



AWMF-Register Nr.	094/001	Klasse:	S2k
--------------------------	----------------	----------------	------------

Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung

Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB)

in Zusammenarbeit mit:

- Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM),
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH),
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

- Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNOKHC),
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM),
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN),
- Deutsche Gesellschaft für orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU),
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM),
- Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP),
- Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP)

Zielsetzung

Medizinische Begutachtung ist in vielen Rechtsgebieten essentiell. Sie gehört zu den Aufgaben und Verpflichtungen des Arztes, wird aber in Studium und Weiterbildung nur unzureichend vermittelt. Entsprechend zeigt die Erfahrung oft erhebliche gutachtliche Mängel. Ein wesentlicher Grund hierfür sind Nichtbeachtung der funktionellen Besonderheiten der Rolle des Arztes als Gutachter und nicht zuletzt die unterschiedlichen Anforderungen in den jeweiligen Rechtsgebieten, deren Kenntnis die Voraussetzung einer objektiven, validen und reliablen Begutachtung bilden.

Die hier vorgelegte Leitlinie behandelt die durch das Recht geprägten methodischen Grundlagen des Sachverständigenbeweises einschließlich ihrer Ausgestaltung durch die Rechtsprechung. Sie erläutert die Aufgaben des Gutachters, die an ihn gestellten grundsätzlichen persönlichen und inhaltlichen Anforderungen sowie die von ihm zu beachtenden rechtlichen Vorgaben in einzelnen Rechtsgebieten bzw.

Versicherungszweigen. Ihre Intention ist Hilfestellung für den Gutachter und Schutz des zu Begutachtenden bzw. des Auftraggebers vor willkürlichen und wissenschaftlich nicht hinreichend begründeten Beurteilungen bzw. Einschätzungen.

Die synoptische Darstellung der methodischen Grundlagen der Begutachtung gelten für alle medizinischen Fachgebiete. Ihr fachübergreifender Aspekt wird durch die Beteiligung der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften, in denen Begutachtungsaufgaben besonders häufig anfallen, unterstrichen. Fachspezifische medizinische Fragestellungen und Krankheitsbilder werden in der Leitlinie nicht behandelt. Vielmehr ergänzt sie bereits zahlreich existierende, in der Regel fachmedizinisch geprägte Leitlinien zur Begutachtung einzelner Krankheitsbilder, auf die in Literaturverzeichnis und Anhang verwiesen wird.

Methoden der Ursache-Wirkungsbeziehungen und Kriterien für die Beurteilung von Sensitivität, Spezifität, Reliabilität und Validität von Gutachten sind in dem Grenzgebiet zwischen Jurisprudenz und Medizin bisher nicht erarbeitet. Bei der Entwicklung dieser Leitlinie ging es daher um die Zusammenfassung von Literaturstellen, Lehrmeinungen und Erfahrungswissen von im Gutachterwesen erfahrenen Experten. Auf dem Hintergrund

möglicher Änderungen in den rechtlichen Rahmenbedingungen und des wissenschaftlichen Fortschritts ist eine periodische Überarbeitung der Begutachtungsleitlinien erforderlich.

A. Die Rolle (Stellung) des Gutachters

Der Arzt ist als Gutachter „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 (s. hierzu B Auftraggeber) 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 in Kenntnis des genauen Inhaltes verwenden, um eine Kontrolle seines Gedankenganges auch insoweit zu gewährleisten. Der Gutachter ist grundsätzlich an Beweisfragen und Weisungen gebunden, insbesondere bei Gerichtsgutachten (vgl. §§ 404a, 407a Abs. 4 Satz 1 ZPO, die über Verweisungsvorschriften auch in der VwGO sowie dem SGG gelten, sowie § 78 StPO). So bestimmt das Gericht/der Auftraggeber insbesondere bei streitigem Sachverhalt, welche Tatsachen der Sachverständige der Begutachtung zugrunde legen soll. Hat der Sachverständige Zweifel an Inhalt, Fragestellung und Umfang des Auftrages, ist vor Erstellung des Gutachtens 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 aber grundsätzlich keine Übernahmepflicht, sofern die Gutachtentätigkeit 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 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 des 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). Im Zweifel muss 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 nicht gebunden ist. Ob bereits während der Begutachtung die Einschätzung gegenüber dem zu Begutachtenden offenbart werden soll, wird unterschiedlich beantwortet, da eine frühzeitige Kommunikation einerseits unnötige weitere Begutachtungen vermeiden helfen kann, andererseits aber hierdurch auch Missverständnisse und falsche Erwartungshaltungen provoziert werden können. Ergeben sich allerdings aus den diagnostischen Erhebungen für den Untersuchten potentielle Behandlungs- oder Prophylaxekonsequenzen, sollten diese dem zu Begutachtenden mitgeteilt und 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 und Pflegeversicherung; gesetzliche Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung); Berufsgenossenschaften und Unfallkassen als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung; die zuständigen Behörden für

Leistungen der Arbeitsförderung, aus dem Schwerbehinderten- und sozialen Entschädigungsrecht sowie der Sozialhilfe (SGB XII) einschließlich der damit befassten Gerichtsbarkeit (Sozial- und Landessozialgerichte). Im Gerichtsverfahren kann ein vom Kläger benannter Gutachter nach § 109 SGG gerichtlich beauftragt werden.

Im Verwaltungsrecht: im Beamtenrecht die jeweiligen Dienstherrn zur Klärung der Dienst(un)fähigkeit sowie in der Unfallfürsorge einschließlich der damit befassten Gerichtsbarkeit (Verwaltungs- und Obergerichtsgerichte); die zuständigen Behörden in Verfahren nach den Unterbringungsgesetzen der Länder sowie zur Überprüfung einer krankheitsbedingt beeinträchtigten Fahruntauglichkeit.

Im Zivilrecht: Versicherungsgesellschaften in den einschlägigen Sparten der Privatversicherung (Haftpflicht-, Berufsunfähigkeits-, private Unfallversicherung) sowie der Arzthaftpflicht einschließlich der damit befassten Gerichtsbarkeit (Amts-, Land- und Oberlandesgerichte); Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen zur Beurteilung von Behandlungsfehlern bei den Ärztekammern; Gerichte zur Klärung der Geschäftsfähigkeit, Testierfähigkeit sowie in betreuungs- und familiengerichtlichen Verfahren;

Im Arbeitsrecht: Arbeitgeber; Arbeitsgerichte.

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

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

C. 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 seinem Fachgebiet verfügt und jede Expertise mit der erforderlichen Sorgfalt anfertigt. Wichtige Gesichtspunkte sind hierbei:

1. Unparteilichkeit und Unabhängigkeit

Unparteilichkeit bedeutet die medizinisch – wissenschaftliche Objektivität und Neutralität.

Der Gutachter darf weder Interessenvertreter des Auftraggebers noch des zu Begutachtenden sein. Dies bedeutet u. a., dass ein „im Zweifel für den Antragsteller“ oder eine „wohlwollende“ Beurteilung z.B. zu Lasten der Versicherung gutachtlich ebenso unzulässig sind wie eine durch Antipathie oder Sympathie modifizierte Bemessung einer Anspruchsanerkennung. 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 – soweit sie nicht mit der Untersuchung in Zusammenhang stehen – oder mit einem Verfahrensbeteiligten sind zu vermeiden. Benötigt der Gutachter weitere 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 in Anspruch genommenen Arzt besteht oder in der Vergangenheit bestand.

Ebenso wenig kommt in einer gerichtlichen Auseinandersetzung als Sachverständiger in Betracht, wer zuvor im Auftrag einer der Parteien 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

Rollenwechsels, wenn er diesem Wunsch nachkommt oder z.B. in einem Sozialrechtsstreit über § 109 SGG einen Gutachtauftrag erhält. Er sollte stets prüfen, ob ihm der Wechsel aus dem vom Fürsorgeprinzip getragenen Behandlungsauftrag in die strikte gutachtliche 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) oder ausnahmslos (§ 297 Abs. 6 Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit) 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 die Besorgnis einer Befangenheit besteht.

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, Schreibaarbeiten 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 jedenfalls 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 (mit)verursachten Störungen und bei chronischen Schmerzen gehört hierzu nach Auffassung des Bundessozialgerichts die persönliche - nicht delegierbare - Exploration und Untersuchung des zu Begutachtenden.

3. Kompetenz

Vor jeder Annahme eines Gutachtauftrages muss der Gutachter entscheiden, 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 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. Abweichungen müssen als solche gekennzeichnet und eingehend begründet werden.

4. Beachtung der Rechtsgrundlage

Für den ärztlichen Gutachter ist es unverzichtbar, sich mit den allgemeinen und speziellen rechtlichen Aspekten der Begutachtung bzw. seines konkreten Auftrags auseinanderzusetzen. 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 differenten Anerkennungs- und Bewertungsmaßstäbe für die Feststellung des Schädigungsgrades oder der Schädigungsfolgen in verschiedenen Rechts- bzw. Versicherungsbereichen, die unterschiedlichen Kausalitätsbegriffe im Straf-, Sozial-, Verwaltungs- und Haftungsrecht und die inkongruenten Regeln zu Beweismaß und –last. Hilfreich sind zusätzlich Kenntnisse über die einschlägige 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- und Erwerbsunfähigkeit, teilweise und volle Erwerbsminderung, Arbeitsunfähigkeit, wesentliche Bedingung, leichte, mittelschwere oder schwere Arbeit etc.. 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 für die medizinische Begutachtung - und nur dieser - relevanten Sachverhaltsaspekte unverzichtbar. Dies bedeutet, dass der Gutachter neben der vollständigen Erfassung des vorhandenen Akteninhalts, - außer bei Gutachten nach Aktenlage - eine umfassende Anamnese und körperliche Untersuchung vornehmen muss, da Vorerkrankungen und Gebrechen das gutachtliche Ergebnis erheblich beeinflussen können. 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 Leistungsfähigkeitseinschränkungen und Behinderungen sollten nach Möglichkeit quantifizierende Verfahren (muskuloskelettale Messungen nach Neutral-Null-Methode, standardisierte Befunderhebung der Wirbelsäulenbeweglichkeit, der Umfangsmaße der Extremitäten, reliable Funktionsskalen, Aktivitätsprofile, reliable neuropsychologische Test- und Untersuchungsverfahren etc.) verwendet werden. Der Gutachter ist auch verpflichtet, Zusatzbefunde anderer Fachgebiete soweit ihm möglich und erforderlich einer eigenen Bewertung und Plausibilitätskontrolle zu unterziehen.

Oft ergibt sich aus dem Aktenstudium oder bei der gutachtlichen Exploration die Notwendigkeit weiterer Sachverhaltsermittlung (z.B. wegen mangelnder oder unzulänglicher Informationen über Schwere eines Unfalls, über Befunde aus der Primärbehandlung oder über Rehabilitationsergebnisse). Auch können zur Objektivierung gesundheitlicher Störungen das Erheben einer Fremdanamnese oder weitere Zusatzuntersuchungen erforderlich werden. In sozialrechtlichen Verfahren, bei privaten Versicherungen im außergerichtlichen Bereich und bei Begutachtungen für die Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen sind eigene Ermittlungstätigkeiten des Gutachters prinzipiell möglich. Allerdings sollte er dies im Vorfeld (u.a. im Hinblick auf

eventuell entstehende Zusatzkosten) 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 stark formalisierten Zivilprozess ist der Sachverständige nicht berechtigt, ohne ausdrückliche Erlaubnis des Gerichts (oft bereits im Beweisbeschluss enthalten) eigene Sachverhaltsermittlungen über die Exploration/Untersuchung des zu Begutachtenden hinaus durchzuführen. Soweit für das Gutachten relevant, sind solche Informationen über das Gericht anzufordern. Dies 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 der Beweisbeschluss dazu nichts enthält.

Zufällige Wahrnehmungen außerhalb der Begutachtungssituation sollten nur mit Vorsicht und ggf. erst nach Rücksprache mit dem 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.

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. Wenn der Verdacht auf ein aggravierendes oder simulierendes Verhalten bzw. auf bewusstseinsnahe Begehrensvorstellungen als grundlegendes

Motiv entsteht, 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 eine nicht ausreichende Anstrengung und Leistungsbereitschaft eines zu Begutachtenden zu Vorteilen führen können, Strategien und Verfahren zur Überprüfung der Authentizität der geklagten Defizite (Beschwerdenvalidierung) zu empfehlen. Eine Beschwerdevalidierung liefert 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.

Bei ausländischen und der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtigen zu Begutachtenden ist die Hinzuziehung eines vereidigten Dolmetschers ratsam, der zu wörtlicher Übersetzung verpflichtet werden muss. Schon aus Kostengründen hat die Beauftragung des Dolmetschers über den Auftraggeber zu erfolgen.

Übersetzertätigkeiten von Freunden, Verwandten oder auch Mitarbeitern der Klinik oder gutachtlichen Einrichtung bergen die Gefahr subjektiver Verzerrungen. Bedacht werden muss auch, dass in anderen Kulturen mit unseren Vorstellungen nicht kompatible Krankheitskonzepte vorliegen –z.B. Ganzkörpererkrankung bei fokalen Läsionen-, was nicht als Aggravation fehlgedeutet werden darf.

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 üblichen Kodierungssysteme (ICD-10, DSM IV, ICF) zu verwenden.

8. Beschränkung auf die vom Auftraggeber gestellten Fragen

Der Gutachter 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 Präzisierung oder Ergänzung des Auftrags bitten. Dabei kann 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 können die Verwertbarkeit des Gutachtens in Frage stellen und sind im gerichtlichen Verfahren grundsätzlich unzulässig.

9. Termingerechte Erstellung

Für jedes Gutachten sind eine adäquate Bearbeitungszeit bzw. die gesetzten Fristen zu beachten. Ist absehbar, dass die Erstellung des Gutachtens längere Zeit in Anspruch nehmen wird, ist der Auftraggeber frühzeitig zu verständigen, da u.U. gesetzliche Fristen gelten und lange Verzögerungen für den zu Begutachtenden erhebliche Nachteile und Belastungen mit sich bringen können. 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 zu Begutachtenden und Abfassung des Gutachtens kann zur Anfechtung des Gutachtens führen, z. B. wegen möglicher zwischenzeitlicher Veränderung 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 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 der behandelnde Arzt mit der Begutachtung beauftragt, sollte 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.

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 Belehrung des zu Begutachtenden über die Aufgabenstellung und mögliche Konsequenzen des Gutachtens – einschl. der vorstehend erwähnten fehlenden Schweigepflicht gegenüber dem Auftraggeber - wird jedenfalls im forensisch-psychiatrischen Bereich ausdrücklich gefordert, kann 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 Röntgenstrahlen, da der Begutachtungsauftrag alleine kaum eine rechtfertigende Indikation begründet. Hier ist eine einvernehmliche Absprache mit dem zu Begutachtenden zwingend erforderlich. Generell steht diesem gegenüber invasiven, risikoreichen oder sonst unzumutbaren

Maßnahmen ein Verweigerungsrecht zu (vgl. §§ 62, 65 SGB I). Verweigert der zu Begutachtende die Durchführung einzelner Maßnahmen, so ist es nicht Aufgabe des Gutachters, die Frage der Zumutbarkeit bzw. einer etwaigen 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 die Begutachtung stören darf. Sollte sich der Gutachter in Anwesenheit Dritter nicht in der Lage sehen, eine aussagekräftige psychiatrische Exploration durchzuführen, sollte er dies dem zu Begutachtenden mitteilen und im Gutachten entsprechend vermerken.

12. Aufbewahrungsfristen

Die Aufzeichnungen des Gutachters wie auch die im Rahmen des Gutachtens angefertigten Befunde (z.B. Röntgenbilder) sind, sofern sie nicht ohnehin mit dem Gutachten zu den Akten des Gerichts bzw. des Auftraggebers gelangen, für die Dauer des Verfahrens aufzubewahren, um für Rückfragen etc. zur Verfügung zu stehen. Spezielle gesetzliche Fristbestimmungen für den Gutachter sind hingegen nicht vorhanden.

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 statt dessen 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 ist die Bescheinigung von Unfallfolgen ohne ausreichende Kenntnisse über die Tatsache, Schwere und Art des Unfalls oder ohne objektive Befunde allein aufgrund von Angaben bzw. Beschwerdeschilderungen nicht vertretbar. Atteste müssen wie Gutachten immer klar zwischen anamnestischen Angaben, Beschwerden und erhobenen Befunden trennen.

Formulargutachten werden häufig von privaten Unfall- und Lebensversicherungen vom behandelnden Arzt angefordert. In Folge 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 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, biographische sowie ggf. Fremdanamnese und 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 Gesundheitsstörungen
- Je nach Rechtsgebiet die qualitativen und quantitativen Auswirkungen der Gesundheitsstörungen auf Berufs- und Erwerbsfähigkeit, auf das tägliche Leben, die Schuld-, Haft-, Testier- oder Geschäftsfähigkeit, die Fahrtauglichkeit etc.
- Bei Kausalitätsgutachten die Zusammenhangsbeurteilung einer oder mehrerer Ursachen mit einer Gesundheitsstörung (Kausalitätsbeurteilung)

E. Begutachtung mit finalen und kausalen Fragestellungen

Bei Gutachten mit **finalen Fragestellungen** hat der Gutachter unabhängig von Kausalitätsfragen ausschließlich die vorhandenen Gesundheitsstörungen und ihre Auswirkungen auf das berufliche und/oder soziale Leben zu erfassen. Ausgangspunkt der finalen Beschreibung eines Gesundheitsproblems ist weniger die Diagnose als die hieraus resultierende Funktionsbeeinträchtigung. Eine weltweit akzeptierte Systematik 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 unterscheidet Körperfunktionen und Körperstrukturen sowie Aktivitäten und Partizipation. 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 gesellschaftlichen Aktivitäten“) beschrieben werden. Krankheit, Funktionsfähigkeit und Teilhabemöglichkeiten sind in ihrer Wechselwirkung entsprechend dem biopsychosozialen Modell der ICF jeweils vor dem Hintergrund der persönlichen und umweltbedingten Kontextfaktoren zu beschreiben und

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

So wird im

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

Sind mehrere Körperfunktionen betroffen, werden die Einzelwerte nicht addiert, sondern in der Regel vom höchsten Einzelwert ausgehend ein Gesamt-GdB bzw. -GdS gebildet. Maßgebend hierfür sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit und unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander.

In der gesetzlichen Rentenversicherung ist nach dem seit dem 1. Januar 2001 geltenden Rentenreformgesetz die Erwerbsminderung quantitativ nach der Stundenzahl der täglich möglichen Arbeitszeit festzulegen. Darüber hinaus werden qualitative Einschränkungen der Leistungsfähigkeit erfragt.

In der gesetzlichen Krankenversicherung sind Rehabilitationsrichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses und QS-Maßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zu beachten.

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. 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 ohne Berücksichtigung der konkreten

beruflichen Tätigkeit. Ähnlich dem Schwerbehinderten- und Sozialen Entschädigungsrecht wird wertend eine Gesamt-MdE gebildet, sofern unterschiedliche, sich wechselseitig beeinflussende Funktionsbeeinträchtigungen in ihren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit zu beurteilen sind.

Ein „Vorschaden“, also eine bereits unabhängig vom Versicherungsfall (vor-) bestehende Beeinträchtigung der individuellen Erwerbsfähigkeit ist gutachtlich ohne Bedeutung, es sei denn, der Versicherungsfall –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. In diesem Fall kann die unfallbedingte 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 „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. 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. Neben dieser Invaliditätsleistung kennt die private Unfallversicherung noch zahlreiche weitere Leistungsarten mit jeweils spezifischen, zum Teil auch von der medizinischen Beurteilung abhängigen Leistungsarten (z.B. Tagegeldleistung).

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, zuletzt „in gesunden Tagen“ ausgeübte Berufstätigkeit des Betroffenen.

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

In der Regel helfen die Auftraggeber aus den verschiedenen Rechtsgebieten dem Gutachter insofern, als sie auf die wichtigsten rechtlichen Gesichtspunkte hinweisen. Empfehlungen für die quantitative Bemessung sind in unterschiedlichen Tabellenwerken festgelegt, die in den fachspezifischen Gutachtenbüchern wiedergegeben werden. Verbindliche Vorgaben für die Einschätzungen im Schwerbehinderten- und sozialen Entschädigungsrecht enthalten die Versorgungsmedizinischen Grundsätze [BMGS 2008].

Um finale Fragestellungen geht es schließlich auch bei der Beurteilung der Geschäftsfähigkeit/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).

Kausalitätsbezogene Gutachten erfordern die sachverständige Überprüfung von Ursache-Wirkungs-Beziehungen. Dabei sind je nach Rechtsgebiet unterschiedliche Kausalitätsbegriffe zu beachten.

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“).

Entsprechend den Beweisgrundsätzen im Strafprozess („in dubio pro reo“) muss (auch) die Kausalität des vorgeworfenen Verhaltens für den tatbestandlichen Erfolg jenseits begründeter Zweifel erwiesen sein, um eine Verurteilung zu rechtfertigen.

Die so identifizierten Kausalbedingungen im „philosophisch-naturwissenschaftlichen Sinne“ werden in den übrigen Rechtsgebieten dann einer weiteren Wertung unterworfen:

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 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 Gutachter, dass er genaue Informationen über Unfallhergang und –schwere sowie die primären Verletzungen erhält, um Vorhandensein und Ausmaß der eingetretenen Gesundheitsschäden abschätzen zu können. Eine besondere Schadensanlage beim Opfer (regelwidriger Zustand, der klinisch oder funktionell noch nicht in Erscheinung getreten ist) als mitwirkende Ursache schließt die Kausalität eines Schadensereignisses in aller Regel nicht aus. Dem Unfall kausal zugerechnet werden auch Folgeschäden z.B. durch Behandlungsmaßnahmen, auch wenn diese fehlerhaft durchgeführt wurden. 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 („Prinzip der Partialkausalität“).

Im Sozialrecht (Gesetzliche Unfallversicherung, Soziales Entschädigungsrecht) und Teilen des Verwaltungsrechts (z.B. bei der Entschädigung von Dienstunfallfolgen) gilt die **Relevanztheorie** oder „**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. Haben beide Faktoren einen „annähernd gleichwertigen“ Ursachenbeitrag geliefert, gelten beide als „wesentliche (Teil-) Ursachen“. Lediglich dann, wenn eine nicht versicherte 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 (bloße „Gelegenheitsursache“). Das Unfallereignis besitzt auch dann die Qualität der wesentlichen Ursache im Rechtssinn, wenn es z.B. den Tod des Unfallopfers 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 anzulegende Beweismaß zu richten, d.h. bei welchem Grad von Wahrscheinlichkeit die behauptete Tatsache vom Auftraggeber als wahr zu unterstellen ist. Im Zivil- und Sozialrecht sind dabei zwei Ebenen zu differenzieren, die

üblicherweise mit haftungsbegründender und haftungsausfüllender Kausalität umschrieben werden.

Im zivilen Haftpflichtrecht bezeichnet haftungsbegründende Kausalität den Zusammenhang zwischen Verhalten bzw. Pflichtverstoß des Schädigers und Erstverletzung („Primärschaden“) des Geschädigten. Alle Komponenten stehen zur Beweislast des Anspruchsstellers und müssen im sog. „Vollbeweis“, d. h., 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 ZPO).

Die Weiterentwicklung des Schadens („Folge-„ oder „Sekundärschaden“), bezeichnet als „haftungsausfüllende Kausalität“, unterliegt dem Maßstab des § 287 ZPO, der nach Maßgabe der Rechtsprechung lediglich eine „überwiegende“ bzw. „deutlich überwiegende“ Wahrscheinlichkeit voraussetzt.

Ergänzt werden diese Grundsätze zu Beweismaß und -last im Zivilrecht durch zumeist richterrechtlich entwickelte Modifikationen (z.B. im Arzthaftungsrecht durch Beweiserleichterungen bei Dokumentationsmängeln oder die Beweislastumkehr bei groben Behandlungsfehlern).

Auch das Sozial(versicherungs)recht kennt das Begriffspaar der haftungsbegründenden und –ausfüllenden Kausalität, obschon es dort nicht um Haftung, sondern um Sozialversicherungs- oder Entschädigungsleistungen geht. Nach neuerer Rechtsprechung des Bundessozialgerichts 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“ (insbesondere 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“, also die Verknüpfung der zum Unfallereignis/den Einwirkungen führenden Verrichtung mit dem versicherten Tätigkeitsbereich. Die letztgenannten Problemkreise werden 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 (= 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 dafür als dagegen sprechen. Der Tatbestand eines Beschwerdenbeginns nach einem schädigenden Ereignis („der zu Begutachtende hat vor dem Unfallereignis nicht unter den jetzt vorhandenen körperlichen oder seelischen Erkrankungen oder Beschwerden gelitten“) beschreibt lediglich die Möglichkeit eines Kausalzusammenhanges und reicht allein, d.h. ohne Nachweis objektiver Schädigungsfolgen, auch im Sozialrecht nicht aus.

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
- Haftung aus Delikt bzw. unerlaubter Handlung gemäß §§ 823 ff. BGB.

Zivilrechtliche Haftungsansprüche des Auftraggebers oder des zu Begutachtenden 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 dem 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 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) und Vorteilsannahme/Bestechlichkeit (§§ 331, 332 StGB). Verstöße führen zu strafrechtlichen Ermittlungsverfahren durch die Staatsanwaltschaft und im Ergebnis dann ggfls. zu einer Verurteilung zu Geld-/oder Freiheitsstrafen durch die Strafgerichte.

H Vergütung des Gutachters

Der gerichtlich bestellte Sachverständige hat Anspruch auf Vergütung. 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

Maßgeblich ist allerdings nicht der tatsächliche Zeitaufwand, sondern die aus „Erfahrungen“ der Kostenrechtsprechung hergeleitete „objektiv erforderliche Zeit“ der Auftragsbearbeitung durch einen erfahrenen Sachverständigen, 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 in der Honorargruppe

- M 1 auf 50 €, bei Gutachtaufträgen ab 1. August 2013 auf 65,00 €
- M 2 auf 60 €, bei Gutachtaufträgen ab 1. August 2013 auf 75,00 €
- M 3 auf 85 €, bei Gutachtaufträgen ab 1. August 2013 auf 100,00 €

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 M 3 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 Schreibauslagen werden 0,75 € (ab 1.8.2013 0,90 €) je angefangene 1000 Anschläge bezahlt. Hinzu kommen noch evtl. besondere Aufwendungen im Zusammenhang mit der Gutachtenerstellung, wie z.B. die Anfertigung von Kopien, Lichtbildern, Fahrtkosten etc.

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. 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 gerichtlichen Frist für die Rechnungsstellung (3 Monate).

Ärzte, die lediglich 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. Vom Gericht bestellte Zusatzgutachter werden dagegen wie Sachverständige vergütet.

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.

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

Checkliste Gutachten

1. Vor Beginn 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. Delegationsabsicht?

2. Formalien

- 2.1. Briefkopf
- 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 (Akten, gutachtliche Untersuchung, Zusatzbefunde)
- 2.6. Datum der Untersuchung und der Fertigstellung des Gutachtens
- 2.7. Ggf. Delegation deklarieren
- 2.8. Unterschrift
- 2.9. Fragestellung bei Beantwortung der Fragen aufführen
- 2.10. Kontakte mit Parteien –außerhalb der gutachtlichen Untersuchungs-
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 (spezielle, allgemeine und biographische Anamnese)
- 3.3. Ggf. Fremdanamnese (bei Gerichtsgutachten nur nach Genehmigung des Gerichts!)
- 3.4. Ggf. Angaben zum Tagesablauf
- 3.5. Geklagte Beschwerden und Behinderungen
- 3.6. Befunddokumentation
 - 3.6.1. Fachspezifischer Befund
 - 3.6.2. Allgemeiner Befund
 - 3.6.3. Psychischer Befund mit Verhaltensschilderung
 - 3.6.4. Zusatzbefunde (apparative Befunde, Labor, Testbefunde)
- 3.7. Ggf. Hinweis auf fehlende Unterlagen
- 3.8. Sozialmedizinisch relevante Diagnosen mit ICD-10-Verschlüsselung
- 3.9. Qualitative und quantitative Beschreibung der Funktionseinschränkungen, der Behinderungen und der Einschränkungen der Partizipation

4. Gutachtliche Würdigung

- 4.1. Keine Wiederholung des Sachverhaltes, sondern
- 4.2. Herausstellung der gutachtlich relevanten Gegebenheiten
- 4.3. Benennung und laienverständliche Erläuterung der Diagnosen
- 4.4. Darstellung und Erläuterung der aus den Diagnosen folgenden Leistungseinschränkungen und Behinderungen auf dem Hintergrund der persönlichen und umweltbedingten Kontextfaktoren
- 4.5. Falls gefordert, eingehende Erläuterung der Kausalzusammenhänge und ihrer Wahrscheinlichkeit/Sicherheit.
- 4.6. 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

4.7. Ggf. Auseinandersetzung mit vorliegenden Attesten und Vorgutachten.

4.8. Laienverständliche Sprache?

4.9. Fachkompetenz beachtet?

5. Festlegung der Funktionsbeeinträchtigungen

5.1. Schwerbehindertenrecht GdB und ggf. besondere Merkzeichen

5.2. Rentenversicherung Erwerbsminderung n. Stundenzahl
der täglich möglichen Arbeitszeit, qualitative
Leistungsfähigkeitseinschränkungen

5.3. Soziales Entschädigungsrecht GdS

5.4. Gesetzl. Unfallversicherung MdE

5.5. Priv. Unfallversicherung Invalitätsgrad entsprechend „Gliedertaxe“
oder nach Beeinträchtigung in der
allgemeinen Leistungsfähigkeit

5.6. Haftpflichtversicherung Ausgleich aller konkreten
Schäden,
(Verdienstausschlag, Umschulungs- und
Umbaukosten, Rente etc.), evtl. MdE (dann
als Plausibilitätsindikator oder in Bezug auf
die konkrete Erwerbstätigkeit)

6. Beantwortung der gestellten Fragen

6.1. Jede Frage muss beantwortet werden

6.2. Keine Abhandlung über nicht gestellte Fragen

7. Rechtsverbindliche Unterschrift

8. Liquidation

Weiterführende Literatur

Barmeyer, J., Das kardiologische Gutachten, 2. Aufl., Thieme, Stuttgart 2009.

Becher, St., Ludolph, E. (Hrsg.), Grundlagen der ärztlichen Begutachtung.
Thieme, Stuttgart 2011.

Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation, MDS 2005 (Internet: > Dokumente und Formulare > Gesundheit/Krankheit/Prävention)

Anleitung zur Beratung und Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit (ABBA), MDS in Überarbeitung 2010 (Internet: >Dokumente und Formulare > Gesundheit / Krankheit / Prävention).

Begutachtungs-Richtlinie Pflege, MDS/GKV-Spitzenverband 2009 (Internet: > Dokumente und Formulare > Pflege)

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/DE/Service/Publikationen/k710-anhaltspunkte-fuer-die-aerztliche-gutachtertätigkeit.html>

Dörfler, H., Eisenmenger, W. , Lippert H.-D. (Hrsg.), Medizinische Gutachten, Springer, Heidelberg 2008.

Feldmann, H., Brusis, T., Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes, 7. Aufl., Thieme, Stuttgart 2012.

Fritze, E., Mehrhoff F.H. (Hrsg.), Die ärztliche Begutachtung: Rechtsfragen, Funktionsprüfungen, Beurteilungen. 8. Aufl., Springer, Heidelberg 2008.

Gaertner, Th., Gansweid, B. Gerber, H., Schwegler, F., v.Mittelstaedt, G. (Hrsg.), Die Pflegeversicherung: Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung, 2. Aufl., De Gruyter, Berlin 2009.

Gieretz, H. G., Begutachtung in der Kardiologie, Ecomed, Landsberg 2010.

Haffner, Th.-H., Skopp, G., Graw, M. (Hrsg.) Begutachtungen im Verkehrsrecht, Springer Berlin 2012.

Hausotter, W., Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen, 2. Aufl., Elsevier Urban & Fischer, München 2004.

Hausotter, W., Schouler-Ocak, M., Begutachtung bei Menschen mit Migrationshintergrund. Elsevier/Urban & Fischer, München 2007.

Kater, H., Das ärztliche Gutachten im sozialgerichtlichen Verfahren: Die schwierige Kommunikation zwischen Juristen und Medizinern, 2. Aufl., , Erich Schmidt Verlag, Berlin 2011.

Lehmann, R., Ludolph, E., Die Invalidität in der privaten Unfallversicherung, 3. Aufl., Verlag Versicherungswirtschaft, Karlsruhe 2009.

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 > Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Sozialmedizin > Sozialmedizinische Begutachtung).

Ludolph, E., Schürmann, J., Gaidzik, P.W. (Hrsg.), Kursbuch der ärztlichen Begutachtung, Ecomed, Landsberg, Stand September 2012.

Ludolph, E. (Hrsg.), Der Unfallmann: Begutachtung der Folgen von Arbeitsunfällen, privaten Unfällen und Berufskrankheiten, 13. Aufl., Springer, Heidelberg, 2013.

Mehrhoff, F., Eckernkamp, A., Wich, M. (Hrsg.), Unfallbegutachtung, 13. Aufl., De Gruyter, Berlin 2012.

Merkblätter und wissenschaftliche Begründungen zu den Berufskrankheiten der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung unter www.baua.de.

Nedopil, N., Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht, 4. Aufl., Thieme, Stuttgart 2012.

Neu, J., Petersen D., Schellmann, W.-D. (Hrsg.), Arzthaftung/Arztfehler; Orthopädie Unfallchirurgie : Steinkopff, Darmstadt 2001.

Rompe, G., Elenkämper, A., Schiltenswolf, M., Hollo, D. (Hrsg.), Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane 5.Aufl., Thieme, Stuttgart 2009.

Schönberger A., Mehrrens, G. , Valentin H., Arbeitsunfall und Berufskrankheit. 8. Aufl. , Erich Schmidt Verlag, Berlin 2010.

Stegers, C.-M., Hansis, M. L., Alberts, M. A., Scheuch, S., Sachverständigenbeweis im Arzthaftungsrecht, 2. Aufl., C. F .Müller, Heidelberg 2008.

Thomann, K.-D., Jung, D., Letzel, S., Schwerbehindertenrecht – Begutachtung und Praxis, Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2006.

Thomann, K.-D., Schröter, F., Grosser, V. (Hrsg.), Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung – Praxis der klinischen Begutachtung, Elsevier, Urban & Fischer Verlag, München 2009.

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.

Venzlaff, U., Foerster, K., Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. (Hrsg. K. Foerster, H. Dreßing), 5. Aufl., Elsevier Urban & Fischer, München 2009.

Verband deutscher Rentenversicherungsträger: Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 7. Aufl., Springer, Heidelberg 2011.

Weise, K., Schiltenswolf, M., Grundkurs orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung, Springer, Heidelberg 2008.

Widder, B. und Gaidzik, P.W., Begutachtung in der Neurologie, 2. Aufl.. Referenzreihe Neurologie, Thieme, Stuttgart 2011.

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

Beteiligte Gesellschaften:

Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM),

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH),

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNOKHC),

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM),

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN),

Deutsche Gesellschaft für orthopädische Chirurgie (DGOOC)

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU),

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM),

Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP),

Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP)

Autoren

Prof. Dr. Tilman Brusis, Institut für Gutachten

Dürener Str. 199-203, 50931 Köln (DGHNOKHC)

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann, Frauenklinik, Universität Erlangen,

Universitätsstr. 21-23, 91054 Erlangen

Prof. Dr. Wolfgang Deetjen, MDK Hessen, Zimmersmühlenweg 23

61440 Oberursel (DGSMP)

Prof. Dr. P. W. Gaidzik, Institut f. Medizinrecht, Universität Witten/Herdecke,

Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58448 Witten (DGNB)

Prof. Dr. Gerd Hasenfuß, Georg-August-Universität Göttingen

Universitätsmedizin, Abtl. Kardiologie und Pneumologie

Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen (DGIM)

Dr. Wolfgang Hausotter, Martin-Luther Str. 8, 87527 Sonthofen (DGNB)

Prof. Dr. Peter Henningsen, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin,
Psychotherapie, Psychotherapie und Med. Psychologie. Klinikum rechts der Isar. Langerstr.
3, 81676 München (DGPM)

Prof. Dr. Peter Marx, Dir. a.D. der Klinik und Poliklinik für Neurologie der Charité, Campus
Benjamin Franklin, Universitätsmedizin Berlin. Terrassenstr. 45, 14129 Berlin (DGNB)

Prof. Dr. Rolf Merget, Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. Institut der Ruhr-Universität-Bochum (IPA), Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, D-44789 Bochum (DGAUM)

Dr. Rupert Roschmann, Inst. f. Verhaltensmedizin Klinikum Ingolstadt, Krumenauerstr. 25, 85049 Ingolstadt (GNP)

Prof. Dr. Marcus Schiltenswolf, Fachbereich Konservative Orthopädie, Universitätsklinikum Heidelberg - Stiftung Orthopädische Universitätsklinik, Schlierbacher Landstraße 200a, 69118 Heidelberg (DGOU)

Prof. Dr. Martin Tegenthoff, Neurologische Klinik und Poliklinik, BG-Universitätsklinikum Bergmannsheil, Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, 44789 Bochum (DGNB)

Prof. Dr. Dr. Bernhard Widder, Klinik für Neurologie, Klinikum Günzburg, Ludwig-Heilmeyer-Str. 2, 89312 Günzburg (DGNB)

Beratende Experten:

Dr. F. Bergmann, Kapuzinergraben 19, 52062 Aachen (für den Berufsverband Deutscher Nervenärzte)

Dr. U. Meier, Montanusstr. 54, 41515 Grevenbroich (für den Berufsverband Deutscher Neurologen)

Externe Gutachter

Wilfried Lösche, Vizepräsident a.D. des Landessozialgerichts Berlin, Enkircher Str. 18,
13465 Berlin

Johann Neu, Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen, Hans-Böckler-Allee 3, 30173
Hannover

Korrespondierende Autoren:

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

Prof. Dr. Peter 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 waren (siehe Autorenliste mit Affiliation). Allen Autoren wurde als Vorlage die 2004 verfasste Leitlinie Allgemeine Grundlagen der neurologischen Begutachtung 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. In insgesamt 7 Runden erfolgte dabei eine Konsenserstellung für den Gesamttext der Leitlinie. Die Verabschiedung der Leitlinie erfolgte jeweils mit einem starken Konsens einstimmig durch alle Koautoren. Die Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften haben dem Text zugestimmt.

Erstellungsdatum: 2013

Nächste Überprüfung: 2018

Anhang

Leitlinien mit Bezug zu medizinischer Begutachtung

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

Registrierungsnummer: 062-007, Entwicklungsstufe: S2

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

- **Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen**

Registrierungsnummer: 051-029, Entwicklungsstufe: S2

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

- **Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen**

Registrierungsnummer: 030-102, Entwicklungsstufe S2k

Federführende Gesellschaften: Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN), der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM), des Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS)

- **Leitlinie Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule**

Registernummer 030 – 095

Federführende Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

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

Registernummer: 002/029, Entwicklungsstufe: S1

Federführende Fachgesellschaft

Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM)

- **Diagnostik und Begutachtung asbestbedingter Erkrankungen**

Registrierungsnummer: 002-038, Entwicklungsstufe: S2k

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

- **Diagnostik und Begutachtung der Berufskrankheit Nr. 4101**

- **Quarzstaublungenerkrankung (Silikose)**

Registrierungsnummer: 020-010, Entwicklungsstufe: S2

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

- **Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirntrauma**

Registrierungsnummer: 094-002, Entwicklungsstufe S1

Federführende Gesellschaft: Deutsche Gesellschaft für neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB)

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

Registrierungsnummer: 008-001, Entwicklungsstufe: S2e

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

- **Schweres Schädel-Hirn-Trauma**

Registernummer 030 – 076, Entwicklungsstufe S1

Federführende Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

- **Leichtes Schädel-Hirn-Trauma**

Registernummer 030 – 047, Entwicklungsstufe S1

Federführende Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

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

Registrierungsnummer: 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**

Registrierungsnummer: 074-006, Entwicklungsstufe: S2

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

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

Registrierungsnummer: 074-001, Entwicklungsstufe: S2

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

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

Registrierungsnummer: 074-002, Entwicklungsstufe: S2k

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

- **Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei koronarer Herzerkrankung (KHK)**

Registrierungsnummer: 074-003, Entwicklungsstufe: S2k

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

- **Empfehlungen für die Begutachtung von Berufskrankheiten**

- a. 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

- b. Empfehlung für die Begutachtung der Lärmschwerhörigkeit (BK-Nr. 2301) – **Königsteiner Empfehlung** – DGUV 2012
- c. Empfehlung für die Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten – **Falkensteiner Empfehlung** – DGUV 2011
- d. **Reichenhaller Empfehlung** für die Begutachtung der obstruktiven Atemwegserkrankungen (BK-Nrn. 1315 [ohne Alveolitis] 4301 und 4302) DGUV 2012
- e. Empfehlung von Quarzstaublungerkrankungen (Silikosen) – **Bochumer Empfehlung** – DGUV 2011
- f. **Bamberger Merkblatt** – Begutachtungsempfehlung für die Begutachtung von Haut- und Hautkrebserkrankungen – DGUV 2009

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

Registrierungsnummer: 015-026, Entwicklungsstufe: S1

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

Erstellungsdatum: 07/2013

Nächste Überprüfung geplant: 07/2018

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

© Deutsche Gesellschaft für neurowissenschaftliche Begutachtung
Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online