

P. Marx¹
P. W. Gaidzik²
W. Hausotter³
W. Lösche¹
M. Tegenthoff⁴
B. Widder⁵
U. Meier⁶

Allgemeine Grundlagen der neurologischen Begutachtung

General Guidelines for Neurological Expert Testimony

Zusammenfassung

Die vorgelegten Begutachtungsleitlinien beschreiben die medizinischen und juristischen Grundlagen des Sachverständigenbeweises einschließlich der hierzu ergangenen Rechtsprechung. Sie verfolgen das Ziel, medizinische Sachverständige zu unterstützen und Probanden 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.

Abstract

A guideline for neurological 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.

Präambel

Begutachtungsleitlinien sind systematisch entwickelte Darstellungen und Empfehlungen mit dem Zweck, medizinische Sachverständige bei der Erstellung und Beantwortung gutachtlicher Fragestellungen zu unterstützen. Die Leitlinien beziehen die juristischen Grundlagen des Sachverständigenbeweises einschließlich der hierzu ergangenen Rechtsprechung ein und geben den Stand des Wissens über die anatomischen, pathophysiologischen und kausaltheoretischen Grundlagen typischer Begutachtungsprobleme wieder, um Probanden und Auftraggeber vor willkürlichen und wissenschaftlich nicht hinreichend begründe-

ten Einschätzungen zu schützen. Die Identifikation typischer Begutachtungsprobleme erfolgt ebenso wie die Darstellung des jeweiligen Wissensstandes über ein Konsensusverfahren. Bei der Feststellung des aktuellen Wissensstandes kann nicht der Anspruch von Allgemeingültigkeit erhoben werden, vielmehr handelt es sich in Abgrenzung zu Außenseitermeinungen um eine Zusammenfassung von Literaturstellen, Lehrmeinungen und Erfahrungswissen von im Gutachterwesen erfahrenen Experten. Auf dem Hintergrund des wissenschaftlichen Fortschritts ist eine periodische Überarbeitung der Begutachtungsleitlinien erforderlich.

Institutsangaben

¹ Berlin

² Institut f. Medizinrecht, Universität Witten/Herdecke

³ Sonthofen

⁴ Neurologische Universitätsklinik, Bochum

⁵ Klinik für Neurologie, Klinikum Günzburg (für die Arbeitsgemeinschaft Neurologische Begutachtung)

⁶ Grevenbroich (für den Berufsverband Deutscher Neurologen)

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Peter Marx · Terrassenstraße 45 · 14129 Berlin · E-mail: peter.marx@charite.de

Bibliografie

Akt Neurol 2004; 31: 1 – 9 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

DOI 10.1055/s-2004-834544

ISSN 0302-4350

Urheberschaft

Die Arbeitsgemeinschaft Neurologische Begutachtung (ANB e.V.) der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN), hat zusammen mit dem Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN) die Erstellung dieser Leitlinien initiiert und geeignete Experten benannt. Es ist vorgesehen, dass weitere Fachgesellschaften der Urheberschaft hinzutreten.

Inhalt der Leitlinien

Die Leitlinie stellt die wesentlichen Grundlagen für die Begutachtung neurologischer Krankheiten und der daraus resultierenden Beeinträchtigungen und Behinderungen sowie die Pflichten und Rechte des Gutachters dar.

Zielgruppe

Alle in der Begutachtung tätigen Neurologinnen/Neurologen und Nervenärzte/innen.

Evidenzgrad

Leitlinien zur Begutachtung unterliegen nationalen, sozialen und juristischen Vorgaben. Vielfach entwickeln sich erst aus der Rechtsprechung normative Anhaltspunkte. Die Leitlinien liegen im Grenzgebiet bzw. an der Schnittstelle medizinischen und juristischen Fachgebietes und sind zwangsläufig expertenabhängig. Ein erweiterter Autorenkreis hat den vorgelegten Text kritisch redigiert.

Implementierung

Die Fachgesellschaften sind für die Implementierung der Leitlinie zuständig. Durch Publikationen in den Organen der Gesellschaften wird die Verbreitung und Umsetzung der Leitlinie sichergestellt.

Die Freigabe erfolgt durch die Fachgesellschaften selbst; gemeinsame Weiterleitung an die AWMF zur fachgebietsübergreifenden Publikation.

Überprüfung der Anwendung

Die Arbeitskreise für Begutachtungsfragen der einzelnen Fachgesellschaften sollen die Anwendung und ggf. auftretende Anwendungsprobleme überprüfen.

A. Die Rolle (Stellung) des Gutachters

Der gutachtende Arzt ist weder Interessensvertreter des Probanden noch des Auftraggebers. Er ist vielmehr „Gehilfe“ (BGHSt 3,28) bzw. fachkundiger Berater des Gerichtes oder sonstiger Dritter. Seine Aufgabe besteht darin, 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 (Gericht, Staatsanwaltschaft, Sozialversicherungsträger, Verwaltungsbehörde oder private Versicherungsgesellschaft) eine Entscheidung der rechtlich erheblichen Fragen zu ermöglichen.

Vor diesem Hintergrund sollte der Gutachter rechtliche Wertungen vermeiden und rechtlich besetzte Begriffe (z. B. wesentliche Ursache/Teilursache) nur unter Hinweis auf die Definition/Quelle verwenden, um eine Kontrolle seines Gedankenganges auch insoweit zu gewährleisten. Bei Gerichtsgutachten ist der Sach-

verständige an Beweisfragen und Weisungen gebunden (vgl. §§ 404a, 407a Abs. 4 Satz 1 ZPO). So bestimmt das Gericht insbesondere bei streitigem Sachverhalt, welche Tatsachen der Sachverständige der Begutachtung zugrunde legen soll. Hat der Sachverständige Zweifel an Inhalt und Umfang des Auftrages, ist eine Klärung durch das Gericht (§ 407a Abs. 3 ZPO) herbeizuführen. Dies gilt auch, wenn Kosten erkennbar außer Verhältnis zum Wert des Streitgegenstandes stehen oder einen angeforderten Kostenvorschuss erheblich übersteigen.

Der gerichtlich bestellte Gutachter ist kraft Gesetzes (§§ 407 Abs. 1, 411 Abs. 3 ZPO, 75 Abs. 1 StPO) zur Übernahme des Gutachtens verpflichtet. Außerhalb gerichtlicher Gutachten besteht grundsätzlich keine Übernahmepflicht, sofern die Gutachtentätigkeit keine dienst- bzw. arbeitsvertraglich geschuldete Leistung des Gutachters darstellt. Auch gegenüber den Gerichten ist der Gutachter vom Auftrag zu entbinden, wenn die gestellten Fragen außerhalb seines persönlichen Kompetenzbereiches liegen, wenn der Sachverständige aufgrund 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) oder die aus der Sicht des verständigen Prozessbeteiligten geeignet sind, Misstrauen gegen die Unparteilichkeit des Gutachters zu rechtfertigen (§ 406 Abs. 1 i. V. m. § 42 Abs. 2 ZPO). Im Zweifel sollte der Sachverständige derartige Umstände dem Gericht gegenüber offenbaren und dessen Entscheidung über eine Entbindung von der Beauftragung abwarten.

Der Sachverständige ist nicht befugt, den Auftrag auf einen anderen zu übertragen (s. hierzu C 3: Eigenverantwortlichkeit).

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

Ergeben sich aus den diagnostischen Erhebungen für den Untersuchten potenzielle Behandlungs- oder Prophylaxekonsequenzen, sollen diese dem Probanden mitgeteilt und/oder die Befunde mit dessen Einverständnis dem behandelnden Arzt zur Verfügung gestellt werden.

B. Auftraggeber

Gutachtaufträge entstammen aus nahezu sämtlichen Rechtsbereichen. Beispielhaft seien genannt:

Im Sozialrecht: gesetzliche Krankenkassen; Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und Landesversicherungsanstalten als Träger der gesetzlichen Rentenversicherung; Berufsgenossenschaften und Unfallkassen als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung; die zuständigen Behörden für Leistungen der Arbeitsförderung, aus dem Schwerbehinderten- und sozialen Entschädigungsrecht sowie dem Bundessozialhilfegesetz; Sozialgerichte.

Im Verwaltungsrecht: im Beamtenrecht die jeweiligen Dienstherren zur Klärung der Dienst(un)fähigkeit; die zuständigen Behör-

den in Verfahren nach den Unterbringungsgesetzen der Länder; Verwaltungsgerichte.

Im Zivilrecht: Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen zur Beurteilung von Behandlungsfehlern bei den Ärztekammern; Gerichte zur Klärung der Geschäftsfähigkeit, Testierfähigkeit sowie in betreuungs- und arzthaftungsrechtlichen Verfahren; Versicherungsgesellschaften in den einschlägigen Sparten der Privatversicherung.

Im Arbeitsrecht: Arbeitgeber; Arbeitsgerichte.

Im Strafrecht: Staatsanwaltschaften und Strafgerichte zur Klärung von Schuldfähigkeit, Kriminalprognose, Vernehmungsbzw. Verhandlungsfähigkeit, Haftfähigkeit oder von Behandlungsfehlervorwürfen.

C. Anforderungen an den Gutachter

Eine sachgerechte Erstellung eines Gutachtens ist nur möglich, wenn der Gutachter die aus seiner prozessrechtlichen Funktion resultierenden Anforderungen beachtet, über eingehende Kenntnisse in seinem Fach verfügt und jede Expertise mit der erforderlichen Sorgfalt anfertigt. Im Folgenden sollen einige dieser Gesichtspunkte aufgeführt werden.

1. Unparteilichkeit und Unabhängigkeit

Unparteilichkeit bedeutet die medizinisch-wissenschaftliche Objektivität und Neutralität.

Der Gutachter darf nicht Interessenvertreter des Auftraggebers oder des zu Begutachtenden sein. Dies bedeutet u. a. ein „in dubio pro aegroto“ oder eine „wohlwollende“ Beurteilung zulasten der Versicherung sind gutachtlich ebenso unzulässig wie eine durch Antipathie oder Sympathie modifizierte Bemessung einer Anspruchsanerkennung. Andererseits ist es nicht Aufgabe des Gutachters, vermeintliche „Auswüchse“ des Sozialstaates zu korrigieren oder für die Beitragsstabilität oder Finanzierbarkeit der Sozialversicherung Sorge zu tragen.

Persönliche Kontakte mit dem Probanden – soweit sie nicht mit der Untersuchung in Zusammenhang stehen – oder mit einem Verfahrensbeteiligten sind zu vermeiden. Benötigt der Gutachter Informationen, hat er sich 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 angeschuldigten Kollegen besteht oder in der Vergangenheit bestand.

Die Unparteilichkeit und gebotene Unbefangenheit ist auch dann nicht mehr gegeben, wenn ein behandelnder Arzt in einem Attest oder Befundbericht eine wertende Stellungnahme abgegeben hat und später von Amts wegen oder auf Antrag des Patienten zum Sachverständigen bestellt wird. Muss ein behandelnder Arzt daher damit rechnen, dass sein Patient in einem Gerichtsverfahren beantragen wird, ihn als Sachverständigen zu hören, was z. B. im Sozialgerichtsverfahren ausdrücklich vorgesehen

ist, sollte er sich neben einer Beratung auf eine Befunddarstellung beschränken (s. u. auch unter Attest).

Schwierigkeiten können sich auch bei angestellten Gutachtern oder ausschließlich gutachtlich tätigen Ärzten ergeben, da zumindest aus der Sicht des Anspruchsstellers wirtschaftliche Abhängigkeiten zu befürchten stehen.

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 Ausbildungsaspekten, nicht aus, doch sind die Grundsätze des § 407a Abs. 2 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 (Blutentnahmen, Anfertigung von Röntgenbildern, Schreibarbeiten etc.) handelt.

3. Kompetenz

Vor jeder Annahme eines Gutachtauftrages muss der Gutachter entscheiden, ob er für die gestellten Fragen kompetent ist, d. h. über die nötige medizinische Sachkenntnis verfügt. Ist er dies nicht, sollte er den Gutachtauftrag zurückgeben oder bei nur partiell fachfremder Fragestellung die Erlaubnis für die Einholung eines Zusatzgutachtens einholen. Kompetenzüberschreitungen machen ein Gutachten wertlos. Die wissenschaftlich und empirisch gestützte Meinung des Gutachters muss sich auf allgemein als gesichert, zumindest als wahrscheinlich gesichert geltende medizinische Erkenntnisse stützen. Sondermeinungen müssen als solche gekennzeichnet und im Vergleich zur Lehrmeinung begründet werden.

4. Beachtung der Rechtsgrundlage

Für den ärztlichen Gutachter ist es unverzichtbar, dass er sich auch über die rechtlichen Aspekte der Begutachtung informiert. Er muss die wesentlichen Grundlagen und Begriffe des jeweiligen materiellen Rechts kennen und über die oft erheblichen Unterschiede zwischen den Versicherungs- und Rechtsbereichen informiert sein. Erwähnt seien in diesem Zusammenhang die differenzierenden Bemessungsmaßstäbe für die Feststellung des Behinderungs- und Beschädigungsgrades in verschiedenen Rechts- bzw. Versicherungsbereichen, die unterschiedlichen Kausalitätsbegriffe im Straf-, Sozial- und Haftungsrecht und die inkongruenten Anerkennungs- und Bewertungsmaßstäbe für Schädigungsfolgen in der privaten (Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen, AUB), der gesetzlichen Unfallversicherung und im sozialen Entschädigungsrecht. Hilfreich sind zusätzlich Kenntnisse über die entsprechende Rechtsprechung, da höchstinstanzlichen Urteilen oft maßgebliche Bedeutung für die Auslegung von Verträgen, allgemeinen Vertragsbedingungen und Gesetzen zukommt.

Der Gutachter muss auch die oft verwirrenden und mit dem allgemeinen Sprachgebrauch nicht übereinstimmenden Definitionen juristischer Termini kennen. Dies gilt z. B. für Begriffe wie Berufs-, Erwerbs-, Arbeitsunfähigkeit, wesentliche Bedingung

etc. (vgl. hierzu Tab. 1). Kann er Unklarheiten nicht selbst beseitigen, sollte er nicht zögern, den Auftraggeber, der im Übrigen oft spontan rechtliche Hinweise gibt, zu fragen. Nur so lassen sich Missverständnisse zwischen Sachbearbeiter der Versicherer/Sozialversicherungsträger und Juristen auf der einen und Medizinern auf der anderen Seite vermeiden bzw. die Verwertbarkeit eines Gutachtens sicherstellen.

5. Vollständige Erfassung der Sachverhalte

Für eine sachgerechte Begutachtung ist die Erfassung aller relevanten Sachverhaltsaspekte unverzichtbar. Dies bedeutet neben der vollständigen Erfassung des vorhandenen Akteninhalts, dass der Gutachter eine umfassende Anamnese und körperliche sowie psychische Untersuchung erstellen muss, da Vorerkrankungen und Gebrechen das gutachtliche Ergebnis erheblich beeinflussen können. Für die gutachtlich relevanten Leistungseinschränkungen und Behinderungen sollten nach Möglichkeit quantifizierende Verfahren (Funktionsskalen, Aktivitätsprofile, reliable neuropsychologische Testverfahren etc.) verwendet werden. Der Gutachter ist auch verpflichtet, technische Zusatzbefunde selbst einer eigenen Bewertung und Plausibilitätskontrolle zu unterziehen.

Der Gutachter ist meist nicht beauftragt, selbst Sachermittlungen durchzuführen. Bei mangelhafter Mitteilung des Sachverhaltes (z. B. keine Angaben über Schwere eines Unfalls, Fehlen von Informationen über den Primärschaden, d. h. fehlender Arztbrief der erstversorgenden Klinik, fehlende Informationen über Rehabilitationsergebnisse etc.) muss er den Auftraggeber um entsprechende Ergänzung bitten. Oft ergibt sich erst bei der gutachtlichen Exploration die Notwendigkeit weiterer Sachermittlung. Bringt der Proband Unterlagen mit, die bisher nicht in das Verfahren eingeführt worden sind (z. B. Epikrisen), so darf der Gutachter sie nur verwerten, wenn er sie seinem Gutachten als Anlagen beifügt und ihre Herkunft bekannt gibt. In Rechtsstreitigkeiten vor den Zivilgerichten müssen sie vor gutachtlicher Nutzung über das Gericht als Beweismittel formell eingebracht werden. Zufällige Wahrnehmungen außerhalb der Begutachtungssituation sollten nur mit Vorsicht und ggf. erst nach Rücksprache mit dem Gericht in das Gutachten aufgenommen werden. Zurückhaltung ist auch bei „heimlichen Beobachtungen“ geboten, die als Ausdruck übertriebener Misstrauens gegenüber dem Probanden die Objektivität und Neutralität des Gutachters infrage stellen können.

6. Vermeidung von Interaktionsfehlern

Die Interaktion zwischen Gutachter und Proband ist oft schwieriger als die übliche Arzt-Patienten-Kommunikation. Der Gutachter muss sich dieser Gegebenheit bewusst sein. Ablehnende und unfreundliche Haltung können den Probanden zu Verdeutlichungstendenzen verleiten, die dann fälschlich als Simulation gedeutet werden. Eigenes Krankheitserleben, weltanschauliche Überzeugungen und Tagesform des Gutachters können leicht zu Fehlbeurteilungen führen und müssen daher in ihrem Einfluss soweit wie möglich eingeschränkt werden. Wenn der Verdacht auf ein aggravierendes oder simulatives Verhalten entsteht, sollte dies nicht nur behauptet, sondern anhand nachvollziehbarer Kriterien und Befunde belegt oder relativiert werden.

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 auch für einen medizinischen Laien gut verständlich abgefasst werden, d. h. es sollte 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.

8. Beschränkung auf die vom Auftraggeber gestellten Fragen

Der Gutachter 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 ist um Präzisierung oder Ergänzung zu bitten. Dabei kann das Gericht ggf. auf grundlegende, bislang nicht erkannte Problemstellungen hingewiesen werden. Eigenmächtige Abänderungen oder Erweiterungen der vorgelegten Beweisfragen ohne vorhergehende Rücksprache mit dem Gericht/Auftraggeber können die Verwertbarkeit des Gutachtens infrage stellen und sind im gerichtlichen Verfahren wegen der Weisungsgebundenheit des Gutachters grundsätzlich unzulässig.

9. Termingerechte Erstellung

Für jedes Gutachten ist eine adäquate Bearbeitungszeit zu beachten. Lange Verzögerungen können für den zu Begutachtenden erhebliche Nachteile und Belastungen bedeuten. Wichtig ist auch, dass dem zu Begutachtenden der Begutachtungstermin rechtzeitig (d. h. in der Regel mindestens 14 Tage vorher) mitgeteilt wird. Eine zu lange Frist zwischen Untersuchung des Probanden und Abfassung des Gutachtens kann zur Anfechtung des Gutachtens führen, z. B. wegen möglicher zwischenzeitlicher Verschlechterung des Gesundheitszustandes.

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 Probanden 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 des Gutachtens zwingt. Außerhalb der Begutachtungssituation bzw. der von ihm zu beantwortenden Fragen unterliegt der Gutachter uneingeschränkt der Schweigepflicht. Wird der behandelnde Arzt mit der Begutachtung beauftragt, sollte er durch entsprechende Erklärung des Probanden/Patienten klarstellen, dass sich die Schweigepflichtentbindung im Rahmen des Gutachtens auch auf die im Behandlungsverhältnis erhaltenen Informationen bzw. erhobenen Befunde erstreckt.

11. Beachtung der Rechte des zu Begutachtenden

Sind zur Diagnosesicherung technische Untersuchungen notwendig (Blutentnahmen, HIV-Test, Röntgenaufnahmen, Computer- oder Kernspintomographien, elektrophysiologische Untersuchungen etc.) muss nach gebührender Aufklärung das Einverständnis des zu Begutachtenden eingeholt werden. Technische Untersuchungen sind auf das Notwendige zu begrenzen. Bei potenziell risikobehafteten Untersuchungen ist das Nutzen-Risiko-Verhältnis besonders kritisch zu würdigen. Dem Probanden steht ein Verweigerungsrecht zu. Die Ablehnung notwendiger und zumutbarer Untersuchungen kann für den zu Begutachtenden aber persönliche Nachteile bringen, für invasive Eingriffe besteht jedoch keine Duldungspflicht. Verweigert der Proband die Durchführung einzelner Maßnahmen, so ist es nicht Aufgabe des Gutachters, die Frage der Zumutbarkeit bzw. einer etwaigen Duldungspflicht zu prüfen. Er hat die Weigerung des Probanden zu dokumentieren und die Auswirkungen der damit fehlenden Befunde auf die Sicherheit der gutachterlichen Schlussfolgerungen kenntlich zu machen.

D. Arten von Gutachten

Rechtlich wirksame Aussagen werden vom Arzt in folgender Form erwartet:

- ärztliche Atteste,
- Formulargutachten,
- freie Gutachten.

Ein *ärztliches Attest* wird meist von Behörden oder Versicherungen angefordert und entspricht im rechtlichen Sinn einer schriftlichen Zeugenaussage. Derartige Atteste können sich auf sozial- oder privatrechtliche Feststellungen beschränken, wie Vorliegen einer Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Unfallfolgen etc. oder auch 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. Gutachtliche Äußerungen, also z.B. Aussagen über Kausalzusammenhänge, gehören nicht in ein Attest. Gutachtenähnliche Äußerungen auf Wunsch seines Patienten sollte der Arzt nach Möglichkeit vermeiden, um dem Vorwurf der Parteilichkeit zu entgehen, und stattdessen beratend tätig werden, ob z.B. ein Rentenantrag oder eine Regressforderung nach einem Unfall Erfolg versprechend ist und dem Betroffenen die Wege zu einer unabhängigen Beurteilung der Situation aufzeigen.

Niemals darf die Aussage im Attest die objektiven Kenntnisse des Arztes überschreiten. So sind z.B. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen allein aufgrund eines Telefonanrufes rechtlich bedenklich und im Regelfall unzulässig. Gleiches gilt für die Attestierung von Unfallfolgen ohne ausreichende Kenntnisse über die Tatsache, Schwere und Art des Unfalls. Gleichermaßen inakzeptabel sind Atteste über Unfallfolgen allein aufgrund von Beschwerdeschilderungen ohne Dokumentation objektiver Unfallfolgen (z.B. HWS-Distorsionstrauma allein aufgrund der Beschwerdeschilderung). Atteste müssen wie Gutachten immer klar trennen zwischen anamnestischen Angaben, Beschwerden und objektiven Befunden.

Formulargutachten werden häufig von privaten Unfall- und Lebensversicherungen vom behandelnden Arzt angefordert. Infol-

ge der durch die vorgegebenen Fragen erzwungenen Einschränkungen sind derartige Gutachten immer problematisch. Sie können leicht zu Fehlentscheidungen von Versicherungen führen. Es gilt daher besondere Sorgfalt bei der Beantwortung der Fragen zu wahren. 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 und wissenschaftlich begründete 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 (medizinische, biografische sowie ggf. Fremdanamnese und Angaben zum Tagesablauf),
- Beschwerden des Probanden,
- neurologischer, psychischer, allgemeiner körperlicher Befund, ggf. Lokalbefund (z. B. Wirbelsäule),
- ggf. gutachtliche Wertung technischer Zusatzuntersuchungen,
- Diagnose bzw. Diagnosen und Beschreibung der dadurch bedingten Gesundheitsstörungen,
- sozialmedizinische Auswirkungen der Gesundheitsstörungen auf Berufs- und Erwerbsfähigkeit (in einigen Versicherungs- und Rechtsbereichen auch auf das tägliche Leben), Festlegung der Schwere der festgestellten Funktionseinschränkungen und Behinderungen,
- bei Kausalitätsgutachten die Zusammenhangsbeurteilung einer oder mehrerer Ursachen mit einer Gesundheitsstörung (Kausalitätsbeurteilung).

E. „Finale“ und „kausale“ Begutachtung

Bei finalen Gutachten hat der Gutachter unabhängig von Kausalitätsfragen ausschließlich die vorhandenen Gesundheitsstörungen und ihre Auswirkungen auf das berufliche oder soziale Umfeld zu erfassen. Ausgangspunkt der finalen Beschreibung eines Gesundheitsproblems ist weniger die ICD-Diagnose als die hieraus resultierende Funktionsdiagnose. Eine weltweit akzeptierte Systematik von Gesundheitsstörungen stellt die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dar, die in Deutschland vom Verband Deutscher Rentenversicherungen als Standard zur Begutachtung eingeführt worden ist. Die ICF unterscheidet Körperfunktionen und Körperstrukturen sowie Aktivitäten (früher disability) und Partizipation (früher handicap). Ein Gesundheitsproblem kann demnach auf der Ebene von Körperfunktionen und Strukturen beschrieben werden (z. B. „armbetonte spastische Hemiparese“), auf der Ebene eingeschränkter Aktivitäten (z. B. „Hilfebefürftigkeit beim Anziehen, beim Treppensteigen oder bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel“) oder auf der Ebene einer eingeschränkten Partizipation („fehlende Teilhabe am öffentlichen Straßenverkehr oder an gesellschaftlichen Aktivitäten“). Die Einschränkungen sind dabei jeweils auf dem Hintergrund der persönlichen und umweltbedingten Kontextfaktoren zu beschreiben und zu gewichten (so wirkt sich eine auf der Körperebene schwerwiegende Behinderung wie Rollstuhlpflichtigkeit bei Paraplegie bei einem Verwaltungsangestellten mit barrierefreiem Zugang zu seinem Arbeitsplatz anders auf die berufliche Teilhabe aus als bei einem Gerüstbauer).

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

Im Schwerbehindertenrecht und im sozialen Entschädigungsrecht werden vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales Anhaltspunkte vorgelegt, die für den Gutachter bindend sind. Dabei wird im

- Schwerbehindertenrecht der GdB und im
- Versorgungsrecht der abstrakte Begriff der MdE zugrunde gelegt.
- Nach dem seit dem 1. Januar 2001 geltenden Rentenreformgesetz ist in der Rentenversicherung die Erwerbsminderung nach Stundenzahl der täglich möglichen Arbeitszeit festzulegen.
- In der privaten Berufsunfähigkeitsversicherung gibt es auf der Grundlage von Musterbedingungen individuell zugeschnittene Verträge. Gefragt wird nach vollständiger oder teilweiser Berufsunfähigkeit, bezogen auf die konkrete Berufstätigkeit des Betroffenen.
- In der gesetzlichen Unfallversicherung gilt die *MdE als Maßstab*. Nach §56 Abs. 2 SGB VII richtet sich die MdE nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen (und psychischen) Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Bei Mehrfachverletzungen ist der Hauptgutachter gefragt, eine Gesamt-MdE festzulegen. Diese ergibt sich aus der Gesamtheit der einzelnen Funktionsstörungen, nicht aus einfacher Addition der Einzel-MdE-Werte.
- In der privaten Unfallversicherung sind Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB) maßgebend. Die Schadensbemessung erfolgt anhand der „Gliedertaxe“ (d. h. nach der Gebrauchsfähigkeit einer Extremität/eines Sinnesorgans in Bruchteilen) und bei nicht in der Gliedertaxe beurteilbaren Schädigungen nach dem Grad der Leistungsfähigkeit.
- In der Haftpflichtversicherung erfolgt Ausgleich für alle Schädigungen (Verdienstausfall, Umschulungs- und Umbaukosten, Rente etc.). Der Gutachter wird aber gelegentlich auch nach der MdE zur Abschätzung der Schädigungsfolgen gefragt, obwohl nicht nur Auswirkungen auf das Erwerbsleben ersetzt werden müssen.

In der Regel helfen die Auftraggeber dem Gutachter insofern, als sie auf die wichtigsten rechtlichen Gesichtspunkte hinweisen. Vorschläge für die quantitative Bemessung sind in unterschiedlichen Tabellenwerken festgelegt, die in den Neurologischen Gutachtenbüchern wiedergegeben werden.

Kausale Gutachten erfordern zuerst eine Begutachtung zur Kausalität der Gesundheitsstörung/en und darauf aufbauend eine finale Begutachtung. Dabei sind unterschiedliche Kausalitätsnormen zu beachten.

Im Strafrecht gilt die *Äquivalenztheorie* als Kausalitätsnorm. 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.

Entsprechend den Beweisgrundsätzen im Strafprozess („in dubio pro reo“) muss die Kausalität jenseits begründeter Zweifel erwiesen sein, um einen Tatvorwurf zu begründen.

Im Zivilrecht (private Unfallversicherung, Haftpflichtversicherung) gilt die *Adäquanztheorie*. Sie besagt, dass eine Ursache „adäquat“, d. h. nach allgemeiner Lebenserfahrung generell und nicht nur unter besonders eigenartigen Umständen geeignet gewesen sein muss, die eingetretene Schadensfolge herbeizuführen. Dies erfordert vom Gutachter, dass er genaue Informationen über einen Unfallhergang und die primären Verletzungen herbeiziehen muss, um abzuschätzen, ob und in welchem Ausmaß Folgeschäden eingetreten sind. Eine besondere Schadensanlage beim Opfer schließt allerdings die Kausalität eines Schadensereignisses in aller Regel nicht aus. Während im Allgemeinen Zivilrecht die Entschädigung jedenfalls im Grundsatz nach dem „Alles-oder-Nichts“-Prinzip erfolgt, können in der privaten Unfallversicherung mitwirkende – unfallunabhängige – Krankheiten oder Gebrechen über einen prozentualen Abzug von der vereinbarten Versicherungssumme Berücksichtigung finden („Adäquanzprüfung“).

Im Sozialrecht (gesetzliche Unfallversicherung, soziales Entschädigungsrecht) und Teilen des Verwaltungsrechts (z. B. bei der Entschädigung von Dienstatunfallfolgen) gilt die *Relevanztheorie* oder „*Lehre von der wesentlichen Bedingung*“. 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 andere Ursache in den Hintergrund, so ist sie allein „wesentlich“ und damit ursächlich im Sinne dieser Kausallehre. Haben beide Faktoren einen „annähernd gleichwertigen“ Ursachenbeitrag geliefert, gelten alle Umstände als „wesentliche (Teil-)Ursachen“. Lediglich dann, wenn eine nicht unfallbedingte Ursache, z. B. eine Vorerkrankung, so schwer ist, d. h. die Krankheitsanlage so leicht ansprechbar war, dass jede Belastung des alltäglichen Lebens den gleichen Schaden hätte herbeiführen können, tritt das Unfallereignis in seiner rechtlichen Bedeutung zurück und stellt keine wesentliche Bedingung mehr dar. Das Unfallereignis besitzt auch dann die Qualität der wesentlichen Ursache im Rechtssinn, wenn es den unvermeidlichen Schadenseintritt um zumindest ein Jahr beschleunigt hat. Da das Sozialrecht keine „geteilte Kausalität“ kennt, vielmehr den Schaden einheitlich bewertet, reicht eine wesentliche Mitverursachung des Gesundheitsschadens aus, um die volle Entschädigungsleistung zu erhalten.

F. Beweismaß

Besonderes Augenmerk ist auf das an den Ursachenzusammenhang anzulegende Beweismaß zu richten, d. h. bei welchem Grad von Wahrscheinlichkeit die behauptete Tatsache vom Auftraggeber als wahr zu unterstellen ist. Die Kausalitätsbeurteilung erfolgt im Zivil- und Sozialrecht auf zwei Ebenen, die üblicherweise mit haftungsbegründender und haftungsausfüllender Kausalität umschrieben werden.

Im zivilen Haftpflichtrecht bezeichnet haftungsbegründende Kausalität den Zusammenhang zwischen Pflichtverstoß des Schädigers und Erstverletzung des Geschädigten. Alle Komponenten stehen zur Beweislast des Anspruchstellers und müssen mit einem „für das praktische Leben brauchbaren Grad an Wahrscheinlichkeit“ nachgewiesen werden, der verbleibende Zweifel zurücktreten lässt, ohne sie völlig auszuschließen. Der Auftraggeber muss also zur subjektiven Gewissheit gelangen können (§ 286). Man spricht hier auch vom „Vollbeweis“. Die Weiterentwicklung des Schadens, bezeichnet als „haftungsausfüllende Kausalität“, unterliegt demgegenüber dem Maßstab des § 287 ZPO, der lediglich eine „erhebliche“ bzw. „deutlich überwiegender“ Wahrscheinlichkeit voraussetzt.

Im Sozialrecht umfasst der Begriff der haftungsbegründenden Kausalität demgegenüber die Frage, ob ein schädigendes Ereignis (z.B. Arbeitsunfall) vorliegt, der zu Begutachtende zum geschützten Personenkreis und das schädigende Ereignis in den geschützten Gefahrenbereich gehört. Anders gewendet: Es muss zwischen der versicherten – betrieblichen – Tätigkeit und dem Unfallereignis bzw. dem zum Unfall führenden Verhalten des Versicherten ein innerer Zusammenhang bestehen. Dieser Problemkreis wird in der Regel schon vorab durch die Verwaltung/ das Gericht geklärt sein. Gelegentlich wird der Gutachter allerdings zu der Frage gehört werden müssen, ob eine „körpereigene Ursache“ das Unfallereignis selbst ausgelöst hat (z.B. Sturz aufgrund eines epileptischen Anfalls). Die eigentliche Domäne des Gutachters bilden hingegen die Auswirkungen des Unfallereignisses (= haftungsausfüllende Kausalität), d.h. ob und in welchem Umfang Gesundheitsschäden bzw. Funktionsbeeinträchtigungen bestehen, die auf dieses Vorkommnis ursächlich zurückzuführen sind. Während versicherte Tätigkeit, Unfallereignis und Bestehen/Ausmaß der Gesundheitsschäden im Sozialrecht im Wege des „Vollbeweises“ nachgewiesen sein müssen, reicht für die kausale Verknüpfung dieser Elemente die „einfache Wahrscheinlichkeit“, d.h. es muss mehr für als dagegen sprechen. Die bloße Möglichkeit eines Ursachenzusammenhangs, z.B. bei einer lediglich zeitlichen Abfolge („der Proband hat vor dem Unfallereignis nicht unter den jetzt vorhandenen körperlichen oder seelischen Erkrankungen oder Beschwerden gelitten“), ist auch im Sozialrecht ungenügend.

Bei der Festlegung von Schädigungsfolgen sind unterschiedliche Schädigungskategorien zu unterscheiden:

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

G. 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 (neue Fassung des BGB seit 1.1.2002) und wegen Haftung aus Delikt bzw. unerlaubter Handlung gemäß den §§ 823 ff. BGB.

Zivilrechtliche Haftungsansprüche des Auftraggebers oder des Probanden setzen eine schuldhaft, d.h. vorsätzlich oder fahrlässig (§ 276 BGB), herbeigeführte objektive Pflichtverletzung des Gutachters und einen dadurch verursachten Schaden voraus. Die Beweislast liegt grundsätzlich beim Anspruchsteller. Der Haftungsumfang erstreckt sich auf materielle und – seit 1.8.2002 bei Gesundheitsschäden – auch immaterielle Schadensfolgen. Letztere konnten nach alter Rechtslage nur auf die deliktische, nicht auch auf die Vertragshaftung gestützt werden. Die Verjährungsfrist beträgt nunmehr für beide Haftungsgrundlagen einheitlich grundsätzlich 3 Jahre zum Jahresende nach Kenntnis oder bei grob fahrlässiger Unkenntnis des Anspruchs (§§ 195, 199 BGB n.F.). Für den gerichtlich bestellten Sachverständigen besteht seit dem 1.8.2002 in § 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.

Die strafrechtliche Verantwortlichkeit eines Gutachters kann sich nur aus gravierenden Gründen ergeben: vorsätzliche Falschaussage (§ 153 StGB), vorsätzlicher Meineid/fahrlässiger Falscheid (§ 154/§ 163 StGB), vorsätzliche Verletzung der Schweigepflicht (§ 203 StGB), vorsätzliche/fahrlässige Körperverletzung (§ 223 ff./§ 229 StGB), vorsätzliche Freiheitsberaubung (§ 239 StGB), vorsätzlicher Betrug (§ 263 StGB), vorsätzliche Untreue (§ 266 StGB), vorsätzliches Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse (§ 278 StGB), vorsätzliche Bestechlichkeit im geschäftlichen Verkehr (§ 299 StGB) und 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.

H. Entschädigung des Gutachters

Der gerichtlich bestellte Sachverständige hat Anspruch auf Entschädigung. Diese richtet sich ab 1. Juli 2004 nach dem Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG), 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.

Der Zeitaufwand richtet sich nach dem Zeitbedarf eines mit der Materie vertrauten Sachverständigen mit durchschnittlichen Fachkenntnissen bei durchschnittlicher Arbeitsintensität. Anzurechnen sind: Studium der Gerichtsakten, Exploration und Untersuchung, ggf. Wegezeiten, 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. Als Anhaltspunkt kann gelten: 1 Std. für 100 Seiten Aktenstudium bzw. für 1 Seite Gutachten (einschl. Entwurf, Diktat und Korrektur), wobei allerdings von Bundesland zu Bundesland erhebliche Unterschiede bestehen.

Der Stundensatz beläuft sich in der Honorargruppe

M1 auf 50 €,

M2 auf 60 €,

M3 auf 85 €.

Es fallen

- 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 M3 Gutachten mit hohem Schwierigkeitsgrad (Begutachtungen spezieller Kausalzusammenhänge und/oder differenzialdiagnostischer Probleme und/oder Beurteilung der Prognose und/oder Beurteilung strittiger Kausalitätsfragen).

Der Stundensatz wird einheitlich für alle Zeitaufwendungen für das Gutachten festgesetzt.

Als Ersatz von Schreibaufwendungen werden 0,75 € je angefangene 1000 Anschläge bezahlt.

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 überschreiten darf. Eine ähnliche Bestimmung sah auch das frühere Recht vor. Hiervon wurde in vielen Bundesländern, insbesondere in der Sozialgerichtsbarkeit, Gebrauch gemacht.

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.

Ärzte, die Zusatzuntersuchungen durchführen (z. B. Radiologen, Laborärzte), erhalten Aufwendungsersatz 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 1,3fachen Gebührensatz. Soweit für die Erbringung solcher Leistungen zusätzliche Zeit erforderlich ist, erhält der Arzt ein Honorar von 50 € je Stunde.

Bei Gutachten in der gesetzlichen Unfallversicherung ist das Abkommen Ärzte/Unfallversicherungsträger mit einem Gebührenverzeichnis maßgebend.

In der Rentenversicherung sind Vereinbarungen über die Vergütung ärztlicher Leistungen in der medizinischen Begutachtung zwischen dem Verband Deutscher Rentenversicherer und der BÄK getroffen worden, die Empfehlungscharakter haben.

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

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

Tab. 1 Checkliste Gutachten

1. Vor Beginn klären:

- 1.1 Ist Fragestellung klar und adäquat?
- 1.2 Ist Vorinformation ausreichend?
- 1.3 Bin ich kompetent?
- 1.4 Liegen spezielle Hinderungsgründe vor?

2. Gutachtkopf

- 2.1 Auftraggeber
- 2.2 Begutachteter (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Identifikation durch Personalausweis)
- 2.3 Aktenzeichen
- 2.4 Angaben, worauf das Gutachten beruht (Akten, gutachtliche Untersuchung, Zusatzbefunde)
- 2.5 Datum der Untersuchung und der Fertigstellung des Gutachtens

3. Anamnese- und Befunddokumentation

- 3.1.1 Anamnese nach Aktenlage (nur Daten, die in der Beurteilung diskutiert werden!)
- 3.1.2 Anamnese nach Angaben des zu Begutachtenden (spezielle, allgemeine und biografische Anamnese)
- 3.1.3 Ggf. Fremdanamnese
- 3.1.4 Ggf. Angaben zum Tagesablauf
- 3.2 Geklagte Beschwerden und Behinderungen
- 3.3 Befunddokumentation
 - 3.3.1 Neurologischer Befund
 - 3.3.2 Interner Befund
 - 3.3.3 Psychischer Befund
 - 3.3.4 Zusatzbefunde (apparative Befunde, Labor, Testbefunde)
 - 3.3.5 Qualitative und quantitative Beschreibung der Funktionseinschränkungen, der Behinderungen und der Einschränkungen der Partizipation

4. Beurteilung

- 4.1 Kurze Herausstellung der gutachtlich relevanten Gegebenheiten
- 4.2 Benennung und laienverständliche Erläuterung der Diagnosen
- 4.3 Darstellung und Erläuterung der aus den Diagnosen folgenden Leistungseinschränkungen und Behinderungen auf dem Hintergrund der persönlichen und umweltbedingten Kontextfaktoren.
- 4.4 Falls gefordert, eingehende Erläuterung der Kausalzusammenhänge und ihrer Wahrscheinlichkeit/Sicherheit.
- 4.5 Ggf. Darstellung und gutachtliche Einschätzung von psychischen Reaktionen oder inadäquaten Beschwerdevorbringungen (inadäquate Kausalisierungen, Aggravation, Simulation) und ihrer Bedeutung für die Begutachtung.
- 4.6 Ggf. Auseinandersetzung mit vorliegenden Attesten und Vorgutachten.

5. Festlegung des Beschädigungsgrades

- 5.1 Schwerbehindertenrecht GdB und ggf. besondere Merkmale
- 5.2 Rentenversicherung Erwerbsminderung n. Stundenzahl der täglich möglichen Arbeitszeit
- 5.3 Versorgungsrecht MdE
- 5.4 gesetzl. Unfallversicherung MdE
- 5.5 priv. Unfallversicherung Invaliditätsgrad/Grad der Leistungsfähigkeit („Gliedertaxe“)
- 5.6 Haftpflichtversicherung Ausgleich für alle Schädigungen (Verdienstausfall, Umschulungs- und Umbaukosten, Rente etc.), evtl. MdE

6. Beantwortung der gestellten Fragen

7. Liquidation

Weiterführende Literatur

- ¹ Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2004
- ² Fritze E, May B, Mehrhoff F. Die ärztliche Begutachtung, 6. Aufl. Darmstadt: Steinkopff, 2000
- ³ Rauschelbach H-H, Jochheim K-A, Widder B. Das neurologische Gutachten, 4. neu bearbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme, 2000
- ⁴ Suchenwirth R, Kunze K, Krasney OH. Neurologische Begutachtung. 3. neu bearbeitete und ergänzte Auflage. München: Urban und Fischer, 2000
- ⁵ Verband deutscher Rentenversicherungsträger. Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Heidelberg: Springer, 2003