätigkeiten“ zu prüfen.

Bei der Begutachtung einer Berufsunfähigkeit ist die Kenntnis des rechtlichen Umfelds besonders wichtig, da auch andere Rechtsbereiche diesen Begriff kennen, allerdings mit abweichendem Inhalt: So führt eine BU in der Krankentagegeldversicherung zum Wegfall des Leistungsanspruchs, meint aber dort i.d.R. eine „Erwerbsunfähigkeit im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit um mehr als 50 %“; wieder anders die Verwendung bei den berufsständischen Versorgungswerken als Voraussetzung der Rentengewährung im Sinne einer zumeist vollständig erloschenen Fähigkeit, die Tätigkeit eines Arztes, Rechtsanwalts etc. auszuüben, einschließlich der faktischen Berufsaufgabe.

- In der **Haftpflichtversicherung** erfolgt ein Ausgleich für alle materiellen (Verdienstaufschlag, Haushaltsführungsschaden, Umschulungs- und Umbaukosten) und immateriellen Schädigungen (Schmerzensgeld). Maßgeblich ist die Differenz zwischen dem schädigungsbedingt eingetretenen Istzustand und dem hypothetischen Zustand ohne das Schädigungsereignis, sodass bereits vorbestehende Einschränkungen im Sinne eines „Vorschadens“ nicht mitentschädigt werden (Prinzip des Differenzschadens). Die Schadensbemessung erfolgt konkret, d.h. nicht nach abstrakten Maßstäben. Gleichwohl wird der Gutachter häufig auch nach der MdE zur Abschätzung der Schädigungsfolgen gefragt; in diesem Fall hat sich der Gutachter zu vergewissern, ob die Frage auf die konkrete, berufsbezogene oder eine abstrakte Bemessung abzielt. Letzteres dient dann meist einer Plausibilitätskontrolle oder als Bemessungskriterium für das Schmerzensgeld.



Je nach Rechtsgebiet existieren entweder für den Gutachter verbindliche Tabellenwerte (Schwerbehinderten und soziales Entschädigungsrecht) oder zumindest Literaturempfehlungen, auf die im Interesse einer gleichartigen Rechtsanwendung zurückzugreifen ist, von denen aber – begründete – Abweichungen im Einzelfall möglich bleiben.

Um finale Fragestellungen geht es schließlich auch bei der Beurteilung der Geschäfts-/Testierfähigkeit einer Person oder bei Gutachten im Familien- und Betreuungsrecht (§§ 280 – 284 Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit, FamFG) sowie im Verkehrsrecht (Verordnung über die Zulassung von Personen im Straßenverkehr, FeV).

## 7. Beweismaße

Besonderes Augenmerk ist auf das anzulegende Beweismaß zu richten, d.h. welcher Grad von Wahrscheinlichkeit für die erfolgreiche Beweisführung über eine behauptete Tatsache benötigt wird. Auch hier sind in den einzelnen Rechtsgebieten unterschiedliche Regelungen anzutreffen:

Während im **Strafprozess** für die richterliche Überzeugungsbildung eine „jenseits begründeter Zweifel“ liegende bzw. „an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit“ (vgl. § 261 StPO) gefordert wird, sind im Zivilprozess die Regelungen des Beweisrechts in den §§ 286, 287 ZPO maßgeblich, die durch Verweisungsvorschriften auch in den - gutachtlich relevanten - Sozialgerichts- und Verwaltungsprozessen anzuwenden sind. Für die korrekte Anwendung dieser Regeln kommt der Differenzierung von haftungsbegründender und haftungsausfüllender Kausalität besondere Bedeutung zu.

Im zivilen **Haftpflichtrecht** bezeichnet die haftungsbegründende Kausalität den Zusammenhang zwischen Verhalten bzw. Pflichtverstoß des Schädigers und Erstverletzung („Primär-/Gesundheitserstschaden“) des Geschädigten. Alle Komponenten stehen zur Beweislast des Anspruchstellers und müssen im sog. „Vollbeweis“, d.h. -in der Formulierung des Bundesgerichtshofs (BGH)- mit einem „für das praktische Leben brauchbaren Grad an Wahrscheinlichkeit, der verbleibende Zweifel zurücktreten lässt, ohne sie völlig auszuschließen“ (BGH v. 17.02.1970 – III ZR 139/67), nachgewiesen werden. Der Auftraggeber muss also zur subjektiven Gewissheit gelangen können (§ 286 ZPO).

Die Weiterentwicklung des Schadens („Folge-“, oder „Sekundärschaden“) aus dem Gesundheitserstschaden, bezeichnet als „haftungsausfüllende Kausalität“, unterliegt hingegen dem Maßstab des § 287 ZPO, der nach Maßgabe der Rechtsprechung lediglich eine „überwiegende“ bzw. „deutlich überwiegende“ Wahrscheinlichkeit voraussetzt (BGH v. 28. 01.2003 - VI ZR 139/02).

Ergänzt werden diese Grundsätze zu Beweismaß und Beweislast im Zivilrecht durch gesetzlich angeordnete oder richterrechtlich entwickelte Modifikationen (z.B. Anscheinsbeweis oder Beweis „prima facie“). Die gleichfalls zunächst richterrechtlich entwickelten spezifischen Regelungen des Arzthaftungsrechts haben mit dem Patientenrechtegesetz über die Regelungen des Behandlungsvertrags mittlerweile Eingang in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) gefunden (vgl. § 630h BGB).

In der verwaltungsrechtlichen **Dienstunfallfürsorge** gelten dieselben Beweisregeln wie im Zivilrecht, d.h. hier sind das Dienstunfallereignis der (primäre) Gesundheitsschaden und deren kausale Verknüpfung ebenfalls jeweils im Vollbeweis zu sichern (Bundesverwaltungsgericht v. 22.10.1981 – 2 C 17.81).

Auch das **Sozial(versicherungs)recht** kennt das Begriffspaar der haftungsbegründenden und haftungsausfüllenden Kausalität, obschon es dort nicht um Haftung, sondern um Sozialversicherungs- oder Entschädigungsleistungen geht. Nach neuerer Rechtsprechung des BSG umschreibt die haftungsbegründende Kausalität die Verursachung des Gesundheitserstschadens durch das Unfallereignis oder die schädigende Einwirkung, die haftungsausfüllende Kausalität hingegen die gesundheitlichen Folgen des Arbeitsunfalls bzw. der Berufskrankheit. Dem Ganzen vorgelagert sind die „Unfallkausalität“ (im Bereich der Berufskrankheiten auch „Einwirkungskausalität“ genannt), d.h. der Zusammenhang zwischen der

Arbeitsverrichtung und dem Unfallereignis/den Einwirkungen, und der „sachliche“ oder „innere Zusammenhang“, d.h. die Verknüpfung der zum Unfallereignis/den Einwirkungen führenden Verrichtung mit dem versicherten Tätigkeitsbereich. Die letztgenannten Problemkreise werden im Regelfall schon vorab durch die Verwaltung/das Gericht geprüft. Gelegentlich wird der Gutachter allerdings gefragt, ob eine „körpereigene Ursache“ das Unfallereignis selbst ausgelöst hat (z.B. Sturz aufgrund eines epileptischen Anfalls), was eine Leistungspflicht ausschließt. Die eigentliche Domäne des Gutachters bilden hingegen die Auswirkungen des Unfallereignisses bzw. der schädigenden Einwirkung (= haftungsausfüllende Kausalität), d.h. ob und in welchem Umfang Gesundheitsschäden bzw. Funktionsbeeinträchtigungen bestehen, die auf dieses Vorkommnis ursächlich zurückzuführen sind.

Während versicherte Tätigkeit, Unfallereignis bzw. schädigende Einwirkung und Bestehen/Ausmaß der Gesundheitsschäden im Sozialrecht im Wege des „Vollbeweises“ nachgewiesen sein müssen, reicht für die kausale Verknüpfung dieser Elemente die „hinreichende (einfache) Wahrscheinlichkeit“, d.h. es muss mehr dafür als dagegen sprechen.

Bei der **Festlegung von Schädigungsfolgen** lassen sich unterschiedliche Kategorien differenzieren:

- Schädigungsfolge i. S. der Entstehung
- Schädigungsfolgen i. S. einer Verschlimmerung eines Leidens (vorrübergehend, dauernd oder richtunggebend)
- Folgeschäden (später eintretende Schäden, deren Ursache im primär schädigenden Ereignis liegt)
- Nachschäden (später eintretende Erkrankungen, die in keinem Kausalverhältnis zum primär schädigenden Ereignis stehen).

Für alle Rechtsgebiete gilt, dass die bloße Erstmanifestation von Beschwerden nach einem schädigenden Ereignis („der zu Begutachtende hat vor dem Ereignis nicht unter den jetzt vorhandenen körperlichen oder seelischen Erkrankungen oder Beschwerden gelitten“) lediglich die Möglichkeit eines Kausalzusammenhanges indiziert, d.h. ohne Nachweis objektiver Schädigungsfolgen für den Beweis allein nicht ausreicht.

## 8. Haftung des Gutachters

Eine **zivilrechtliche Haftung** des Gutachters, d.h. seine Schadensersatzpflicht, kann sich aus zwei Gründen ergeben:

- Haftung wegen Verletzung einer Vertragspflicht gemäß § 280 BGB
- Haftung aus Delikt bzw. unerlaubter Handlung gemäß §§ 823 ff. BGB.

Zivilrechtliche Haftungsansprüche des Auftraggebers oder des zu Begutachtenden setzen einen schuldhaft, d.h. vorsätzlich oder fahrlässig (§ 276 BGB) herbeigeführten objektiven Gutachtenmangel und einen dadurch verursachten Schaden voraus. Die Beweislast liegt grundsätzlich beim Anspruchsteller. Der Haftungsumfang erstreckt sich auf materielle und –bei Gesundheitsschäden– auch immaterielle Schadensfolgen. Die Verjährungsfrist beträgt für die vertragliche wie deliktische Haftung einheitlich grundsätzlich 3 Jahre zum Jahresende. Die Frist beginnt am Ende des Jahres zu laufen, in dem der Geschädigte vom Anspruch Kenntnis erhält oder sich „grob fahrlässig“ dieser Kenntnis verschließt (§§ 195, 199 BGB), z.B. weil er naheliegende Erkenntnismöglichkeiten ungenutzt lässt.

Für den gerichtlich bestellten Sachverständigen besteht mit § 839a BGB eine spezialgesetzliche Haftungsgrundlage. Danach hat er für (Vermögens-) Schäden einzustehen, die einem Verfahrensbeteiligten durch ein vorsätzlich oder grob fahrlässig erstelltes unrichtiges Gutachten als Grundlage einer gerichtlichen Entscheidung entstanden sind. Ist der Sachverständige Beamter im statusrechtlichen Sinn oder

erstattet er das Gutachten für einen hoheitlich tätigen Auftraggeber, wie etwa einem Träger der Unfallversicherung, kommt eine Haftung nach den Grundsätzen der Amtshaftung in Betracht mit der Folge, dass der Auftraggeber für Fehlleistungen des Gutachters eintrittspflichtig ist, jedoch bei grober Fahrlässigkeit oder Vorsatz Rückgriff nehmen kann (§ 839 BGB i.V.m. Art. 34 GG).

Die **strafrechtliche Verantwortlichkeit** eines Gutachters kann sich aus folgendem Fehlverhalten ergeben:

- vorsätzliche Falschaussage (§ 153 StGB), vorsätzlicher Meineid/fahrlässiger Falscheid (§§ 154, 163 StGB)
- vorsätzliche Verletzung der Schweigepflicht (§ 203 StGB)
- vorsätzliche/fahrlässige Körperverletzung durch die Untersuchung des Probanden oder infolge der gutachtlichen Fehleinschätzung einer Eigen- oder Fremdgefährdung (§§ 223 ff./ 229 StGB)
- Freiheitsberaubung (§ 239 StGB)
- Betrug (§ 263 StGB)
- Untreue (§ 266 StGB)
- Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse (§ 278 StGB)
- Bestechlichkeit im geschäftlichen Verkehr (§ 299 StGB)
- Vorteilsannahme/Bestechlichkeit (§§ 331, 332 StGB).

Verstöße führen zu strafrechtlichen Ermittlungsverfahren durch die Staatsanwaltschaft und im Ergebnis dann ggf. zu einer Verurteilung zu Geld-/oder Freiheitsstrafen durch die Strafgerichte.

## 9. Vergütung des Gutachters

Der gerichtlich bestellte Sachverständige hat Anspruch auf Vergütung. Diese richtet sich seit 1. Juli 2004 nach dem Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG), Novellierung 2013, das für medizinische Gutachten nur noch drei Honorargruppen kennt. Maßstäbe für die Entschädigung sind:

1. Die erforderliche Zeit
2. Der Stundensatz (§ 9 JVEG)
3. Die Pauschalsätze für besondere Verrichtungen
4. Aufwendungsersatz

Maßgeblich ist der tatsächliche Zeitaufwand, sofern er die aus „Erfahrungen“ der Kostenrechtsprechung hergeleitete „objektiv erforderliche Zeit“ der Auftragsbearbeitung durch einen erfahrenen Sachverständigen nicht wesentlich überschreitet (LSG München, Beschluss v. 18.05.2012 – L 15 SF 104/11), wobei insbesondere in der Sozialgerichtsbarkeit erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern festzustellen sind, die z.T. auch entsprechende „Merkblätter“ für die Sachverständigen bereithalten. Anzurechnen sind: Studium der Gerichtsakten, Exploration und Untersuchung, ggf. Reise- und Wartezeiten, Ausarbeitung des Gutachtens, Diktat und Durchsicht, Literaturstudium (nur sofern wegen einer speziellen Fragestellung objektiv nötig), Wahrnehmung eines Gerichtstermins einschl. der Wege- und Wartezeiten, sonstige Zeiteinbußen auf Kosten der gewöhnlichen Beschäftigung.

Der Stundensatz beläuft sich derzeit in der Honorargruppe

- M 1 auf 65 €

- M 2 auf 75 €
- M 3 auf 100 €.

Es fallen gemäß Anlage 1 JVEG zu § 9, Abs. 1

- in die Gruppe M1 insbesondere einfache gutachtliche Beurteilungen zur Minderung der Erwerbsfähigkeit nach einer Monoverletzung;
- in die Gruppe M2 beschreibende (Ist-Zustands-) Begutachtungen nach standardisiertem Schema ohne Erörterung spezieller Kausalzusammenhänge mit einfacher medizinischer Verlaufsprognose und mit durchschnittlichem Schwierigkeitsgrad.
- in die Gruppe M 3 Gutachten mit hohem Schwierigkeitsgrad (Begutachtungen spezieller Kausalzusammenhänge und/oder differenzialdiagnostischer Probleme und/oder Beurteilung der Prognose und/oder Beurteilung strittiger Kausalitätsfragen) oder Gutachten zu komplexen familiengerichtlichen Fragestellungen sowie Gutachten im Strafrecht.

Der Stundensatz wird einheitlich für alle Zeitaufwendungen für das Gutachten festgesetzt, wobei in der Kostenrechtsprechung der Sozialgerichtsbarkeit unterschiedliche Bezugsrahmen für die Plausibilitätsprüfung der Seitenzahlen gelten (1800 Zeichen nach DIN 1422 oder 2500 bis 2700 Anschläge je Seite).

Als Ersatz von Schreibaufwendungen werden 0,90 € je angefangene 1000 Anschläge vergütet. Hinzu kommen noch evtl. besondere Aufwendungen im Zusammenhang mit der Gutachtenerstellung, wie z.B. die Anfertigung von Lichtbildern, Fahrtkosten etc. im Rahmen des Notwendigen.

Mit Sachverständigen, die häufiger herangezogen werden, kann die oberste Landesbehörde eine Vereinbarung über die zu gewährende Vergütung treffen, deren Höhe die nach dem Justizentschädigungsgesetz vorgesehene Vergütung nicht um das Doppelte überschreiten darf.

Der Anspruch auf Entschädigung kann verloren gehen, wenn das Gutachten für das Gericht nicht verwertbar ist, d.h. die üblichen Qualitätsstandards nicht einhält, oder der Sachverständige das Gutachten an einen anderen Arzt delegiert hat. Der Anspruch erlischt auch bei Überschreitung der gesetzlichen Ausschlussfrist für die Rechnungsstellung (3 Monate nach Abgabe des Gutachtens §2 Abs. 1 JVEG).

Werden lediglich Zusatzuntersuchungen ohne eigene gutachtliche Beurteilung durchgeführt (z. B. elektrophysiologische oder sonographische Befunde) erhalten die Ärzte den Aufwendersatz nach §10 und Anlage 2 JVEG.

Für Leistungen nach Abschnitt O des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen (Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) bemisst sich das Honorar nach dem 1,3 fachen Gebührensatz. Soweit für die Erbringung solcher Leistungen zusätzliche Zeit erforderlich ist, erhält der Sachverständige ein Honorar von 65 € je Stunde

Bei Gutachten in der gesetzlichen Unfallversicherung ist das Abkommen Ärzte/Unfallversicherungsträger mit einem Gebührenverzeichnis (UV-GOÄ) maßgebend. In der Rentenversicherung existieren derzeit nur einseitige Empfehlungen der Rentenversicherungsträger ohne Verbindlichkeitsanspruch.

Die Vergütung in der privaten Unfall- und Haftpflichtversicherung richtet sich nach der GOÄ.

## 10. Checkliste Gutachten

Die abschließende Liste kann dem Gutachter als Leitlinie und Checkliste für den Gutachtenaufbau dienen.

## 1. Bei Auftragseingang klären:

- 1.1. Verfüge ich über ausreichende medizinische und rechtliche Kompetenz?
- 1.2. Liegen Hinderungsgründe (z.B. Besorgnis der Befangenheit) vor?
- 1.3. Ist rechtzeitige Gutachtenerstellung möglich?
- 1.4. Sind die Unterlagen vollständig?
- 1.5. Ist die Fragestellung klar und adäquat?
- 1.6. Entstehen unerwartet hohe Kosten?
- 1.7. Beteiligung von Mitarbeitern?

## 2. Formalien

- 2.1. Briefkopf mit Angabe der Institution und fachlicher Qualifikation des Gutachters
- 2.2. Auftraggeber
- 2.3. Begutachteter (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Identifikation durch Personalausweis)
- 2.4. Aktenzeichen des Auftraggebers und ggf. eigenes Archivzeichen des Gutachters
- 2.5. Angaben, worauf das Gutachten beruht (aktenkundiger Sachverhalt, gutachtliche Untersuchung, Zusatzbefunde)
- 2.6. Datum der Untersuchung und der Fertigstellung des Gutachtens
- 2.7. Ggf. Benennung von hinzugezogenen Mitarbeitern
- 2.8. Unterschrift
- 2.9. Fragestellung bei Beantwortung der Fragen aufführen
- 2.10. Kontakte mit Parteien – außerhalb der gutachtlichen Untersuchung – grundsätzlich nur über Auftraggeber

## 3. Sachverhaltsdarstellung

- 3.1. Anamnese nach Aktenlage (nur Daten, die in der Beurteilung diskutiert werden!)
- 3.2. Anamnese nach Angaben des zu Begutachtenden (je nach Fragestellung spezielle, allgemeine, soziale und biographische Anamnese)
- 3.3. Ggf. Fremdanamnese (nur mit Einwilligung des zu Begutachtenden und bei Gerichtsgutachten nach Genehmigung des Gerichts!)
- 3.4. Ggf. Angaben zum Tagesablauf
- 3.5. Geklagte Beschwerden und Beeinträchtigungen
- 3.6. Befunddokumentation
  - 3.6.1. Fachspezifischer Befund
  - 3.6.2. Gutachtlich relevanter Allgemeinbefund
  - 3.6.3. Psychischer Befund, zumindest Verhaltensschilderung
  - 3.6.4. Zusatzbefunde (apparative Befunde, Labor, Funktionsdiagnostik)
- 3.7. Ggf. Hinweis auf fehlende Unterlagen
- 3.8. Gutachtlich relevante Diagnosen mit ICD-10-Verschlüsselung
- 3.9. Zusammenfassende gestraffte Darstellung der gutachtlich relevanten Aspekte und Schlussfolgerungen
- 3.10. Qualitative und quantitative Beschreibung der Funktionseinschränkungen, der Beeinträchtigungen und der Partizipation

#### 4. Gutachtliche Würdigung

Keine Wiederholung des Sachverhaltes, sondern

- 4.1. Herausstellung der gutachtlich relevanten Gegebenheiten
- 4.2. Benennung und laienverständliche Erläuterung der Diagnosen
- 4.3. Darstellung und Erläuterung der aus den Diagnosen folgenden Beeinträchtigungen vor dem Hintergrund der umwelt- und personbezogenen (je nach Rechtsgebiet) Kontextfaktoren. Bei der Begutachtung von Kindern sind die altersspezifischen Besonderheiten und ggf. Probleme der Entwicklungsdynamik in der Zukunft zu beachten
- 4.4. Falls gefordert, eingehende Erläuterung der Kausalzusammenhänge und ihrer Wahrscheinlichkeit/Sicherheit
- 4.5. Darstellung und gutachtliche Einschätzung von psychischen Reaktionen, Erläuterung ihres Krankheitswertes. Ggf. Hinweis auf inadäquate Beschwerdevorbringungen (inadäquate Kausalisierungen, Aggravation, Simulation) und ihre Bedeutung für die Begutachtung.
- 4.6. Ggf. Auseinandersetzung mit vorliegenden Attesten und Vorgutachten
- 4.7. Ggf. Angabe des Zeitpunkts oder des Zeitraums, auf den sich die gutachtliche Beurteilung der Funktionsstörungen oder Beeinträchtigungen bezieht
- 4.8. Laienverständliche Sprache

#### 5. Festlegung der Funktionsbeeinträchtigungen

- |                                     |                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.1. Schwerbehindertenrecht         | GdB und ggf. Nachteilsausgleich (Merkzeichen)                                                                                                                                                  |
| 5.2. Gesetzliche Rentenversicherung | Erwerbsminderung nach Stundenzahl der täglich möglichen Arbeitszeit, qualitative Leistungsfähigkeits-einschränkungen                                                                           |
| 5.3. Soziales Entschädigungsrecht   | GdS                                                                                                                                                                                            |
| 5.4. Gesetzliche Unfallversicherung | MdE                                                                                                                                                                                            |
| 5.5. Private Unfallversicherung     | Invaliditätsgrad entsprechend „Gliedertaxe“ oder nach Beeinträchtigung der allgemeinen Leistungsfähigkeit                                                                                      |
| 5.6. Haftpflichtversicherung        | Ausgleich aller konkreten Schäden (Verdienstaustausch, Umschulungs- und Umbaukosten, Rente etc.), evtl. MdE (dann als Plausibilitätsindikator oder in Bezug auf die konkrete Erwerbstätigkeit) |

#### 6. Beantwortung der vom Auftraggeber gestellten Fragen

- 6.1. Beantwortung aller vom Auftraggeber oder im Beweisbeschluss/in der Beweisanordnung gestellten Fragen
- 6.2. Keine Ausführungen zu Sachverhalten außerhalb der Fragestellung/des Beweisbeschlusses
- 6.3. Bei angeforderter Stellungnahme zu Vorgutachten keine subjektiven oder abwertenden Aussagen

#### 7. Rechtsverbindliche Unterschrift

#### 8. Liquidation

## Weiterführende Literatur

- [1] Barmeyer, J. Das kardiologische Gutachten, 2. Aufl., Thieme, Stuttgart 2009.
- [2] Becher, St., Ludolph, E. (Hrsg.) Grundlagen der ärztlichen Begutachtung, 2. Aufl., Thieme, Stuttgart 2016.
- [3] Bichler, K.-H. Das urologische Gutachten, 2. Aufl., Springer Berlin 2004.
- [4] Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation – Stand 02.Juli 2018 (<https://www.mds-ev.de/richtlinien...>)
- [5] Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit- Stand 15.05.2017 (<https://www.mds-ev.de/richtlinien...>)
- [6] Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches - vom 15. April 2016, geändert durch Beschluss vom 31.03.2017(<https://www.mds-ev.de/richtlinien...>)
- [7] BMJV Arbeitsgruppe Familienrechtliche Gutachten 2015: Mindestanforderungen an die Qualität von Sachverständigengutachten im Kindschaftsrecht. ISBN 978-3-942761-37-6; [www.psychologenverlag.de](http://www.psychologenverlag.de), oder (<https://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF/Themenseiten/FamilieUndPartnerschaft/MindestanforderungenSachverstaendigengutachtenKindschaftsrecht.html>)
- [8] Braunschweig R: Radiologische Begutachtung – multimodale Bildgebung des Bewegungsapparates: Walter de Gruyter, Berlin/Boston 2017
- [9] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) Versorgungsmedizinische Grundsätze. Anlagenband zum Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 57 vom 15. Dezember 2008. In ständiger Aktualisierung. ([http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/k710-versorgungsmedizinverordnung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/k710-versorgungsmedizinverordnung.pdf?__blob=publicationFile))
- [10] DGUV Grundlagen der Begutachtung von Arbeitsunfällen – Erläuterungen für Sachverständige (<http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/gutachter-broschuere.pdf>)
- [11] Diepgen TL, Krohn S, Bauer A, Bernhard-Klimt C, Brandenburg S, Drexler H, Elsner P, Fartasch M, John SM, Kleesz P, Köllner A, Letzel S, Merk HF, Mohr P, Münch H, Palsherm K, Pappay W, Palfner S, Römer W, Sacher J, Wehmann W, Skudlik C, Ulrich C, Westphal F, Worm M, Zagrodnik FD (2016): Empfehlung zur Begutachtung von arbeitsbedingten Hauterkrankungen und Hautkrebskrankungen - Bamberger Empfehlung. Dermatol Beruf Umwelt 64 (3) 89-136
- [12] Dörfler, H., Eisenmenger, W., Lippert H.-D., Wandl, U. (Hrsg.) Medizinische Gutachten, 2. Aufl., Springer, Heidelberg 2015.
- [13] Ekkenkamp, A., Wich, M., Peters, M. (Hrsg.) Kompendium der medizinischen Begutachtung, Spitta Verlag Balingen, Stand März 2018.
- [14] Empfehlung der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft und des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands zur Fahreignungsbegutachtung für den Straßenverkehr, 6. Aufl., 2013. ([https://www.dog.org/wp-content/.../DOG\\_Fahreignungsbegutachtung\\_2014](https://www.dog.org/wp-content/.../DOG_Fahreignungsbegutachtung_2014))
- [15] Feldmann, H., Brusis, T. Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes, 7. Aufl., Thieme, Stuttgart 2012.
- [16] Francke, J., Gagel A., Bieresborn, D Der Sachverständigenbeweis im Sozialrecht, 2. Auflage, Nomos, Baden-Baden 2017
- [17] Fritze, E., Mehrhoff, F.H. (Hrsg.) Die ärztliche Begutachtung: Rechtsfragen, Funktionsprüfungen, Beurteilungen. 8. Aufl., Springer, Heidelberg 2012.
- [18] Gaertner, Th., Gansweid, B. Gerber, H., Schwegler, F., v. Mittelstaedt, G. (Hrsg.) Die Pflegeversicherung: Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung, Walter de Gruyter, 3., aktualisierte, überarbeitete und umfassend erweiterte Auflage, 2014.
- [19] Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 1 i.V.m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX\* für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Frankfurt/Main, Dezember 2016
- [20] Gerstner, G. J. Forensische Gynäkologie: Gynäkologische Gutachten im Verfahren, de Gruyter, Berlin 2012.
- [21] Gieretz, H. G. Begutachtung in der Kardiologie, Ecomed, Landsberg 2010.
- [22] Grundlagen der Begutachtung von Arbeitsunfällen – Erläuterungen für Sachverständige
- [23] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV), Berlin 2., aktualisierte Neuauflage Juli 2016 [publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/gutachter-broschuere.pdf](http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/gutachter-broschuere.pdf)
- [24] Haffner, Th.-H., Skopp, G., Graw, M. (Hrsg.) Begutachtungen im Verkehrsrecht, Springer Berlin 2012.
- [25] Hausotter, W. Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen, 2. Aufl., Elsevier Urban & Fischer, München 2004.
- [26] Hausotter, W., Schouler-Ocak, M. Begutachtung bei Menschen mit Migrationshintergrund, 2. Aufl., Elsevier/Urban & Fischer, München 2014.
- [27] Hempfling H, Krenn V (Hrsg.) Schadenbeurteilung am Bewegungssystem. De Gruyter, Berlin 2016
- [28] Hollo, D. F., Gaidzik, P. W. Rechtliche Rahmenbedingungen für die ärztliche Beratung und Begutachtung, 2. Aufl., Thieme, Stuttgart 2014
- [29] Kater, H. Das ärztliche Gutachten im sozialgerichtlichen Verfahren: Die schwierige Kommunikation zwischen Juristen und Medizinern, 2. Aufl., Erich Schmidt Verlag, Berlin 2011.
- [30] Lachenmayr, B. (Hrsg.) Begutachtung in der Augenheilkunde, 2. Aufl., Springer, Berlin, 2012
- [31] Lehmann, R., Ludolph, E. Die Invalidität in der privaten Unfallversicherung, 5. Aufl., Verlag Versicherungswirtschaft, Karlsruhe 2018.
- [32] Leitlinien zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit, beim Rehabilitationszugang, zur sozialmedizinischen Beurteilung – Reha-Zugang und Leistungsfähigkeit, hrsg. v. der Deutschen Rentenversicherung (Internet: [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Sozialmedizin > Sozialmedizinische Begutachtung).
- [33] Ludolph, E., Schürmann, J., Gaidzik, P.W. (Hrsg.) Kursbuch der ärztlichen Begutachtung, Ecomed, Landsberg, Stand Juli 2017.
- [34] Ludolph, E. (Hrsg.) Der Unfallmann: Begutachtung der Folgen von Arbeitsunfällen, privaten Unfällen und Berufskrankheiten, 13. Aufl., Springer,

- Heidelberg, 2013.
- [35] Mehrhoff, F., Eckenkamp, A., Wich, M. (Hrsg.) Unfallbegutachtung, 13. Aufl., De Gruyter, Berlin 2012.
- [36] Mehtens, G., Brandenburg, S. Die Berufskrankheitenverordnung (BKV), Kommentar, Erich Schmidt Verlag Berlin 2018
- [37] Merkblätter und wissenschaftliche Begründungen zu den Berufskrankheiten der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung unter [www.baua.de](http://www.baua.de). Empfehlungen zur Begutachtungen einzelner Berufskrankheiten der DGUV; unter [www.dguv.de](http://www.dguv.de).
- [38] Menke, H. Begutachtung von Verbrennungsfolgen. In: Verbrennungschirurgie. Hrsg. M Lehnhardt, B Hartmann, B Reichert. Springer Berlin Heidelberg 2016, S 473-479
- [39] Nedopil, N. Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht, 5. Aufl., Thieme, Stuttgart 2017.
- [40] Neu, J., Petersen D., Schellmann, W.-D. (Hrsg.) Arzthaftung/Arztfehler; Orthopädie Unfallchirurgie: Steinkopff, Darmstadt 2001.
- [41] Neumann-Zielke, L., Roschmann, R. & Wilhelm, H. Neuropsychologische Begutachtung. In W. Sturm, M. Hermann & T.F. Münte (Hrsg., 2. revid. u. erw. Aufl.), Lehrbuch Klinische Neuropsychologie (S. 329 - 340). Spektrum-Verlag, Heidelberg (2009).
- [42] Nowak, D. Verdacht auf Berufskrankheit? Darauf kommt es im Berufskrankheiten-Verfahren an. Landsberg: Ecomed-Storck. 3. Aufl. 2018
- [43] Nowak, D., Kroidl, R. Bewertung und Begutachtung in der Pneumologie. Stuttgart: Thieme Verlag, 3. Aufl. 2009
- [44] Schiltenswolf, M., Hollo, D. (Hrsg.) Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane 6. Aufl., Thieme, Stuttgart 2013.
- [45] Schiltenswolf, M., Schwarz, M. (Hrsg.) Lexikon – Begutachtung in der Medizin, Springer, Berlin 2013.
- [46] Schönberger A., Mehtens, G. Valentin H. Arbeitsunfall und Berufskrankheit. 9. Aufl., Erich Schmidt Verlag, Berlin 2017.
- [47] Stegers, C.-M., Hansis, M. L., Alberts, M. A., Scheuch, S. Sachverständigenbeweis im Arzthaftungsrecht, 2. Aufl., C. F. Müller, Heidelberg 2008.
- [48] Thomann, K.-D., Jung, D., Letzel, S. Schwerbehindertenrecht – Begutachtung und Praxis, Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2006.
- [49] Thomann, K.-D., Schröter, F., Grosser, V. (Hrsg.) Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung – Praxis der klinischen Begutachtung, 2. Aufl., Elsevier, Urban & Fischer Verlag, München 2013.
- [50] Sturm, W. Aufgaben und Strategien neuropsychologischer Diagnostik.  
In Sturm, W., Herrmann, M., Münte, T.F. (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Neuropsychologie. 2. Aufl. (pp. 317-328). Spektrum, Heidelberg 2009.
- [51] Venzlaff, U., Foerster, K, Dreßing, H., Habermeyer, E. Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. (Hrsg. K. Foerster, H. Dreßing), 6. Aufl., Elsevier Urban & Fischer, München 2015.
- [52] Verband deutscher Rentenversicherungsträger: Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 7. Aufl., Springer, Heidelberg 2011.
- [53] Weise, K., Schiltenswolf, M. Grundkurs orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung, 2. Aufl., Springer, Heidelberg 2014.
- [54] Widder, B. und Gaidzik, P.W. Begutachtung in der Neurologie, 3. Aufl.. Referenzreihe Neurologie, Thieme, Stuttgart 2018.



**Beteiligte Gesellschaften:**

Deutsche Gesellschaft für neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB) – federführend

Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)

Deutsche Gesellschaft für Angiologie (DGA)

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)

Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie e.V. (DGAKI)

Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM)

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)

Deutsche Gesellschaft für Epileptologie e.V. (DGfE)

Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin - Gesellschaft für operative, endovaskuläre und präventive Gefäßmedizin e.V. (DGG)

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC)

Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN)

Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)

Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM)

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP)

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e.V. (DGNC)

Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNI)

Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR)

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC)

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)

Deutsche Gesellschaft für Phlebologie (DGP)

Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM)

Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR)

Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DGPP)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh)

Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)

Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)

Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)

Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU)

Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin e.V. (DGV)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG)

Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e. V. (DOG)

Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)

Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP)

Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin (GNPI)

<b>Kooperierende Autoren</b>	<b>Fachgesellschaft</b>
Prof. Dr. med. Jürgen Alberty Wirichsbongardstr. 1 52062 Aachen	DGHNO-KHC (Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie)
Dr. med. Sixtus Allert Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie - Handchirurgie Sana Klinikum Hameln-Pyrmont Saint-Maur-Platz 1 31785 Hameln	DGPRÄC (Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen)
Prof. Dr. med. Matthias W. Beckmann Frauenklinik Universitätsklinikum Erlangen Universitätsstraße 21-23 91054 Erlangen	DGGG (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtsmedizin)
Dr. med. Sylvia Bele Uniklinikum Regensburg Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie Franz-Josef-Strauß-Allee 11 93093 Regensburg	DGNI (Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin)
Dipl.-Med. Katrin Breuninger Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) Theodor-Althoff-Straße 47 45133 Essen	DGSMP (Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention)
Dr. med. Berthold Bickert Klinik für Hand-, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie BG - Unfallklinik Ludwigshafen Ludwig-Guttman-Str. 13 67071 Ludwigshafen	DGH (Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie)
Dr. med. Hans Peter Bischoff Isny	DGMM (Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin)
Dr. med. Rainer Braunschweig Wedderkopstr. 2-4 23847 Steinhorst	DRG (Deutsche Roentgengesellschaft)
Prof. Dr. med. Tilmann Brusis Institut für Gutachten Dürener Str. 199-203 50931 Köln	DGHNO-KHC (Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie)

<p>Prof. Dr. med. Michael Buerke St. Marien-Krankenhaus Siegen Medizinische Klinik II Klinik für Kardiologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin Kampenstr. 51 57072 Siegen</p>	<p>DGIIN (Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin)</p>
<p>Prof. Dr. med. Wolfgang Delb Pfaffplatz 10 67655 Kaiserslautern</p>	<p>DGPP (Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie)</p>
<p>Dr. med. Gesine Dörr Klinik für Innere Medizin Alexianer St. Josef Potsdam GmbH Allee nach Sanssouci 7 14471 Potsdam</p>	<p>DGA (Deutsche Gesellschaft für Angiologie)</p>
<p>Prof. Dr. med. Richard du Mesnil de Rochemont Institut für Neuroradiologie Universitätsklinikum Frankfurt am Main Schleusenweg 2 – 16 60528 Frankfurt am Main</p>	<p>DGNR (Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie)</p>
<p>Dr. med. Joachim-Michael Engel MVZ Epikur GmbH – Rheumapoliklinik Südring 6 04924 Bad Liebenwerda</p>	<p>DGRh (Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie)</p>
<p>Dr. med. Götz Fabry Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie Rheinstraße 12 D-79104 Freiburg</p>	<p>DGMP Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie</p>
<p>Prof. Dr. med. Claus Fischer Klinik für Urologie Klinikum Hohe Warte Bayreuth Hohe Warte 8 95445 Bayreuth</p>	<p>DGU (Deutsche Gesellschaft für Urologie)</p>
<p>Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter, Dipl. Psych. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Zentrum für Psychosoziale Medizin Martinistraße 52 (W26) I D-20246 Hamburg</p>	<p>DGMP Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie</p>
<p>Prof. Dr. med. Jörg Heckenkamp Marienhospital Osnabrück Klinik für Gefäßchirurgie Bischofsstr. 1 49074 Osnabrück</p>	<p>DGG (Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin)</p>
<p>Dr. med. Dipl.-Oec. Erich Hecker Thoraxzentrum Ruhrgebiet Klinik für Thoraxchirurgie Postfach 10 12 49 44602 Herne</p>	<p>DGT (Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie)</p>
<p>Dr. med. Dr. med. dent. Marcus Heufelder Mooswiesenstr. 7b 81245 München</p>	<p>DGMKG (Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie)</p>

Dr. med. Peter Kalbe Gelenkzentrum Schaumburg Josua-Stegmann-Wall 7 31737 Rinteln	DGCH (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie)
Prof. Dr. med. Michael Kölch Ruppiner Kliniken GmbH Fehrbelliner Straße 38 16816 Neuruppin	DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie)
Prof. Dr. med. Michael Kölch Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Ruppiner Kliniken Fehrbelliner Straße 38 16816 Neuruppin	DKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie)
Prof. Dr. med. Rudolf Korinthenberg Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin Klinik für Neuropädiatrie und Muskelkrankheiten Universitätsklinikum Mathildenstraße 1 79109 Freiburg	DGKJ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin)
Prof. Dr. med. Thomas Kraus Institut für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin Pauwelstraße 30 D-52074 Aachen	DGAUM (Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V.)
Prof. Dr. med. Gert Krischak Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung Universität Ulm Am Kurpark 1 88422 Bad Buchau	DGPMR (Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation)
Dr. med. Andreas Leutner Klinikum Dortmund Klinikzentrum Mitte Kinderchirurgische Klinik Beurhausstraße 40 44137 Dortmund	DGKCH (Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie)
Prof. Dr. med. Rolf F. Maier Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Universitätsklinikum Marburg Baldingerstraße D-35033 Marburg	GNPI (Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin)
Dr. med. Volker Malzacher Am Heilbrunnen 47 71766 Reutlingen	DMKG (Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft)
Prof. Dr. med. Markward Marshall Michael-Dengg-Weg 6 83684 Tegernsee	DGP (Deutsche Gesellschaft für Phlebologie)
Prof. Dr. med. Henrik Menke Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie Sana Klinikum Offenbach GmbH Starkenburgring 66 63069 Offenbach am Main	DGV (Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin)

<p>Prof. Dr. med. Maurice-Stephan Michel Urologische Klinik Klinikum Mannheim Theodor-Kutzer-Ufer 1-3 68167 Mannheim</p>	<p>DGU (Deutsche Gesellschaft für Urologie)</p>
<p>Dipl.-Psych. &amp; Dipl.-Päd. Ludger Neumann-Zielke SHG-Kliniken Sonnenberg Zentrum für Neuropsychologie Sonnenbergstraße 10 66 119 Saarbrücken</p>	<p>GNP (Gesellschaft für Neuropsychologie)</p>
<p>Prof. Dr. med. Dennis Nowak Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin Universität München Ziemssenstr. 1 80336 München</p>	<p>DGAKI (Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie)</p>
<p>Prof. Dr. med. Dennis Nowak Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umwelt- medizin Klinikum der Universität München Ziemssenstr. 1 80336 München</p>	<p>DGP (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin)</p>
<p>Dr. med. Till Ploenes Ruhrlandklinik Essen Klinik für Thoraxchirurgie Tüschener Weg 40 45239 Essen</p>	<p>DGT (Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie)</p>
<p>PD Dr. med. Alexandra M. Preisser Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin (ZfAM) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Seewartenstraße 10 20459 Hamburg</p>	<p>DGAKI (Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie)</p>
<p>Dr. med. Reimund Prokein Angiologie im Gefäßzentrum  St. Vincenz Krankenhaus Auf dem Schafsberg 65549 Limburg</p>	<p>DGA (Deutsche Gesellschaft für Angiologie)</p>
<p>Prof. Dr. med. Walter Schaffartzik Klistostr. 13 14165 Berlin</p>	<p>DGAI (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin)</p>
<p>Prof. Dr. med. Renate Schepker ZfP Südwürttemberg Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie</p>	<p>DKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Ju- gendpsychiatrie, Psychosomatik und Psycho- therapie)</p>
<p>Prof. Dr. med. Marcus Schiltenwolf Kl. f. Orthop. &amp; Unfallchir. Ambulanz u. Tagesklinik für Schmerztherapie Gutachtenambulanz Schlierbacher Landstr. 200 a</p>	<p>DGOOC (Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V)</p>

69118 Heidelberg	
Univ.-Prof. Dr. med. Kolja Schiltz Abteilung für forensische Psychiatrie Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Klinikum Innenstadt der Ludwig Maximilians Universität München Nußbaumstr. 7 D-80336 München	DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nerven- heilkunde)
Prof. Dr. med. Rolf Schlösser Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin Schwerpunkt Neonatologie Theodor-Stern-Kai 7, 60596 Frankfurt am Main	DGPM (Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin)
Dr. med. Jörg Schmidt Ärztlicher Dienst Reha Assist Deutschland GmbH Warener Str. 7 12683 Berlin	DGU (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie)
Dr. med. Friedhelm C. Schmitt Universitätsklinik für Neurologie Leipziger Str. 44 39120 Magdeburg	DGfE (Deutsche Gesellschaft für Epileptologie)
Prof. Dr. med. Friedrich A. Schöndube Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie Langenbeck-Virchow-Haus Luisenstr. 58/59 10117 Berlin	DGTHG (Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie)
Prof. Dr. med. Christoph Skudlik Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation Am Finkenhügel 7a 49076 Osnabrück	DDG (Deutsche Dermatologische Gesellschaft)
Univ.-Prof. Dr. med. Frank Tost Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde Ferdinand - Sauerbruch - Straße 17475 Greifswald	DOG (Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft)
Prof. Dr. med. Martin Tegenthoff Neurologische Universitätsklinik Bürkle-de-la-Camp-Platz 1 44789 Bochum	DGN (Deutsche Gesellschaft für Neurologie)
Dr. med. P. Christian Vogel Agnesstr. 14 80798 München	DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nerven- heilkunde)
Prof. Dr. med. Susanne Völter-Mahlknecht Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versor- gungsforschung Tübingen Wilhelmstr. 27 D-72074 Tübingen	DGAUM (Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V.)

Prof. Dr. med. Dr. rer. biol. hum. Bernhard Widder Neurowissenschaftliche Gutachtenstelle Bezirkskrankenhaus Günzburg Ludwig Heilmeyer Str. 2 89312 Günzburg	DGN (Deutsche Gesellschaft für Neurologie)
Prof. Dr. med. Matthias Zumkeller Neurochirurgische Klinik Friederikenstift Humboldtstr.5 30169 Hannover Neurochirurgische Praxis Calenberger Esplanade 1 30169 Hannover	DGNC (Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie)

### Beratende Experten

Experte	Gesellschaft
Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Frank Erbguth Direktor der Klinik für Neurologie Klinikum Nürnberg Süd - Paracelsus Medizinische Privatuniversität Breslauer Str. 201 / D-90471 Nürnberg	Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)
Prof. Dr. med. Gerhard F. Hamann Direktor der Klinik für Neurologie und Neurologi- sche Rehabilitation Bezirkskrankenhaus Günzburg Ludwig-Heilmeyerstr. 2 89312 Günzburg	Deutsche Schlaganfallgesellschaft (DSG)

### Externe Gutachter

Reinhard Baur Gutachterkommission für Arzthaftpflichtfragen Gartenstraße 210-214 48147 Münster	Vors.RiOLG a.D. Vorsitzender der Gutachterkommission
Dr. med. Holm-Torsten Klemm Freies Institut für medizinische Begutachtungen FIMB – Bayreuth/Erlangen Ludwigstraße 25 95444 Bayreuth	Chirurg/Unfallchirurg Fachgesellschaft Interdisziplinäre Medizinische Begutachtung e.V.
Dr. iur. Gert H. Steiner Hessisches Landessozialgericht Steubenplatz 14 64293 Darmstadt	Vors.RiLSG Lehrbeauftragter an der Philipps-Universität Mar- burg

**Korrespondierende Autoren:**

Prof. Dr. med. Peter Marx, Terrassenstr. 45, 14129 Berlin

Prof. Dr. med. Peter W. Gaidzik, Institut f. Medizinrecht, Universität Witten/Herdecke,  
Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58448 Witten.

**Verfahren zur Konsensbildung:**

Für die Leitlinie wurde das Delphi-Verfahren durchgeführt. Dazu wurden durch die Präsidien der beteiligten Fachgesellschaften die Delegierten benannt, die gleichzeitig auch Koautoren der Leitlinie sind (siehe Autorenliste mit Affiliation). Allen Autoren wurde als Vorlage eine Neufassung der 2013 verfassten Leitlinie Allgemeine Grundlagen der neurologischen Begutachtung (AWMF Reg. Nr. 094-001) mit der Bitte vorgelegt, Ergänzungen, Verbesserungen und Kritiken schriftlich zuzusenden. Änderungswünsche wurden anonymisiert von den federführenden Autoren in die Leitlinie eingefügt und besonders gekennzeichnet. Die erneuten Stellungnahmen erfolgten wiederum schriftlich und nicht anonym.

Die Verabschiedung der Leitlinie erfolgt jeweils mit einem starken Konsens einstimmig durch alle Koautoren. Den Vorständen der beteiligten Fachgesellschaften wird die konsentierete Leitlinie zur Beschlussfassung vorgelegt.

Erstellungsdatum: 2018



## Anhang

### Leitlinien mit Bezug zu medizinischer Begutachtung

#### **Die Begutachtung von idiopathischen und symptomatischen Kopfschmerzen**

AWMF-Registernummer: 062-007, Entwicklungsstufe: S2

Federführende Fachgesellschaft(en): Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG)

#### **Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen**

AWMF-Registernummer: 051-029, Entwicklungsstufe: S2

Federführende Fachgesellschaft(en): Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)

#### **Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen („Leitlinie Schmerzbegutachtung“)**

AWMF-Registernummer: 094-003, Entwicklungsstufe S2k

Federführende Fachgesellschaften: Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)

#### **Leitlinie Neuropsychologische Begutachtung**

*Gesellschaft für Neuropsychologie (Hrsg.): Neumann-Zielke, L.; Bahlo, S.; Diebel, A.; Riepe, J.; Roschmann, R.; Schöttau-Fürwentsches, P.; Wetzig, L.: Leitlinie Neuropsychologische Begutachtung. Aktuelle Neurologie 2016, 43: 158-170*

#### **Leitlinie Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule**

AWMF-Registernummer: 030 – 095

Federführende Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

#### **Bewertung körperlicher Belastungen des Rückens durch Lastenhandhabung und Zwangshaltungen im Arbeitsprozess**

AWMF-Registernummer: 002/029, Entwicklungsstufe: S1

Federführende Fachgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM)

#### **Das Schädel-Hirn-Trauma im Kindesalter**

AWMF-Registernummer: 024-018, Entwicklungsstufe: S2k

Federführende Fachgesellschaft(en): Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI)

#### **Diagnostik und Begutachtung asbestbedingter Erkrankungen**

AWMF-Registernummer: 002-038, Entwicklungsstufe: S2k

Federführende Fachgesellschaft(en): Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM)

#### **Diagnostik und Begutachtung der Berufskrankheit Nr. 4101 Quarzstaublungenerkrankung (Silikose)**

AWMF-Registernummer: 020-010, Entwicklungsstufe: S2

Federführende Fachgesellschaft(en): Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM)

#### **Empfehlungen zur Abfassung von Gutachten in Arzthaftungsprozessen**

AWMF-Registernummer: 015-026, Entwicklungsstufe: S1

Federführende Fachgesellschaft(en): Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

#### **Schädel-Hirn-Trauma im Erwachsenenalter**

AWMF-Registernummer: 008-001, Entwicklungsstufe: S2e

Federführende Fachgesellschaft(en): Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e.V. (DGNC)

**Schweres Schädel-Hirn-Trauma**

AWMF-Registernummer: 030 – 076, Entwicklungsstufe S1

Federführende Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

**Leichtes Schädel-Hirn-Trauma**

AWMF-Registernummer: 030 – 047, Entwicklungsstufe S1

Federführende Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

**Das Schädel-Hirn-Trauma im Kindesalter**

AWMF-Registernummer: 024-018, Entwicklungsstufe: S2k

Federführende Fachgesellschaft(en): Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI)

**Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei chronischen nicht-malignen Leber- und Gallenwegserkrankungen**

AWMF-Registernummer: 074-006, Entwicklungsstufe: S2

Federführende Fachgesellschaft(en): Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)

**Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei Bandscheiben- und bandscheibenassoziierten Erkrankungen**

AWMF-Registernummer: 074-001, Entwicklungsstufe: S2

Federführende Fachgesellschaft(en): Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)

**Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei chronischer obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) und Asthma bronchiale**

AWMF-Registernummer: 074-002, Entwicklungsstufe: S2k

Federführende Fachgesellschaft(en): Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)

**Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei koronarer Herzkrankung (KHK)**

AWMF-Registernummer: 074-003, Entwicklungsstufe: S2k

Federführende Fachgesellschaft(en): Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)

**Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung**Haut-KrankheitenKrankheiten des AtmungssystemsGastroenterologische und Stoffwechsel-Krankheiten einschließlich AdipositasHerz-Kreislauf-KrankheitenMuskel-Skelett-System- und Bindegewebs-KrankheitenNeubildungenNeurologische KrankheitenPsychische und Verhaltensstörungen einschließlich AbhängigkeitserkrankungenTeilhabe am Arbeitsleben[https://www.deutsche-](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/01_sozialmedizin/03_begutachtung/leitlinien_index.html)[rentenversiche-](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/01_sozialmedizin/03_begutachtung/leitlinien_index.html)[rung.de/Allgemein/de/Inhalt/3\\_Infos\\_fuer\\_Experten/01\\_sozialmedizin\\_forschung/01\\_sozialmedizin/03\\_begutachtung/leitlinien\\_index.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/01_sozialmedizin/03_begutachtung/leitlinien_index.html)**Empfehlungen für die Begutachtung von Berufskrankheiten**

Brandenburg, S.; Kranig, A.; Letzel, S.; von Mittelstaedt, G.; Palfner, S.; Selbmann, H.- K.: Gemeinsame Empfehlung der AWMF und der DGUV in Zusammenarbeit mit der DGAUM und der DGSMP bei der Entwicklung von Leitlinien und Empfehlungen zur Begutachtung von Berufskrankheiten.

Anhang 2: Grundsätze der DGUV für Empfehlungen zur Begutachtung bei Berufskrankheiten.

Gesundheitswesen 2009, 71 (12): 857 – 863

Empfehlung für die Begutachtung der Lärmschwerhörigkeit (BK-Nr. 2301) – Königsteiner Empfehlung – DGUV 2012

Empfehlung für die Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten – Falkensteiner Empfehlung – DGUV 2011

Reichenhaller Empfehlung für die Begutachtung der obstruktiven Atemwegserkrankungen (BK-Nrn. 1315 [ohne Alveolitis] 4301 und 4302) DGUV 2012

Empfehlung für die Begutachtung von Quarzstaublungenerkrankungen (Silikosen) – Bochumer Empfehlung – DGUV 2011

Bamberger Empfehlung - Empfehlung zur Begutachtung von arbeitsbedingten Hauterkrankungen und Hautkrebserkrankungen – DGUV 2017

Begutachtungsempfehlung für die Berufskrankheit Nummer 2112 (Gonarthrose) – DGUV 2014

Konsensempfehlungen "Medizinische Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule" DGUV 2005:

Teil 1: Bewertungskriterien zum Krankheitsbild und den konkurrierenden Ursachenfaktoren

Teil 2: Bewertungskriterien zum Unterlassungszwang und zur Minderung der Erwerbsfähigkeit