

Zusatz-Weiterbildung Sozialmedizin

Aufbau, Elemente und Prozess der Begutachtung

Von der Aktenlektüre bis zum fertigen Gutachten – mit Praxisbeispielen

SalusCon Akademie | 60–90 Minuten

SalusCon Akademie · saluscon.de

Lernziele – 75 Minuten

Nach dieser Lehreinheit können Sie ...

- 1 den vollständigen Begutachtungsprozess – von der Aktenanalyse bis zur Abgabe – strukturiert beschreiben
- 2 eine gutachtengerechte Anamnese führen und von der Behandlungsanamnese abgrenzen
- 3 Methoden der Beschwerdenvalidierung benennen und deren rechtliche Bedeutung einordnen
- 4 klinische Befunde vollständig, konsistent und beweisrechtlich verwertbar dokumentieren
- 5 Diagnosen nach ICD-10/ICD-11 mit korrekten Zusatzkennzeichen (G/V/A/Z) formulieren
- 6 ein vollständiges Leistungsbild (qualitativ + quantitativ) nach ICF-Systematik erstellen
- 7 typische Gutachtenfehler anhand von Fallbeispielen erkennen und vermeiden

Zeitplan – 75 Minuten

0–12 min	Abschnitt 1 · Vorbereitung – Auftrag, Akte, Befangenheit
12–25 min	Abschnitt 2 · Anamnese & Exploration – Struktur und Besonderheiten
25–37 min	Abschnitt 3 · Klinische Untersuchung – Befundsicherung & Konsistenz
37–50 min	Abschnitt 4 · Diagnosestellung – ICD-Klassifikation & Beweismaß
50–65 min	Abschnitt 5 · Das Gutachten schreiben – Struktur, Epikrise, Leistungsbild
65–75 min	Abschnitt 6 · Fallbeispiele & häufige Fehler – Analyse und Diskussion

Abschnitt 1

Vorbereitung

Beweisbeschluss lesen · Aktenstudium · Befangenheit prüfen

Der Begutachtungsauftrag – was ist zu prüfen?

Bevor Sie auch nur eine Seite der Akte lesen: den Beweisbeschluss vollständig analysieren.



Beweisthema: Was will das Gericht wissen? Ist es eindeutig? Falls unklar → Rückfragepflicht nach § 407a Abs. 4 ZPO BEVOR Sie mit der Arbeit beginnen.



Sachverhalt: Welcher Sachverhalt ist als nachgewiesen vorgegeben? Abweichende Probandenangaben dürfen den gerichtlich festgestellten Sachverhalt nicht ersetzen.



Fachliche Kompetenz: Liegt die Beweisfrage innerhalb Ihrer Fachgrenzen? Falls nein: Anzeigepflicht und ggf. Teilgutachten oder Ablehnung (§ 407 ZPO).



Befangenheit prüfen: Kennen Sie Kläger/Beklagten, behandeln Sie diese Person, haben Sie wirtschaftliche Interessen? → § 406 ZPO: Ablehnung wegen Befangenheit anzeigen.



Frist und Aufwand: Ist die Begutachtungsfrist realistisch? Bei absehbarer Überschreitung → frühzeitige Mitteilung ans Gericht (§ 411 Abs. 1 ZPO).

Der Begutachtungsauftrag – was ist zu prüfen?

Bevor Sie auch nur eine Seite der Akte lesen: den Beweisbeschluss vollständig analysieren.



Praxisbeispiel: Reaktion auf unklares Beweisthema



Problematisch

»Laut Beweisbeschluss soll ich beurteilen, ob Herr M. noch arbeiten kann.«
→ Gutachter beginnt die Begutachtung, ohne zu fragen, welches Rechtsgebiet (SGB VI? SGB VII?) und welche Beweisfragen gemeint sind.

✓ Korrekt

Gutachter schreibt vor Untersuchungstermin: »Das Beweisthema lässt offen, ob eine EM-Rente (SGB VI) oder eine MdE-Bemessung (SGB VII) gefragt ist. Ich bitte um Präzisierung (§ 407a Abs. 3 ZPO) und setze die Frist entsprechend aus.«

Strukturiertes Aktenstudium – Vorgehen und Prioritäten

Die Akte ist Ihre wichtigste Primärquelle – lesen Sie sie BEVOR Sie den Probanden sehen.

1

Überblick schaffen – Inhaltsverzeichnis, Diagnosen, Vorgeschichte, bisherige Gutachten. Klageziel identifizieren. Erste Hypothesen bilden.

2

Medizinische Unterlagen auswerten – Arztbriefe, Befundberichte, Bildgebung, Laborbefunde. Zeitliche Entwicklung des Leidens rekonstruieren. Widersprüche markieren.

3

Vorgutachten kritisch lesen – Stimmt die Diagnose? Wurde das Leistungsbild vollständig beschrieben? Abweichende eigene Bewertung muss begründet werden (BSG SozR4 – 2700 § 8 Nr. 17).

4

Soziale und berufliche Akte auswerten – Arbeitsunfähigkeitszeiten, Reha-Maßnahmen, Rentenbescheide, Steuerbescheide. Konsistenz zwischen anamnestischen Angaben und Aktenlage prüfen.

5

Beweisthema + Akteninhalt abgleichen – Fehlen entscheidungserhebliche Unterlagen? → Gericht informieren (§ 404a Abs. 4 ZPO). Nachforderung ggf. stellen.

Abschnitt 2

Anamnese & Exploration

Struktur · Besonderheiten · Beschwerdenvalidierung

Die Gutachtenanamnese – Unterschiede zur Behandlungsanamnese

Aspekt	Behandlung	Begutachtung
Ziel	Diagnose stellen, Therapie planen	Beweisrelevante Tatsachen erheben und dokumentieren
Neutralität	Empathisch, therapeutisch orientiert	Neutral, kritisch-würdigend, nicht therapeutisch
Dokumentation	Klinisch relevante Angaben	Vollständig wortwörtlich, Widersprüche explizit notieren
Verhältnis	Arzt-Patient-Verhältnis (Vertrauensbasis)	Gericht-Sachverständiger-Proband (kein Behandlungsverhältnis)
Schweigepflicht	Gilt uneingeschränkt	Proband wurde aufgeklärt; Gutachten geht an Gericht

Merke: Zu Beginn der Begutachtung den Probanden über Zweck, Auftraggeber und Weitergabe des Gutachtens aufklären – Pflicht nach § 407a Abs. 2 ZPO.

Struktur der Gutachtenanamnese – Checkliste

Eigenanamnese

- › Aktuelle Beschwerden (Lokalisation, Intensität, Verlauf, Auslöser)
- › Chronologischer Krankheitsverlauf mit Behandlungen
- › Aktuelle Medikation (Präparat, Dosis, Einnahmedauer, Wirkung)
- › Bisherige Operationen, stationäre Aufenthalte, Reha-Maßnahmen

Psychosoziale Anamnese

- › Familienstand, soziales Netz, Wohnsituation
- › Freizeitaktivitäten, Hobbys, Mobilität (Führerschein, ÖPNV?)
- › Selbstversorgung: Kochen, Einkaufen, Haushalt
- › Psychische Belastungen, Stressoren, Ressourcen

Arbeits- und Sozialanamnese

- › Aktueller Beruf/Tätigkeit + Anforderungsprofil
- › Berufliche Vorgeschichte und Tätigkeitswechsel
- › Krankheits- und AU-Zeiten (Häufigkeit, Dauer, Ursache)
- › Wirtschaftliche Situation, Rentenantrag, laufende Verfahren

Familienanamnese / Systemanamnese

- › Erbliche Erkrankungen, relevante Familiengeschichte
- › Systemanamnese: alle Organsysteme kurz abfragen
- › Suchtmittelkonsum (Alkohol, Nikotin, Medikamente)
- › Vorsorgeuntersuchungen, Impfstatus (falls relevant)

Beschwerdenvalidierung – Konsistenzprüfung im Gutachten

Im Sozialrecht haben Probanden ein wirtschaftliches Interesse am Begutachtungsergebnis – Konsistenzprüfung ist Pflicht, nicht Misstrauen.

Verhaltensbeobachtung

Beobachtung von Eintritt, Sitzen, Ausziehen, Haltung während der gesamten Begutachtung. Konsistenz mit Schmerzschilderung prüfen (z.B. Schmerzverhalten beim Ausziehen vs. kein Schmerzverhalten beim Hinsetzen).

Waddell-Zeichen (Orthopädie)

5 Zeichen für nicht-organische Schmerzkomponenten: Druckschmerz nicht-anatomisch, Simulation/Abschwächung, regionale Störungen, Überreaktion, Tenderness-Zeichen. ≥ 3 Zeichen: hinweisend auf psychosoziale Komponente.

Standardisierte Beschwerdenvalidierungstests (BVT)

Word Memory Test (WMT), Test of Memory Malingering (TOMM), Beschwerdenvalidierungstest (BVT), Rey 15-Item-Test. Einsatz bei Gedächtnis-/Konzentrationsbeschwerden. Nicht zur Feststellung von Betrug, sondern zur Befundvalidierung.

Aktenkonsistenz

Abgleich der Eigenangaben mit Akteninhalt: Behandlungsfrequenz, AU-Zeiten, Nebentätigkeit, Reisen, soziale Aktivitäten. Widersprüche müssen im Gutachten dokumentiert und bewertet werden – nicht einseitig zu Ungunsten des Probanden.

Abschnitt 3

Klinische Untersuchung

Befundsicherung · Dokumentation · Konsistenzprüfung

Die Untersuchung im Gutachtenkontext – Grundsätze

Die gutachterliche Untersuchung dient der Befundsicherung – nicht der Therapieentscheidung.



Standardisiert messen: Bewegungsmaße nach Neutral-Null-Methode, Kraftmessung, Umfangmessungen. Normwerte angeben und Abweichungen explizit benennen.



Vollständig dokumentieren: Alle positiven UND negativen Befunde aufzeichnen. Ein Befund, der nicht dokumentiert ist, existiert rechtlich nicht.



Konsistenz prüfen: Stimmen Anamnese, Untersuchungsbefund und Verhalten während der Untersuchung überein? Inkonsistenzen dokumentieren, nicht werten.



Duldungspflichtige Maßnahmen: Nur Maßnahmen zulässig, die für die Begutachtung unerlässlich sind und keine erheblichen gesundheitlichen Risiken bergen. Keine invasiven Eingriffe ohne Einwilligung.



Hilfsgutachten einbeziehen: Bei Fragestellungen außerhalb der eigenen Fachkompetenz: Befunderhebung durch Fachkollegen und Einbindung ins Gutachten mit transparenter Quellenangabe.

Die Untersuchung im Gutachtenkontext – Grundsätze

Die gutachterliche Untersuchung dient der Befundsicherung – nicht der Therapieentscheidung.

Praxisbeispiel: Dokumentation Bewegungsmaße

Problematisch

»Die Halswirbelsäule ist in allen Ebenen eingeschränkt. Die Lendenwirbelsäule zeigt eine mäßige Bewegungseinschränkung.«

Korrekt

»HWS: Flexion/Extension 30–0–40° (Norm: 35–0–40°), Seitneigung 20–0–20° (Norm: 45–0–45°). LWS: FBA 15 cm (Norm < 10 cm), Schober 10/12 cm (Norm: mind. 14 cm). Lasègue bds. negativ.«

Konsistenzprüfung – Woran erkennt man inkonsistente Befunde?

Konsistente Befunde sind eine notwendige Voraussetzung für ein verwertbares Gutachten.

Bereich	Konsistent ✓	Inkonsistent ✗
Schmerzverhalten	Schmerzreaktion ist gleichmäßig über die gesamte Begutachtung verteilt (beim Ausziehen, Sitzen, Gehen)	Starkes Schmerzverhalten bei der Untersuchung, aber flüssiges Einsteigen ins Auto nach der Begutachtung
Kraft/Bewegung	Gemessene Kraft und Bewegungsausmaß stimmen mit berichteten Alltagsbeschränkungen überein	Kraftgrad 2/5 im Test, aber Proband gibt an, täglich 2 km zu gehen und Auto zu fahren
Anamnese vs. Akte	Angaben zur Krankheitsdauer, Behandlung und AU-Zeiten stimmen mit Aktenlage überein	»Ich war seit 2 Jahren durchgehend krank« – Akte zeigt 3 AU-freie Monate mit Nebentätigkeit
Untersuchungsmethoden	Gleicher Befund bei verschiedenen Untersuchungsansätzen (direkt/indirekt, aktiv/passiv)	Aktive Beugung 30°, bei Ablenkung problemlos 80° – klassisches Zeichen für Simulation

Abschnitt 4

Diagnosestellung & ICD-Klassifikation

Vollbeweis · Zusatzkennzeichen · häufige Fehler

Diagnosen im Gutachten – Anforderungen und Zusatzkennzeichen

Eine Diagnose im Gutachten ist eine Beweistatsache – sie muss Vollbeweis-Niveau erreichen oder als Verdacht kenntlich gemacht sein.

ICD-10/ICD-11 Zusatzkennzeichen – für jede Diagnose verpflichtend:

G	Gesichert	Vollbeweis erbracht – tatsächlich festgestellte Erkrankung. Gutachter ist überzeugt.	<i>F32.1 G M51.1 G</i>
V	Verdacht	Hinreichende Anhaltspunkte, aber Vollbeweis noch nicht erbracht. Weitere Diagnostik empfohlen.	<i>F33.1 V G35 V</i>
A	Ausgeschlossen	Erkrankung ist definitiv nicht vorhanden – wichtig für negative Diagnosen.	<i>F20 A (»Eine Schizophrenie liegt nicht vor«)</i>
Z	Zustand nach	Frühere Erkrankung ohne aktuelle Krankheitswert. Dokumentiert Vorgeschichte.	<i>Z96.6 Z (Z.n. Hüft-TEP rechts)</i>

Diagnosen im Gutachten – Anforderungen und Zusatzkennzeichen

Eine Diagnose im Gutachten ist eine Beweistatsache – sie muss Vollbeweis-Niveau erreichen oder als Verdacht kenntlich gemacht sein.

ICD-10/ICD-11 Zusatzkennzeichen – für jede Diagnose verpflichtend:

Praxisbeispiel: PTBS-Diagnose

Problematisch

»Die geschilderten Erscheinungen können als Symptome einer PTBS aufgefasst werden.« → Kein ICD-Code, kein Zusatzkennzeichen. Gericht kann nicht subsumieren.

Korrekt

»Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1, G) – gesicherte Diagnose auf Grundlage der Exploration, des SKID-I-Interviews und der Aktenlage.«

Häufige Diagnosefehler und wie man sie vermeidet

1	Symptom statt Diagnose	 "Schmerzen im Rücken" (Symptom)	✓ "Lumbales Wurzelreizsyndrom L5 beidseits (M54.4, G)" (Diagnose mit ICD)
2	Veraltete ICD-Codes	 "Psychosomatische Störung" oder alte DSM-III-Begriffe	✓ ICD-10-GM aktuell verwenden; ggf. ICD-11 parallel benennen (Transition)
3	Haupt-/Nebendiagnose vertauscht	 Nebenklagen dominieren die Beurteilung; Hauptleiden tritt in den Hintergrund	✓ Führende Diagnose klar als Hauptdiagnose benennen; Nebendiagnosen nummerieren
4	Diagnose ohne Begründung	 "Diagnose: Depression" – ohne Kriterien, ohne Differenzialdiagnose	✓ DSM-5/ICD-Kriterien explizit erfüllen und im Text dokumentieren
5	Schluss vom Ergebnis auf die Ursache	 "Da ein Unfall stattfand, ist die PTBS unfallbedingt."	✓ Kausalzusammenhang separat begründen – Diagnose ≠ Kausalität

Abschnitt 5

Das Gutachten schreiben

7-Punkte-Struktur · Epikrise · Leistungsbild · Sprache

Die 7-Punkte-Struktur des sozialmedizinischen Gutachtens

1

Auftrag und Aktenlage – Beweisbeschluss wörtlich zitieren. Vorliegende Unterlagen vollständig auflisten. Fehlende Unterlagen benennen.

2

Anamnese – Alle Anamnese-Bereiche nach Checkliste. Eigenangaben mit »lt. Probandenangabe« kennzeichnen. Widersprüche zur Akte explizit dokumentieren.

3

Klinische Untersuchung – Vollständiger, messbarer Befund nach Neutral-Null (Orthopädie) bzw. Psychopathologischem Befund (Psychiatrie). Normwerte vergleichen.

4

Technische Untersuchungen – MRT, CT, Labor, neuropsychologische Tests, BVT. Ergebnisse kommentieren, nicht nur auflisten. Eigene Bewertung!

5

Diagnosen – Vollständige ICD-10-Codierung mit Zusatzkennzeichen G/V/A/Z. Hauptdiagnose zuerst. Differenzialdiagnosen erwähnen.

6

Epikrise (Zusammenfassung) – Herzstück des Gutachtens. Verbindung von Befund, Diagnose und Beweisthema. Kausale Bewertung. Wissenschaftlicher Erkenntnisstand.

7

Sozialmedizinische Beurteilung – Direktes Eingehen auf jede Beweisfrage. Leistungsbild qualitativ + quantitativ. Prognose und Rehabilitationspotenzial.

Die Epikrise – Herzstück des Gutachtens

Die Epikrise verbindet alle Befunde zu einer nachvollziehbaren gutachterlichen Schlussfolgerung. Sie ist der am häufigsten bestandene Teil.



Synthese: Anamnese, Untersuchungsbefund und Aktenlage zu einer kohärenten Gesamtbewertung zusammenführen. Widersprüche erklären.



Kausalitätsbewertung: Bei kausalen Fragen: medizinischen Kausalzusammenhang begründen – unter Heranziehung des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstands und der herrschenden Meinung (BSG SozR4 – 2700 § 8 Nr. 17).



Wissenschaftlicher Kontext: Aussagen auf herrschende Meinung, Leitlinien und Erfahrungswerte stützen. Abweichungen von der herrschenden Meinung wissenschaftlich begründen.



Beweisthema beantworten: Jede Beweisfrage des Beweisbeschlusses muss in der Epikrise und der Beurteilung direkt adressiert werden. Nicht beantwortete Fragen werden als Fehler gewertet.

Die Epikrise – Herzstück des Gutachtens

Die Epikrise verbindet alle Befunde zu einer nachvollziehbaren gutachterlichen Schlussfolgerung. Sie ist der am häufigsten beanstandete Teil.



Praxisbeispiel: Epikrise – Diagnose und Kausalität



Problematisch

»Die Befunde sind vereinbar mit einer Depression. Diese hängt sicherlich mit dem Unfall zusammen, da der Proband vor dem Unfall keine psychischen Probleme hatte.«



Korrekt

»Die diagnostizierten Kriterien der mittelgradigen depressiven Episode (F32.1 G) sind durch Exploration, Fremdanamnese und SKID-I-Interview vollständig erfüllt. Der zeitliche Zusammenhang zum Unfallereignis, das Fehlen einer psychiatrischen Vorgeschichte sowie die spezifische PTBS-Symptomatik sprechen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit für einen wesentlichen kausalen Zusammenhang.«

Das sozialmedizinische Leistungsbild – qualitativ und quantitativ

Das Leistungsbild ist die direkte Antwort auf die Beweisfrage. Es muss vollständig, präzise und ICF-orientiert sein.

Quantitatives Leistungsvermögen

Zeitliche Arbeitsfähigkeit pro Tag:

≥ 6 Std./Tag → kein EM-Rentenanspruch

3–< 6 Std./Tag → teilweise EM (§ 43 Abs. 1 SGB VI)

< 3 Std./Tag → volle EM (§ 43 Abs. 2 SGB VI)

Angabe als belastbare Schätzung, ggf. mit Unsicherheitsrahmen. Nie ohne Begründung.

Qualitatives Leistungsvermögen

Tätigkeitsbezogene Einschränkungen nach ICF:

- Körperhaltung: kein langes Sitzen/Stehen/Gehen
- Schwere: kein Heben über 5 kg
- Umgebung: kein Lärm/Kälte/Nässe
- Psyche: keine Stresssituationen, kein Schichtdienst
- Kommunikation: eingeschränkter Publikumskontakt

Positive Formulierung (Was ist möglich?) bevorzugen.

Vollständige Formulierung – Beispiel (EM-Rente):

Herr M. ist nach gutachterlicher Überzeugung in der Lage, leichte körperliche Tätigkeiten in wechselnder Körperhaltung ohne Heben von Lasten über 10 kg, ohne Über-Kopf-Arbeiten, ohne Kälte-/Nässeexposition und ohne erhöhten Zeitdruck auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch 4 bis unter 6 Stunden täglich zu verrichten.

Einschränkungen: kein Schichtdienst, kein Akkordtempo, kein intensiver Kundenkontakt.

Rehabilitative Maßnahmen (stufenweise Wiedereingliederung) sind medizinisch sinnvoll und sollten vorrangig geprüft werden (§ 9 SGB VI).

Abschnitt 6

Fallbeispiele & häufige Fehler

3 kommentierte Fälle · Top-10-Fehler · Checkliste

Fall 1 – Orthopädie: LWS-Schaden (BK 2108)

Sachverhalt

Maurer, 58 J., 30 Jahre Schwerstarbeit. Beweisthema: Ob die festgestellten Bandscheibenschäden LWS als BK 2108 anzuerkennen sind. Berufliche Belastung (Heben > 20 kg, Vibration) durch Arbeitgeber-Auskunft nachgewiesen. Aktuell: LWS-Schmerzen, MRT zeigt Osteochondrose L4/L5 und L5/S1 »altersentsprechend«.

Gutachterliche Prüfschritte:

1

Vollbeweis: Bandscheibenschäden LWS objektivierbar (JA – MRT + Klinik). Aber: Schäden »altersentsprechend« – kein Überschreiten der Altersnorm!
→ BK 2108-Voraussetzung nicht erfüllt.

2

Vollbeweis beruflicher Belastung (JA – Arbeitgeberauskunft, Gefährdungsanalyse liegen vor). Exposition $\geq$ Richtwert-Kumulativedosis: separat durch Technischen Aufsichtsdienst zu prüfen.

3

Hinreichende Wahrscheinlichkeit Kausalzusammenhang (NEIN – Schäden altersentsprechend). Gutachterische Konsequenz: BK 2108 nicht anzuerkennen, da normatives Tatbestandsmerkmal nicht erfüllt.

4

Leistungsbild trotzdem vollständig: LWS-bedingte Einschränkungen beschreiben, auch wenn kein BK-Anspruch besteht – relevanter für ggf. begleitenden RV-/SchwbR-Aspekt.

Fall 2 – Psychiatrie: Depression und Erwerbsminderungsrente

Sachverhalt

Sachbearbeiterin, 47 J. Beweisthema: Ob das Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch mindestens 3 Stunden täglich besteht. Diagnosen in der Akte: »schwere depressive Episode«, »Angststörung«, »Erschöpfungssyndrom«. Psychiatrische Behandlung seit 3 Jahren. Zuletzt stationär 8 Wochen. Eigene Angabe: »Ich kann keine 10 Minuten aus dem Haus, bin ständig müde.«

Typische Herausforderungen und Lösungsansätze:



Diagnosequalität: »Erschöpfungssyndrom« ist kein ICD-Code. Differentialdiagnose prüfen: F32.2 G (schwere depressive Episode) vs. F41.2 G (Angst und Depression gemischt). SKID-I zur Diagnosesicherung einsetzen.



Leistungsbild objektivieren: Psychomotorische Verlangsamung messen (Tapping-Tests, d2-Aufmerksamkeitstest). Schlaf-EEG wenn indiziert. Medikamentenspiegel prüfen. BVT-Verfahren (TOMM) bei Beschwerdevalidierung.



Konsistenzprüfung: Eigenangaben (»nicht aus dem Haus«) mit Akte abgleichen: Gibt es regelmäßige Arzttermine, Einkaufsquittungen, Sozialhilfegespräche? Widersprüche neutral dokumentieren.



Leistungsbild formulieren: Wenn < 3 Std./Tag: volle EM klar benennen. Ausführliche qualitative Einschränkungen (kein Zeitdruck, kein Kundenkontakt, kein Schichtdienst, regelmäßige Pausen). Rehapotenzial

Fall 3 – Unfallversicherung: MdE bei Vorschaden



Sachverhalt

Elektriker, 52 J. Sturz von Gerüst, Schulterruptur rechts. Beweisthema: MdE-Feststellung. Vorschaden in Akte: vorbestehende Rotatorenmanschettendegeneration (MRT vor Unfall: »mäßige Degeneration, partielle Ruptur«). Aktuell: subtotale RM-Ruptur rechts nach OP, Kraftminderung 60 %, Bewegungseinschränkung.

MdE-Kalkulation mit Vorschaden – Prüfschritte:

1

Gesamt-Schulterfunktionsstörung heute: Bewegungseinschränkung + Kraftminderung → Gesamt-MdE (Erfahrungswerte): ca. 30 (DGU-Tabellen berücksichtigen)

2

Vorschadensniveau vor dem Unfall: Partielle Ruptur + Degeneration ohne relevante Funktionseinschränkung (keine dokumentierte AU, kein Behandlungsbedarf) → Vorschaden-MdE: ca. 0–5

3

Unfallbedingte MdE = Gesamt-MdE minus Vorschadensniveau: ca. 25–30. Aber: Stärker-Betroffenheit prüfen (§ 56 Abs. 2 Satz 3 SGB VII): Wirken Vorschaden und Unfallfolge an gleicher Struktur zusammen?

4

Ergebnis dokumentieren: »Die unfallbedingte MdE beträgt 25–30. Eine rentenberechtigende MdE von 20 liegt vor. Stärker-Betroffenheit nach § 56 Abs. 2 Satz 3 SGB VII ist mit hinreichender Wahrscheinlichkeit gegeben.«

Top 10 – Häufigste Gutachterfehler

1	Beweisthema nicht vollständig verstanden oder nicht vollständig beantwortet (§ 407a ZPO)
2	Diagnosen ohne ICD-Code oder ohne Zusatzkennzeichen G/V/A/Z – Gericht kann nicht subsumieren
3	Probandenangaben unkritisch übernommen, ohne Aktenkonsistenz zu prüfen
4	Leistungsbild nur quantitativ, ohne qualitative Einschränkungen (ICF-Ebene fehlt)
5	Kausale Schlussfolgerung ohne Begründung (»liegt auf der Hand«, »sicherlich«)
6	Abweichung von der herrschenden Meinung ohne wissenschaftliche Begründung
7	MdE-Werte addiert statt nach Gesamt-Funktionsbild bewertet
8	Schluss vom Ergebnis auf die Ursache (post-hoc-Kausalität) – beweisrechtlich unzulässig
9	Beweisthema überschritten: Gutachter trifft rechtliche Entscheidungen statt Tatsachen festzustellen
10	Widersprüchliches Gutachten: Leistungsbild 6 Stunden + pessimistische Prognose gleichzeitig

Merke: Die meisten Fehler entstehen nicht aus Unwissenheit, sondern aus Zeitmangel und schlechter Struktur. Checkliste verwenden!

Checkliste – Vor der Abgabe

Diese Punkte vor Abgabe jeden Gutachtens durchgehen:

✓	Beweisthema und alle Beweisfragen vollständig identifiziert und beantwortet?
✓	Befangenheit und fachliche Kompetenz geprüft (§ 406, § 407 ZPO)?
✓	Alle Diagnosen: ICD-10-Code + Zusatzkennzeichen (G/V/A/Z)?
✓	Anamnese: Eigenangaben als solche gekennzeichnet, Widersprüche zur Akte dokumentiert?
✓	Klinische Untersuchung: Messungen nach Neutral-Null, alle positiven und negativen Befunde?
✓	Konsistenz zwischen Anamnese, Befund und Verhalten geprüft und dokumentiert?
✓	Epikrise: Bezug auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand und Leitlinien?
✓	Leistungsbild qualitativ (ICF) UND quantitativ (Stunden) vollständig?
✓	Kausalitätsbewertung: Beweismaß korrekt (Vollbeweis vs. hinreichende Wahrscheinlichkeit)?
✓	Aussagen konsistent (kein Widerspruch zwischen Leistungsbild und Prognose)?

Vielen Dank!

Aufbau, Elemente und Prozess der Begutachtung

Kernbotschaften:

- Vorbereitung ist die Hälfte des Gutachtens: Beweisthema zuerst!
- Anamnese ≠ Therapiegespräch: neutral, vollständig, konsistenzprüfend
- Diagnosen: ICD-Code + Zusatzkennzeichen – immer
- Die Epikrise verbindet Befund, Diagnose und Beweisthema
- Leistungsbild qualitativ + quantitativ + ICF-orientiert