

Medizinische Begutachtung in der Schweiz

Vierte, überarbeitete und aktualisierte Auflage 2023



Swiss Insurance Medicine
Versicherungsmedizin Schweiz
Médecine d'assurance suisse
Medicina assicurativa svizzera

Die SIM dankt Dr. Bruno Soltermann als Verfasser des ursprünglichen Grundmanuskripts. Dieses wurde durch die SIM Juristengruppe basierend auf der Rechtsentwicklung und der Gesetzesrevisionen 2023 überarbeitet.

1	Einleitung	5
2	Rolle der:des ärztlichen Begutachtenden und die medizinische Begutachtung in der Schweiz	7
2.1	Geschichte der medizinischen Begutachtung in der Schweiz	7
2.2	Ausbildung zur:zum medizinischen Begutachtenden	10
2.3	Qualität in der medizinischen Begutachtung	12
2.4	Leitlinien zur Begutachtung in der Schweiz	15
2.5	Tonaufnahmen	16
2.6	Unabhängigkeit medizinischer Begutachtenden	19
3	Spezielle Begutachtungsfragen	21
3.1	Begutachtung zur Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit / Leistungsfähigkeit	21
3.2	Formelle Vorgaben für medizinische Gutachten	21
3.3	Materielle Vorgaben für medizinische Gutachten	24
3.3.1	Vorakten/Aktenauszug	24
3.3.2	Einbezug sämtlicher (auch nichtmedizinischer) Berichte	25
3.3.3	Anforderungen an die Diagnosestellung	25
3.3.4	Anforderungen an IV-Gutachten	26
3.3.5	Beurteilung des Leistungsvermögens	26
3.3.6	Weitere inhaltliche Anforderungen	28
4	Verschiedene Arten von Gutachten	32
4.1	Kausalitätsgutachten	32
4.1.1	Kausale und finale Versicherungen	32
4.1.1.1	Natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang	32
4.1.2	Haftpflichtgutachten	34
4.1.3	Gemeinschaftliches Gutachter-Konsilium (GGK)	35
4.1.4	Aussergerichtliches Verfahren bei Vermutung von Behandlungsfehlern	36
4.2	Krankentaggeldgutachten und Invaliditätsgutachten in der Privatversicherung	37
4.3	Forensisch-Psychiatrische Gutachten	38

1 Einleitung

5 Begutachtung bei psychischen Erkrankungen im Sozialversicherungsrecht	40
5.1 Rückblick: Überwindbarkeitspraxis	40
5.2 Die neue Indikatorenrechtsprechung	41
6 Spezifische Themen des Unfallversicherungsrechts	45
6.1 Unfallähnliche Körperschädigung (UKS)	45
6.2 Berufskrankheit (BK)	47
6.3 Integritätsschaden	48
6.4 Begutachtung bei psychischen Unfallfolgen und HWS-Distorsionen (sog. «Schleudertraumata»)	51
7 Rolle der Gerichte und der Versicherer für die Begutachtung	54
7.1 Vergabe medizinischer Gutachten in der Schweiz	54
7.2 Beweiswerthierarchie von Gutachten	55
8 Literaturverzeichnis	60

Versicherungsmedizin betrifft die Schnittstelle von Medizin und Recht. Das gegenseitige Verständnis der anderen Fachdisziplin ist eine Voraussetzung, damit in einem konkreten Fall eine lege artis Beurteilung sowohl der:des medizinischen Begutachtenden als auch der:des Rechtsanwendenden erfolgen kann. Beispielhaft dafür ist die für die Beurteilung psychischer Leiden im Sozialversicherungsrecht entwickelte Indikatorenrechtsprechung des Bundesgerichts¹. Die entsprechenden normativen Vorgaben bilden den gemeinsamen Nenner von Recht und Medizin, an welchem sich im Sozialversicherungsrecht sowohl medizinische psychiatrische Sachverständige als auch rechtsanwendende Stellen bei ihrer Einschätzung und Beurteilung des Leistungsvermögens zu orientieren haben.

Die Unklarheit über Art und Ausmass der gesundheitlichen Schädigung, über mögliche Ursachen des Gesundheitsschadens, über das Vorliegen einer Sorgfaltspflichtverletzung oder auch Abgrenzungsprobleme zwischen den Versicherungszweigen machen medizinische Begutachtungen notwendig, insbesondere im Gebiet des Sozialversicherungs- und Haftpflichtrechts.

Es geht hierbei um die Frage der Ursachen möglicher Gesundheitsschädigungen (natürliche Kausalität in der Unfallversicherung und in der Haftpflichtversicherung) und damit auch um die Frage, welcher Versicherer (Invalidenversicherer/Unfallversicherer/Haftpflichtversicherer/Taggeldversicherer) leistungspflichtig ist und welche Versicherungsleistungen aufgrund des Gesundheitsschadens und der damit verbundenen Einschränkung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit geschuldet sind.

Die Rechtsprechung verteilt die Aufgaben zwischen Medizin und Recht wie folgt: «Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen, und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d. h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen.»² Denn gemäss Rechtsprechung kann «eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit [...] immer nur

1. BGE 141 V 281.
2. BGE 140 V 193.

2 Rolle der:des ärztlichen Begutachtenden und die medizinische Begutachtung in der Schweiz

dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist.»³

Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über die medizinische Begutachtung in der Schweiz. Für vertiefte Einblicke mit ausgedehnten Erklärungen sind die beiden Publikationen von Riemer-Kafka (2017) und Hoffmann-Richter (2012) empfohlen.

2.1

Geschichte der medizinischen Begutachtung in der Schweiz

Die Geschichte der medizinischen Begutachtung in der Schweiz geht auf über hundert Jahre zurück.⁴ Im Jahre 1912 haben sich unfallmedizinisch engagierte Schweizer Ärzt:innen vereinigt und in Bern die «Gesellschaft der Schweizer Unfallärzte» gegründet, um wichtige Unfall- und Standesfragen zu diskutieren. 1928 erfolgte eine Umbenennung in «Schweizerische Gesellschaft für Unfallmedizin und Berufskrankheiten» (SGUB). Im Jahre 1992 entstand daraus die «Schweizerische Gesellschaft für Traumatologie und Versicherungsmedizin» (SGTV). Das Ziel der neuen Gesellschaft bestand darin, Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen zu vereinigen, die sich besonders mit der Traumatologie, der Rehabilitation sowie mit den in diesem Zusammenhang stehenden versicherungsmedizinischen und rechtlichen Fragen befassten.

1978 wurde in Basel die erste Medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) gegründet, welche im Auftrag der Invalidenversicherung Begutachtungen durchführte. Nach und nach wurden in der ganzen Schweiz solche MEDAS gegründet.

Die erste Untersuchung zur Qualität der Begutachtung in der Schweiz wurde vom damaligen Chefarzt des Schweizerischen Versicherungsverbandes, Dr. med. Jacques Meine, 1998 durchgeführt. In seiner Untersuchung von 262 medizinischen Gutachten aus dem Unfallversicherungsbereich der Privatversicherer stellte er fest, dass 35% einwandfrei, 36% lückenhaft und 29% schwer mangelhaft waren. Es musste also etwas für die Qualitätssteigerung gemacht werden. Noch im selben Jahr wurde erstmals der Kurs für Begutachtende im Unfallversicherungsbereich durch die Suva und den Schweizerischen Versicherungsverband (SVV) organisiert und durchgeführt. Der Kurs wurde von Versichertenvertreter:innen als zu einseitig durch die Versicherungen beeinflusst kritisiert; in der Folge übernahm die FMH (Berufsverband der Schweizerischen Ärztinnen und Ärzte) die Schirmherrschaft für die Gutachter:innenkurse. 2003 wurde dafür die Swiss Insurance Medicine (SIM) als interprofessionelle Interessengemeinschaft für Versicherungsmedizin gegründet.

Im Rahmen der 4. IV-Revision im Jahre 2004 wurden mit Art. 59 IVG (Bundesgesetz über die Invalidenversicherung) die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) geschaffen, welche seither die kantonalen IV-Stellen medizinisch beraten und hierfür Versicherte zur Untersuchung aufbieten dürfen. Vor 2004 war es den Ärzt:innen in den kantonalen Stellen der Invalidenversicherung nicht erlaubt, Versicherte zu untersuchen.

Die medizinische Begutachtung wird unter anderem stark geprägt durch die Entwicklung im Sozialversicherungsrecht, namentlich durch die IVG-Revisionen. Mit der 4. und der 5. Revision sowie mit der 6. Revision, erstes Massnahmenpaket (IVG-Revision 6a), wurde die Invalidenversicherung klar auf das Ziel Eingliederung vor Rente ausgerichtet.

Die Zielsetzungen der Wiedereingliederung und Arbeitsplatzhaltung sind auch nach der 7. IV-Revision unbestritten.⁵ Mit der Weiterentwicklung der IV durch die 7. IVG-Revision, welche am 1. Januar 2022 in Kraft getreten ist, wurden im Bereich der medizinischen Begutachtung Massnahmen zur Qualitätssicherung und für mehr Transparenz eingeführt. Mit Art. 44 Abs. 7 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) wurde auf Gesetzesebene die Grundlage für einheitliche Vorgaben an medizinische Gutachter:innen erlassen.

Für Gutachterinnen und Gutachter wurden ausserdem neu Vorgaben auf Verordnungsebene verankert: Nunmehr sieht Art. 7m der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) inhaltliche Vorgaben und Voraussetzungen für die medizinische Begutachtungstätigkeit vor.

Art. 7 m ATSV

1. Medizinische Sachverständige können Gutachten nach Artikel 44 Absatz 1 ATSG erstellen, wenn sie:
 - a. über einen Weiterbildungstitel nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstaben b und c der Medizinalberufverordnung vom 27. Juni 2007 verfügen;
 - b. im Register nach Artikel 51 Absatz 1 des Medizinalberufgesetzes vom 23. Juni 2006 eingetragen sind;
 - c. eine gültige Berufsausübungsbewilligung besitzen oder ihre Meldepflicht erfüllt haben, sofern dies nach Artikel 34 oder 35 des Medizinalberufgesetzes notwendig ist; und
 - d. über mindestens fünf Jahre klinische Erfahrung verfügen.
2. Fachärztinnen und Fachärzte der allgemeinen inneren Medizin, der Psychiatrie und Psychotherapie, der Neurologie, der Rheumatologie, der Orthopädie, der orthopädischen Chirurgie und der Traumatologie des Bewegungsapparates müssen über das Zertifikat des Vereins Versicherungsmedizin Schweiz (Swiss Insurance Medicine, SIM) verfügen. Ausgenommen sind Chefärztinnen und Chefärzte sowie leitende Ärztinnen und Ärzte in Universitätskliniken.
3. Neuropsychologische Sachverständige müssen die Anforderungen nach Artikel 50b der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) erfüllen.
4. Mit der Einwilligung der versicherten Person kann von einzelnen Anforderungen nach den Absätzen 1–3 abgesehen werden, sofern dies sachlich notwendig ist.
5. Im Rahmen der Aus-, Weiter- und Fortbildung können Gutachten von Personen erstellt werden, die noch nicht alle Anforderungen nach den Absätzen 1–3 erfüllen. Die Erstellung der Gutachten erfolgt unter der direkten und persönlichen Supervision von Fachärztinnen und Fachärzten oder Neuropsychologinnen und Neuropsychologen, die die entsprechenden Voraussetzungen nach den Absätzen 1–3 erfüllen.

⁵ Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (Weiterentwicklung der IV) vom 15. Februar 2017, 3.

Zusammengefasst lassen sich die inhaltlichen Brennpunkte der 7. IV-Revision wie folgt darstellen:

- Neu werden nach den polydisziplinären auch bidisziplinäre Gutachten nach dem Zufallsprinzip zugeteilt.
- Bei der direkten Vergabe der monodisziplinären Gutachten ist die IV-Stelle in der Pflicht, Einigkeit mit der versicherten Person über die ausgewählte sachverständige Person zu erzielen.
- Inhaltliche Vorgaben für medizinische Begutachtungstätigkeit
- Die Tonaufnahme ist im Rahmen der medizinischen Begutachtung im Sozialversicherungsrecht durchzuführen, ausser die versicherte Person verzichtet vorgängig auf die Tonaufnahme.⁶
- Neu wurde eine unabhängige Eidgenössische Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung eingesetzt.

2.2 Ausbildung zur/zum medizinischen Begutachtenden

Nach der Gründung der Swiss Insurance Medicine (SIM) im Jahre 2003 hat sie unter der Schirmherrschaft der FMH die Module für Begutachtende ausgebaut mit dem Fokus, die Qualität in der Begutachtung zu verbessern unter Wahrung der Neutralität und Ausschluss eines Sponsorings. Um die Neutralität zu gewährleisten, wurde die gesamte SIM-Ausbildung für Begutachter:innen in einer Arbeitsgruppe unter der Mitwirkung von medizinischen Fachgesellschaftsvertretern erarbeitet. Die Referentinnen und Referenten stammen insbesondere aus juristischen und medizinischen Fakultäten der Universitäten, aus freien Arzt- und Anwaltspraxen, aus Begutachtungsinstitutionen und Sozial- und Privatversicherern. Für die Inhalte der Module, die kontinuierliche Fortbildung, die Vergabe von Credits und die Durchführung der Prüfung ist die Weiter- und Fortbildungskommission der SIM (WBK) zuständig. Die modular aufgebaute Ausbildung für Begutachtung, die mit einem Zertifikat abschliesst, gliedert sich in 5 Module zu je zwei Tagen.

6. Art. 7 k ATSV Tonaufnahme des Interviews.

Die ersten 4 Module sind in sich abgeschlossen. Der Kurs beginnt mit einem **Basismodul**, das sich vorwiegend auf die rechtlichen und versicherungstechnischen Aspekte der Erstellung von Gutachten bezieht. Der Besuch dieses Basismoduls ist z. B. Bedingung für die Erlangung des fachärztlichen Titels Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates.

Das zweite Modul befasst sich vor allem mit der Begutachtung der Problematik zwischen Psyche und Soma. Die Module 3 und 4 sind fachspezifisch und werden in enger Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachgesellschaften durchgeführt. In Modul 5 werden die in den bisherigen Modulen erworbenen Kenntnisse mit praktischen Beispielen vertieft und interaktiv umgesetzt. In diesem Modul werden verschiedene Sequenzen bei der Begutachtung von verschiedenen Krankheiten und Unfallfolgen in dafür speziell angefertigten Filmen vorgestellt und dann mittels Audience Responce System (ARS) diskutiert.

Siehe für detailliertere Informationen zu den einzelnen Modulen:
<https://www.swiss-insurance-medicine.ch/de/bildung/kurse/ausbildung-fuer-begutachtung>

Zur Erlangung des Zertifikates musste bis im Jahre 2013 ein selbst erstelltes Gutachten zur Beurteilung durch eine:n Fachkolleg:in und eine:n Jurist:in bei der SIM eingegeben werden. Seit 2014 wird eine Multiple Choice-Prüfung durchgeführt, welche nebst der Teilnahme an sämtlichen fünf Modulen zur Erlangung der Bezeichnung «zertifizierte:r medizinische:r Gutachter:in SIM» bestanden werden muss. Die Prüfung umfasst allgemeine versicherungsmedizinische Grundlagen wie auch Fragen aus dem für die:den jeweilige:n Absolvent:in spezifischen Fachgebiet und wird zusammen mit dem universitären Institut für medizinische Lehre im Bern (IML) durchgeführt. Für die Rezertifizierung ist analog zu den fachärztlichen und Fähigkeitsausweis-Titeln die kontinuierliche Fortbildung nachzuweisen mit entsprechenden Fortbildungs-Credits.

Seit dem Inkrafttreten von Art. 7m Abs. 2 ATSV per 1.1.2022 müssen Fachärztinnen und Fachärzte der allgemeinen inneren Medizin, der Psychiatrie und Psychotherapie, der Neurologie, der Rheumatologie, der Orthopädie, der orthopädischen Chirurgie und der Traumatologie des Bewegungsapparates über das Zertifikat der SIM (Swiss Insurance Medicine) verfügen. Ausgenommen sind Chefärztinnen und Chefärzte sowie leitende Ärztinnen und Ärzte in Universitätskliniken. Die gesetzgebende Instanz hat hierzu eine Übergangsfrist von 5 Jahren vorgesehen.

Zu den Kursen sind auch die Neuropsycholog:innen und die Chiropraktor:innen zugelassen, sodass neben dem Zertifikat für medizinische Begutachtung auch Zertifikate für neuropsychologische resp. für chiropraktische Begutachtung erlangt werden können.

Die zertifizierten SIM Gutachterinnen und Gutachter sind mit ihrer ausdrücklichen Zustimmung zur Publikation auf der Webseite der SIM einsehbar (www.swiss-insurance-medicine.ch).

Alle fünf Jahre müssen sich die Gutachterinnen und Gutachter rezertifizieren lassen. Dies bedingt den Nachweis einer kontinuierlichen Fortbildung an versicherungsmedizinischen Veranstaltungen, welche von der SIM anerkannt werden.⁷

2.3 Qualität in der medizinischen Begutachtung

Wie bereits geschildert, hat die Qualitätssicherung der medizinischen Begutachtung in der Schweiz erst im Jahre 1998 durch die Publikation von Meine begonnen, in welcher aufgezeigt wurde, dass nur rund 1/3 der Gutachten im Unfallversicherungsbereich brauchbar waren.

Die Suva hat im Jahre 2006 (Ludwig) eine weitere Qualitätsstudie publiziert. Hierbei zeigte sich, dass die Primärnutzenden, also insbesondere die Sachbearbeitenden und Jurist:innen der Suva als Auftraggebende, zu 89% mit der

Qualität zufrieden waren, wobei es um die Bewertung der Einhaltung der Ablieferungsfrist, der vollständigen Beantwortung der gestellten Fragen und um die angemessene und begründete Stellungnahme ging. Die Sekundärnutzenden, also Anwält:innen, Richter:innen, Obergutachter:innen oder Versicherungsmediziner:innen, waren jedoch nur gerade zu 51% mit den Gutachten zufrieden bzw. nur in diesem Umfang genügten die Expertisen den vom Bundesgericht im Bundesgerichtsentscheid BGE 125 V 351 festgelegten Grundsätzen zum Beweiswert. Als Folgerung daraus ergab sich, dass die Zufriedenheit der Auftraggebenden nicht unbedingt mit dem Nutzwert eines Gutachtens korreliert und Qualitätssicherung ohne versicherungsmedizinischen Sachverstand nicht gelingen kann.

Im Jahre 2009 wurde die gross angelegte gesamtschweizerische Studie zur Einschätzung der Marktsituation und zur Schaffung von Markttransparenz und Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung (MGS) der Schweiz durchgeführt und 2011 veröffentlicht (Auerbach). Die Studie wurde von der SIM angeregt und insbesondere durch den Schweizerischen Versicherungsverband, die Suva, die IV-Stellen-Konferenz und das Bundesamt für Sozialversicherungen getragen, welche die Studiendaten zu den Gutachten lieferten. Durchgeführt wurde die Studie vom Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) und der Academy of Swiss Insurance Medicine (asim) in Basel.

Während der dreimonatigen Frist zur Eingabe der Gutachten konnten 3'165 Gutachten der Invaliden-, Unfall-, Krankentaggeld- und Haftpflichtversicherungen aus allen drei Sprachregionen ausgewertet werden. Die weitaus häufigsten Gutachten stammten aus den Fachbereichen Psychiatrie und Rheumatologie. Die Untersuchungen zeigten, dass Auftraggebende zu 80% mit der Gutachtenqualität zufrieden waren. Die Qualitätsbeurteilung durch medizinische Expert:innen ergab in 29% eine sehr gute Bewertung, 48% waren gut bis genügend und 23% waren ungenügend wegen oberflächlicher und unvollständiger Befunderhebungen sowie mangelhafter versicherungsmedizinischer Diskussion und Begründung der Schlussfolgerungen.

⁷ <https://www.swiss-insurance-medicine.ch/de/zertifizierte-fachpersonen/rezertifizierung> (letzter Zugriff am 14.10.23).

Im Suva Medical 2012 (Ludwig, Schaumann) wurde berichtet, dass sich die Qualität der eingekauften Expertisen seit der Einführung des Suva-internen Gutachten-Clearings jährlich verbessert habe. Dies dank einer klaren und transparenten internen Gutachtenevaluation. Aus Sicht der Reviewenden überzeugten 86% der Gutachten mit einer Argumentation, welche die Beweiswertkriterien der Sozialversicherungsgerichte erfüllten. Diese Zahlen haben sich in den folgenden Jahren bestätigt.

Immerhin kann man sagen, dass innerhalb der beobachteten zwanzig Jahre der Prozentsatz der brauchbaren und auch überzeugenden Gutachten von 35% (Meine 1998) über 51% (Suva 2006) auf 77% (Auerbach 2011) und weiter auf 86% (Ludwig, Schaumann 2012) gesteigert und gehalten werden konnte. Was genau zu dieser Qualitätssteigerung geführt hat, ist unklar. Es ist aber anzunehmen, dass diese Qualitätssteigerung zum einen mit den Weiterbildungskursen der SIM zur Begutachtung zu tun hat, zum andern mit den von verschiedenen Fachgesellschaften erarbeiteten Leitlinien zur Begutachtung (vgl. auch Abschnitt 2.4) wie auch dem Umstand, dass die Gutachten mehr und mehr evaluiert werden und die Gutachterinnen und Gutachter, welche den Anforderungen nicht genügen, keine Aufträge mehr erhalten.

Im Jahre 2017 hat das Generalsekretariat des Eidgenössischen Departements des Innern eine Studie zur ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung der medizinischen Gutachterinnen und Gutachter bei der Firma Interface Luzern (Laubereau et al.) und dem Forensisch-Psychiatrischen Dienst (FPD) der Universität Bern in Auftrag gegeben. Grund hierfür war, dass die Qualität der Gutachten wie auch die Unabhängigkeit der medizinischen Gutachter:innen von der Öffentlichkeit und den Medien immer wieder in Zweifel gezogen wurden.

Die Studienautor:innen haben sechs Empfehlungen zur verbesserten Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gutachterinnen und Gutachter abgegeben und damit zur weiteren Steigerung der Gutachtensqualität angeregt. Die SIM hat anlässlich ihrer Fortbildungstagung im November 2018 die Empfehlungen diskutiert (Soltermann, Ebner)⁸ und setzt sie um, soweit diese in ihren Wirkungskreis fallen.

8. Bruno Soltermann/Gerhard Ebner, Ausbildung der medizinischen Gutachter und Qualität der Gutachten, SAEZ 17.10.2018.

In den letzten Jahren hat eine Gruppe um Regina Kunz (Evidence-based Insurance Medicine EbIM am Universitätsspital Basel) eine Serie an Studien zur funktionsorientierten Begutachtung und ihre Auswirkung auf die Qualität der gutachterlichen Entscheidung (RELY1/2/3-Studien) durchgeführt, mit dem Ziel, grundsätzliche Erkenntnisse zur Weiterentwicklung der Begutachtungsqualität zu liefern. Nebst dem Protokollokument (2016) wurde anfangs 2017 ein vielbeachteter systematischer Review publiziert, welcher aufzeigt, dass die Reliabilität der Begutachtung im Allgemeinen gering ist, allerdings eine hoch signifikante Assoziation zwischen einer mehr standardisierten Herangehensweise an die Begutachtung und dem Ausmass der Übereinstimmung zwischen den Begutachtenden besteht.⁹

2.4

Leitlinien zur Begutachtung in der Schweiz

In der Schweiz gibt es schon seit mehreren Jahren Leitlinien für die medizinische Begutachtung und zwar für die Fachrichtungen der Psychiatrie (2004, 2012 und 2016), Rheumatologie (2007 und 2016), Neuropsychologie (2011, 2016), Orthopädie (2017) und Neurologie (2020). Ausserdem wurden fachgesellschaftsübergreifende Begutachtungsleitlinien Versicherungsmedizin (2020) und Leitlinien für polydisziplinäre Gutachten (2020) erarbeitet. Im Gegensatz zu Richtlinien sind medizinische Leitlinien für Ärzt:innen rechtlich nicht verbindlich und haben weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung. Medizinische Leitlinien zielen auf die Qualitätssicherung des inhaltlichen Prozesses zur Entscheidungsfindung ab. Rechtlich gesehen bilden medizinische Leitlinien den aktuellen medizinischen Grundkonsens ab.

In den aktuellen Leitlinien ist der Bundesgerichtsentscheid BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 berücksichtigt worden, in welchem ein strukturiertes Beweisverfahren anhand vorgegebener Indikatoren verlangt wird. Der Bundesgerichtsentscheid BGE 143 V 418 vom 30.11.2017 weitete die Rechtsprechung auf alle psychischen Störungen aus, wobei die entsprechende, daraus abgeleitete gutachterliche Vorgehensweise mit den aktuellen Leitlinien kompatibel ist.

9. <https://www.unibas.ch/de/Aktuell/News/Uni-Research/Arbeitsfaehigkeit-Training-verkleinert-Unterschiede-bei-Gutachten-.html> (letzter Zugriff am 14.10.23); R. Kunz et al.: The reproducibility of psychiatric evaluations of work disability: Two reliability and agreement studies. BMC Psychiatry (2019). DOI: 10.1186/s12888-019-2171-y.

Nachfolgend die aktuell gültigen Leitlinien¹⁰:

- Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten 2016
- Leitlinien zur Konsensbeurteilung bei bi- und polydisziplinären Begutachtungen in der Versicherungsmedizin 2020
- Allgemeine Begutachtungsleitlinien Versicherungsmedizin 2020
- Leitlinien für die rheumatologische Begutachtung 2016
- Leitlinien für die orthopädische Begutachtung 2017
- Begutachtungsleitlinie Versicherungsmedizin fachspezifischer Teil Neurologie (2020)
- Leitlinien für die neuropsychologische Begutachtung 2011
- Kriterien zur Bestimmung des Schweregrades einer neuropsychologischen Störung sowie Zuordnungen zur Funktions- und Arbeitsfähigkeit 2016

2.5 Tonaufnahmen

Die am 1. Januar 2022 in Kraft getretene 7. IVG-Revision zeigt auch inhaltliche Auswirkungen auf die Begutachtungstätigkeit im Sozialversicherungsrecht. Die insbesondere in der Verordnung zum ATSG (ATSV) enthaltenen inhaltlichen Vorgaben gelten nur für das Sozialversicherungsrecht, nicht aber für Gutachten, welche im Privatrecht und in der Beruflichen Vorsorge erstellt werden. Namentlich die Tonaufnahmen müssen nur in der Begutachtung im Sozialversicherungsrecht umgesetzt werden.

Gemäss Art. 44 Abs. 6 ATSG sind die «Interviews» zwischen der versicherten Person und den Sachverständigen in einer Tonaufnahme festzuhalten und in den Akten des Versicherungsträgers aufzubewahren. Art. 7k Abs. 1 ATSV hält fest, dass das «Interview» respektive die Tonaufnahme das gesamte Untersuchungsgespräch zu umfassen hat. Dies beinhaltet die Anamneseerhebung und die Beschwerdeschilderung durch die versicherte Person, nicht jedoch den testpsychologischen Begutachtungsteil bei psychiatrischen, neurologischen und neuropsychologischen Untersuchungen.

Die versicherte Person wird vom Versicherungsträger über die Tonaufnahme informiert. Sie kann vor der Begutachtung oder bis zehn Tage nach dem Interview den Verzicht auf eine Tonaufnahme respektive deren Vernichtung verlangen. Dieser Verzicht kann vor dem Interview durch die versicherte Person widerrufen werden. Die Gutachterinnen und Gutachter werden hierüber vom Versicherungsträger informiert. Die Tonaufnahmen dürfen nur während hängigen Verfahren von der versicherten Person, dem Versicherungsträger oder der Entscheidungsinstanz abgehört werden (Art. 7l ATSV). Darüber hinaus kann die erwähnte Kommission für Qualitätssicherung in bestimmten Fällen die Tonaufnahmen konsultieren. Nach dem rechtskräftigen Abschluss des Verfahrens, für welches das Gutachten in Auftrag gegeben wurde, kann die Tonaufnahme mit dem Einverständnis der versicherten Person vernichtet werden.

Art. 7k ATSV Tonaufnahme des Interviews

1. Das Interview nach Artikel 44 Absatz 6 ATSG umfasst das gesamte Untersuchungsgespräch. Dieses besteht aus der Anamneseerhebung und der Beschwerdeschilderung durch die versicherte Person.
2. Der Versicherungsträger hat die versicherte Person mit der Ankündigung der Begutachtung über die Tonaufnahme nach Artikel 44 Absatz 6 ATSG, deren Zweck und die Möglichkeit eines Verzichts auf eine Tonaufnahme zu informieren.
3. Die versicherte Person kann mittels einer schriftlichen Erklärung gegenüber dem Durchführungsorgan: a. vor der Begutachtung erklären, dass sie auf die Tonaufnahme verzichtet; b. bis 10 Tage nach dem Interview die Vernichtung der Tonaufnahme beantragen.
4. Vor dem Interview kann die versicherte Person gegenüber dem Durchführungsorgan den Verzicht nach Absatz 3 Buchstabe a widerrufen.
5. Die Tonaufnahme ist von der oder dem Sachverständigen nach einfachen technischen Vorgaben zu erstellen. Die Versicherungsträger sorgen dafür, dass die technischen Vorgaben in den Aufträgen für ein Gutachten einheitlich sind. Die oder der Sachverständige hat sicherzustellen, dass die Aufnahme des Interviews technisch korrekt erfolgt.

¹⁰. <https://www.swiss-insurance-medicine.ch/de/fachwissen-und-tools/medizinische-gutachten/leitlinien-medizinische-begutachtung>.

6. Der Beginn und das Ende des Interviews sind sowohl von der versicherten Person als auch von der oder dem Sachverständigen mündlich unter Angabe der jeweiligen Uhrzeit am Anfang und am Ende der Tonaufnahme zu bestätigen. In gleicher Weise sind Unterbrechungen der Tonaufnahme zu bestätigen.
7. Die Sachverständigen und die Gutachterstellen übermitteln dem Versicherungsträger die Tonaufnahmen in gesicherter elektronischer Form zusammen mit dem Gutachten.
8. Bestreitet die versicherte Person die Überprüfbarkeit des Gutachtens, nachdem sie die Tonaufnahme abgehört und technische Mängel festgestellt hat, so versuchen das Durchführungsorgan und die versicherte Person, sich über das weitere Vorgehen zu einigen.

Art. 71 ATSV Verwendung und Vernichtung der Tonaufnahme des Interviews

1. Die Tonaufnahme darf nur im Verwaltungsverfahren, im Einspracheverfahren (Art. 52 ATSG), während der Revision und der Wiedererwägung (Art. 53 ATSG), im Rechtspflegeverfahren (Art. 56 und 62 ATSG) sowie im Vorbescheidverfahren nach Artikel 57a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung von der versicherten Person, den Auftrag gebenden Versicherungsträgern und den Entscheidbehörden abgehört werden.
2. Die Eidgenössische Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung kann im Rahmen ihrer Aufgaben nach Artikel 7p Absätze 4 und 5 die Tonaufnahme abhören.
3. Sobald das Verfahren, für das das Gutachten in Auftrag gegeben worden ist, abgeschlossen und die darauf basierende Verfügung rechtskräftig geworden ist, darf der Versicherungsträger im Einverständnis mit der versicherten Person die Tonaufnahme vernichten.

Weitere Informationen:

- Schweizerische Ärztezeitung – Was neu für sozialversicherungsrechtliche Gutachten gilt¹¹
- Schweizerische Ärztezeitung – Worauf es bei Tonaufnahmen ankommt¹²
- FAQs zu Tonaufnahmen in der medizinischen Begutachtung¹³

2.6 Unabhängigkeit medizinischer Begutachtenden

Hohe Anforderungen werden seitens der bundesgerichtlichen Rechtsprechung an die Unparteilichkeit und Unbefangenheit von medizinischen Gutachterinnen und Gutachtern gestellt. Der Sachverhalt muss objektiv dargestellt und unparteiisch beurteilt werden.¹⁴ Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den medizinischen Gutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Begutachtenden ein strenger Massstab anzulegen.¹⁵ Für medizinische Sachverständige gelten grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe wie für Richterinnen und Richter.

In BGE 132 V 93 E. 7.1 führt das Bundesgericht aus: «... ist Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist. Es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen.»

11. <https://saez.swisshealthweb.ch/de/article/doi/saez.2021.20428>

13. <https://saez.swisshealthweb.ch/de/article/doi/saez.2022.20908>

13. https://www.swiss-insurance-medicine.ch/storage/app/media/Downloads/Dokumente/FAQs-Tonaufnahmen_aktuelle_Meldungen/SIM_FAQs_Tonaufnahmen.pdf

14. Christian A. Ludwig, Anforderungen an Gutachten – Anforderungen an Gutachter, Schweizerische Ärztezeitung 2006; 87: 23, 1035.

15. BGE 125 V 351 E. 3b ee.

3 Spezielle Begutachtungsfragen

Konkretisierungen in der Rechtsprechung:¹⁶

- Die Tatsache, dass eine Sachverständige bzw. ein Sachverständiger sich schon einmal mit einer Person befasst hat, schliesst deren oder dessen späteren Beizug als Gutachter:in nicht zum vornherein aus.
- Allein aus dem Umstand, dass ein:e Erstgutachter:in früher selbst Mitarbeiter:in der zweitbegutachtenden Abklärungsstelle war, lässt nicht auf eine spätere Befangenheit der Expert:innen der Abklärungsstelle schliessen.
- Es gehört zur Aufgabe der:des Begutachtenden, beobachtetes Verhalten zu beschreiben, weshalb allein daraus nicht der Anschein der Befangenheit abgeleitet werden kann. So ist der Hinweis der sachverständigen Person, die versicherte Person habe Einschränkungen und Beschwerden während der Untersuchung demonstrativ dargeboten, für sich allein nicht geeignet, ein Misstrauen an ihrer Unparteilichkeit und Unvoreingenommenheit zu wecken (dazu auch BGer 9C_699/2019 vom 17. Februar 2020 E. 3.2).
- Als Hinweis auf Befangenheit zu werten ist, wenn ein Gutachten nicht neutral und sachlich gehalten ist (BGer 8C_35/2014 vom 16. Juni 2014 E. 2.3).
- Das Verhalten einer sachverständigen Person gegenüber einer Partei kann den Anschein der Befangenheit begründen, wenn daraus nach objektiver Betrachtung inhaltlich oder durch die Art der Kommunikation auf besondere Sympathien oder Antipathien oder auf eine Ungleichbehandlung der Prozessbeteiligten geschlossen werden kann. Insofern begründen namentlich einseitige Kontakte eines:einer gerichtlichen Expert:in zu einer Partei oder deren Vertreter:innen den Befangenheitsanschein (BGer 8C_491/2020 vom 27. November 2020 E. 7.3).
- Auf Befangenheit schliessen lassen z.B. abwertende Werturteile über kulturellen Hintergrund oder Termini wie der:die «äusserst rentenbegehrliche Versicherte».
- Befangenheit ist gegeben, wenn die sachverständige Person in der Sache ein persönliches Interesse hat, sie oder er mit einer Partei in gerader Linie oder in der Seitenlinie bis zum dritten Grade verwandt oder verschwägert oder durch Ehe, Verlobung oder Kindesannahme verbunden ist.

16. BGer 9C_579/2013 vom 03.12.2013 E. 4.

3.1

Begutachtung zur Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit / Leistungsfähigkeit

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gehört zu den Kernaufgaben der gutachterlichen Tätigkeit. Dabei soll nicht pauschal von der Diagnose auf die Arbeitsfähigkeit geschlossen werden. Vielmehr ist detailliert zu beschreiben, aus welchen medizinischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen.¹⁷ Dabei sollen zu Kontroll- und Plausibilisierungszwecken auch die sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der versicherten Person miteinbezogen werden. Es ist eine Aussage vorzunehmen zur Frage, ob gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen bestehen.¹⁸

Die häufigsten Gutachtaufträge betreffen die IV. Gutachten für die Invalidenversicherung haben zwingend den vom BSV vorgegebenen formellen Vorgaben zu entsprechen.¹⁹

3.2

Formelle Vorgaben für medizinische Gutachten

Die formellen Vorgaben für Gutachten in der IV sind im Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) publiziert:

- Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung, in Kraft ab 1. Januar 2022²⁰
- Gliederung des Gutachtens IV
- Gliederung Konsensbeurteilung für bi- und polydisziplinäre Gutachten IV

Die vorgegebene Gliederung des Gutachtens im Anwendungsbereich des ATSG (Sozialversicherungsrecht) ist zu beachten. Es empfiehlt sich, auch bei Begutachtungen in anderen Rechtsbereichen diesem Raster zu folgen, da hierdurch sämtliche relevanten Aspekte strukturiert abgearbeitet werden, was wiederum zur Vollständigkeit und Schlüssigkeit eines Gutachtens beiträgt.

17. BGE 145 V 361 E. 4.3.

18. BGE 141 V 281.

19. Beachte, die Gliederung bezieht sich auf Gutachten der Invalidenversicherung. Allerdings kann die Gliederung auch im Bereich der Unfallversicherung herangezogen werden mit Ergänzung sachspezifischer weiterer zu behandelnder Themenkomplexe (bspw. Kausalität, Status quo ante etc).

20. <https://sozialversicherungen.admin.ch/de/d/6440/download>

Siehe: KSVI Vorlage Invalidenversicherung / Vorlage UVG-Gutachten²¹

Im Bereich der Sozialversicherungen (eine Regelung im Privatversicherungsrecht fehlt bis dato) sind Explorationen zwingend auf Tonband aufzunehmen, sofern die versicherte Person nicht ausdrücklich gegenüber dem Sozialversicherungsträger darauf verzichtet (Art. 44 Abs. 6 ATSG). Die gesetzgebende Instanz verlangt lediglich die Aufzeichnung des «Interviews» (vorangehende Ziff. 2.5). Zu beachten ist, dass eine Verzichtserklärung nicht gegenüber der oder dem medizinischen Sachverständigen abgegeben werden kann.

Gemäss Infoschreiben der SwissMED@P vom 4.11.2021:

- Die Tonaufnahmen umfassen die Anamneseerhebung und die Beschwerdeschilderung durch die versicherte Person. Sofern die Unterstützung durch eine Dolmetscherin oder einen Dolmetscher notwendig ist, sind auch deren Übersetzungen aufzuzeichnen. Die Übersetzenden sind sinngemäss bei Auftragsvergabe über die Tonaufnahme zu informieren.
- Um sicherzustellen, dass das gesamte Interview korrekt und in seiner vollen Länge aufgenommen worden ist, sind der Beginn und das Ende des Interviews sowohl von der versicherten Person als auch von der oder dem Sachverständigen mündlich unter Angabe der jeweiligen Uhrzeit am Anfang und am Ende der Tonaufnahme zu bestätigen. In gleicher Weise sind Unterbrechungen der Tonaufnahme zu bestätigen.

Die fachlichen Anforderungen für Gutachter:innen sind wie dargelegt einheitlich geregelt in Art. 7m ATSV.²²

Bei polydisziplinären Gutachten legt grundsätzlich die Gutachterstelle die medizinischen Fachdisziplinen fest (Art. 44 Abs. 5 ATSG). Nicht so bei mono- und bidisziplinären Begutachtungen. Dort bestimmt der Versicherungsträger die Fachdisziplinen.

Nach Bekanntgabe des Sachverständigen an die versicherte Person ist grundsätzlich eine Delegation an einen anderen Sachverständigen innerhalb der

21. <https://www.swiss-insurance-medicine.ch/de/fachwissen-und-tools/medizinische-gutachten/empfehlung-fuer-eine-gutachtensstruktur-fuer-die-unfallversicherung>

22. <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2002/569/de> (letzter Zugriff am 14.10.2023)

Gutachterstelle nicht zulässig. In einer solchen Konstellation muss vorgängig der Name der oder des neuen Sachverständigen an die versicherte Person bekannt gegeben werden, damit diese hierzu allfällig nochmals im Rahmen des rechtlichen Gehörs Stellung nehmen kann.

Das Gutachten ist von der jeweiligen sachverständigen Person zu unterzeichnen, ebenso die Konsensbeurteilung (interdisziplinäre Beurteilung).

Sprachliche Verständigung: Grundsätzlich weist die IV-Stelle bei Bekanntgabe der Gutachterstelle und Gutachter:innen daraufhin, dass die versicherte Person sich bei der IV zu melden hat, sofern eine Übersetzungshilfe erforderlich ist. In der Praxis wird dies von den Versicherten regelmässig versäumt. Daher empfiehlt es sich, das Terminaufgebot nochmals mit entsprechendem Hinweis zu versehen. Im Übrigen gilt, dass den Entscheid, ob eine medizinische Abklärung in der Muttersprache der versicherten Person oder unter Beizug einer dolmetschenden Fachkraft im Einzelfall geboten ist, grundsätzlich die sachverständige Person im Rahmen ihrer sorgfältigen Auftragserfüllung zu fällen hat.²³

Empfehlung: Sollte sich erst nach dem Aufgebot herausstellen, dass die versicherte Person einer Übersetzungshilfe bedarf, ist zunächst Rücksprache mit dem Sozialversicherungsträger bzw. Versicherungsträger zu nehmen mit Blick auf eine Kostengutsprache für den Beizug einer professionellen Übersetzungskraft.

Zum korrekten Einsatz einer allfälligen dolmetschenden Fachkraft: Angehörige oder Bekannte der explorierten Person dürfen damit nicht beauftragt werden. Zu Beginn der Exploration wird die dolmetschende Fachkraft vorgestellt, eine allfällige Befangenheit einer dolmetschenden Fachkraft geklärt und die Regeln der Zusammenarbeit (Schweigepflicht, vollständige Übersetzung usw.) erläutert. Die dolmetschenden Fachkraft selbst wird instruiert, dass sie oder er eine – möglichst – wörtliche und vollständige Übersetzung zu machen hat und auf Klärungsbedarf hinweist. Sie oder er sollte sich äussern zu sprachlichen Besonderheiten wie Wortschatz, Dialekten, offensichtlichen Denkstörungen, Benennung (und Klärung) allfälliger Unsicherheiten, kulturelle Besonderheiten, die bei wörtlicher Übersetzung zu Missverständnissen führen können usw.

23. Kreisschreiben des BSV über das Verfahren in der Invalidenversicherung (Stand 1.1.2023, Rz. 3151).

Bezüglich **Dauer** der Exploration gibt es grundsätzlich keine Vorgaben. Gemäss Bundesgericht kommt es für den Aussagegehalt eines Gutachtens nicht in erster Linie auf die Dauer der Untersuchung an. Massgeblich ist, ob das Gutachten inhaltlich vollständig und schlüssig ist.

3.3 Materielle Vorgaben für medizinische Gutachten

3.3.1 Vorakten/Aktenauszug

Es ist ein **Aktenauszug** zu verfassen. Die medizinisch relevanten Akten sind in chronologischer Reihenfolge zu zitieren: Angaben über Autor:in, Datum des Berichts, evtl. Auftraggeber:in bzw. Adressat:in, relevante Diagnosen und Befunde. Alle in einer späteren Begründung verwendeten Inhalte ebenso. Eine blosser Auflistung der Vorakten ohne inhaltliche Zusammenfassung genügt nicht (siehe: allgemeine Begutachtungsleitlinien Versicherungsmedizin)²⁴.

Bewertungen des Akteninhalts sind beim Aktenauszug grundsätzlich zu unterlassen. Solche gehören üblicherweise in das Kapitel «Zusammenfassende Beurteilung im versicherungsmedizinischen Kontext». Kurze wichtige Hinweise können dennoch ausnahmsweise – entsprechend gekennzeichnet – vorgenommen werden (z.B. von mit: «Anmerkung der Gutachterin, des Gutachters:... »). Dies drängt sich bspw. auf bei offenkundigen Widersprüchen beim jeweiligen aufgeführten Bericht.

Es wird grundsätzlich nicht verlangt, dass sämtliche medizinischen Vorakten im Einzelnen gewürdigt werden, etwa ist nicht erforderlich, dass summarische Berichte von Hausärzt:innen eingehend diskutiert werden. Allerdings ist es wichtig, dass diese beim Aktenverzeichnis aufgeführt sind. Dann gehen die Gerichte grundsätzlich davon aus, dass Berichte von Gutachter:innen berücksichtigt wurden. **Aber:** Weichen Berichte von behandelnden Ärzt:innen diametral von der gutachterlichen Einschätzung ab (bspw. bezüglich Diagnostik, Arbeitsfähigkeit), so ist dies im Gutachten ausführlich zu diskutieren mit nachvollziehbarer und schlüssiger Begründung.

3.3.2 Einbezug sämtlicher (auch nichtmedizinischer) Berichte

Ebenfalls zu berücksichtigen und diskutieren sind Berichte bezüglich durchgeführten **Eingliederungsmassnahmen** (Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit, Aufbautraining etc.). Nach der Rechtsprechung obliegt die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache den ärztlichen Fachkräften. Steht eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit aber in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu einer Leistung, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz der versicherten Person effektiv realisiert und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, vermag dies ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen und die Einholung einer klärenden medizinischen Stellungnahme wird grundsätzlich unabdingbar (BGer 8C_217/2023 vom 1. September 2023 E. 4.1.1).

Zu würdigen sind demnach **sämtliche medizinische Berichte** (auch RAD-Stellungnahmen sind medizinische Berichte) und **anderweitige relevante Berichte** (bspw. auch Observationsberichte). Massgebend bezüglich Vollständigkeit der Akten ist primär das vom Sozialversicherungsträger übermittelte Aktendossier. Die Gutachterstelle ist befugt – sofern Anhaltspunkte auf eine unvollständige Aktenlage bestehen – bei Dritten zusätzlich Informationen einzuholen. Dies gilt aber nur im Bereich des Sozialversicherungsrechts, sofern eine entsprechende gültige und unwiderrufene Vollmacht vorliegt. (Empfehlung: zunächst mit Sozialversicherungsträger Rücksprache halten, sofern dieser Auftraggeber:in ist). Im Privatversicherungsrecht ist hierfür eine explizite Einwilligung erforderlich.

3.3.3 Anforderungen an die Diagnosestellung

Es muss eine kriteriengestützte Herleitung und nachvollziehbare Begründung der **Diagnosen** nach anerkanntem Klassifikationssystem sowie eine detaillierte, medizinisch nachvollziehbar begründete Beschreibung bzw. Beurteilung der funktionellen Auswirkungen der Gesundheitsstörungen (gegebenenfalls

²⁴. <https://www.swiss-insurance-medicine.ch/storage/app/media/Downloads/Dokumente/Fachwissen/Gutachten/leitlinien-allgemeiner-teil-stand-szs-fur-homepages-04122020.pdf>

ICF, EFL, inkl. kritischer Diskussion) erfolgen. Allfällige Beurteilungsinstrumente sind dem Gutachten beizulegen. «Verdachtsdiagnosen» können per se nicht zur Begründung einer Minderung der Arbeitsfähigkeit herangezogen werden, da sie eine überwiegende Wahrscheinlichkeit nicht zu begründen vermögen. Bestehen Hinweise auf eine fachfremde Diagnose mit Relevanz auf die entsprechend gutachtlichen Fragestellungen, ist mit der Auftraggeberin oder dem Auftraggeber das weitere Vorgehen zu besprechen.

3.3.4 Anforderungen an IV-Gutachten

Für **IV-Gutachten** bestehen auf der Basis von Bundesgerichtsentscheiden (insbesondere BGE 141 V 281 mit der Einführung des indikatoreorientierten Abklärungsverfahrens) behördliche Weisungen (BSV bzw. IV-Stellen) mit detaillierter Vorgabe sowohl der Gutachtenstruktur (vgl. hiervor Gliederung) als auch der Fragestellungen. Zu beachten ist bei Gutachten für die IV hinsichtlich des Vorliegens eines Gesundheitsschadens folgendes: In der IV geht es primär um die medizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit also der medizinisch begründeten Leistungseinbusse in bisheriger und in angepasster Tätigkeit oder im Aufgabenbereich (vgl. Art. 8 ATSG).

Für die Anerkennung einer Invalidität im Rechtssinne müssen drei Voraussetzungen erfüllt sein:

1. eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit von langer Dauer (langdauernder Gesundheitsschaden);
2. die volle oder teilweise Unfähigkeit, zumutbare Arbeit zu leisten; und
3. die Kausalität zwischen Gesundheitsbeeinträchtigung und Unfähigkeit, zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 7 und 8 ATSG; Art. 4 IVG).

3.3.5 Beurteilung des Leistungsvermögens

Die medizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit beinhaltet die Einschätzung der **medizinisch begründeten Präsenzzeit**. Die Gutachter:innen haben sich zur Zeitkomponente (quantitative Leistungsfähigkeit z.B. in Stunden pro

Tag) zu äussern und eine Einschätzung abzugeben, welche qualitative Leistungsfähigkeit in dieser Präsenzzeit gegeben ist («Rendement», Belastungslimiten, Belastungsprofil, qualitative Einschränkungen, Verlangsamung im Vergleich zu einer gesunden Person). In der Regel werden die beiden Komponenten dann zu einer gesamthaften Beurteilung der Arbeitsfähigkeit verdichtet. Diese muss nachvollziehbar sein, insbesondere, ob sich diese auf ein Teil- oder Vollpensum bezieht.²⁵

Zur funktionellen Leistungsfähigkeit durch den RAD gemäss Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV sei es gemäss Schreiben der SuisseMED@P vom 16.12.2021 essentiell, dass in einem medizinischen Gutachten alle qualitativen und quantitativen Einschränkungen der versicherten Person in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bzw. der zu erwartenden Leistung der versicherten Person einbezogen werden. Zudem müsse aus dem Gutachten hervorgehen, welche konkreten qualitativen und quantitativen Einschränkungen (z.B. zusätzlicher Pausenbedarf, notwendige enge Begleitung durch die Arbeitgeberin bzw. den Arbeitgeber, keine Überkopfarbeiten etc.) berücksichtigt wurden. Allerdings dürfen die einzelnen Einschränkungen nicht separat quantifiziert und addiert werden, sondern müssen im Rahmen einer gesamthaften Einschätzung in die Quantifizierung der Arbeitsfähigkeit einfließen.

Für die angestammten und angepassten Tätigkeiten ist jeweils ein positives und negatives Anforderungsprofil zu erstellen; hieraus ergibt sich die begründete arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit. Dabei sollte die Herleitung der Einschränkungen für die Auftraggeberin bzw. den Auftraggeber oder für weitere Rechtsanwender:innen verständlich zur Darstellung gebracht werden.

Es ist ein Augenmerk darauf zu legen, dass im Gutachten von der korrekten angestammten Tätigkeit ausgegangen wird. Es zeigt sich in der Praxis immer wieder, dass in der Beschreibung der IV-Stelle bzw. des RAD die angestammte Tätigkeit nicht korrekt beschrieben oder bezeichnet wird.

²⁵. Vgl. hierzu auch den erläuternden Bericht zur Weiterentwicklung IV (WEIV IVV, S. 61).

Zu beachten ist, dass die Zumutbarkeit der Arbeitsfähigkeit eine Rechtsfrage ist. Die medizinische Grundlage für das Erkennen der invaliditätsfremden Faktoren ist durch die Gutachterin bzw. den Gutachter darzulegen.²⁶

Beachte: Die Gutachten werden grundsätzlich im Bereich der Invalidenversicherung dem RAD zur Prüfung vorgelegt. Der RAD prüft insbesondere:

- Überprüfung der Einhaltung der spezifischen Leitlinien zur versicherungsmedizinischen Begutachtung der Fachgesellschaften
- Überprüfung, ob die medizinischen Angaben und Ausführungen zu den Themen der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 fallbezogen ausreichend sind.
- Bewertung der Nachvollziehbarkeit des Gutachtens anhand der versicherungsmedizinischen Argumentationskette (Fragestellung, Informationsbeschaffung, Informationsbewertung, Beantwortung der Fragestellung)
- Überprüfung, ob relevante Verstösse gegen das Neutralitätsgebot im Gutachten vorliegen (z.B. offensichtlich herabsetzende oder beleidigende Formulierungen gegenüber Personen oder Personengruppen).

3.3.6 Weitere inhaltliche Anforderungen

Juristische Ausführungen einer Gutachterin bzw. eines Gutachters können als eine Kompetenzüberschreitung taxiert werden, welche erhebliche Zweifel an der Schlüssigkeit des Gutachtens begründen können (BGer 8C_448/2015 vom 17. Dezember 2015 E. 4.2).

Unbedingt darauf zu achten ist, dass sich die Gutachterin oder der Gutachter in seiner Expertise **nicht widersprüchlich** äussert. Dies ist regelmässig ein Einfallstor zur erfolgreichen juristischen Anfechtung bezüglich Schlüssigkeit eines Gutachtens.

Es ist **keine** versicherungsmedizinische Beurteilung **ausserhalb des eigenen Fachgebietes** vorzunehmen.

Bei bi- oder polydisziplinären Gutachten muss grundsätzlich eine gesamtheitliche Schätzung **konsensual** unter Beteiligung sämtlicher Fachexpert:innen erfolgen.

Zuweilen kommt es vor, dass sich ein Gutachten nicht zum **retrospektiven Verlauf** der Arbeitsfähigkeit äussert. Dieser Aspekt gehört zwingend in ein Gutachten – sofern beurteilbar – weshalb darauf ein Augenmerk zu legen ist. Wenn der retrospektive Verlauf nicht beurteilt werden kann, so ist dies explizit festzuhalten und es ist auszuführen, warum dies nicht beurteilbar ist.

CHECKLISTE	
DOS	DON'TS
Raster gemäss Kreisschreiben BSV penibel einhalten	
Exploration ist zwingend notwendig/Tonbandaufnahme/ nur im Sozialversicherungsrecht	
	Keine Ausstands- und Befangenheitsgründe
Übersetzung falls notwendig organisieren	
	Keine Bekannte / Verwandte als Dolmetscher zulassen
Würdigung sämtlicher med. Akten	
Berichte über Eingliederungsmassnahmen (v.a. im Zusammenhang mit der funktionellen Leistungsfähigkeit) sind zu berücksichtigen	
	Keine juristischen Bewertungen

26. Vgl. hierzu Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, 6.

CHECKLISTE	
DOS	DON'TS
Im Privatrecht: Einverständnis der Patient:innen zur Einholung weiterer Berichte notwendig (nicht so im Sozialversicherungsrecht)	
	Keine Widersprüche
Chronologischer Aktenauszug – zu Beginn	
	Keine Bewertungen des Akteninhaltes
	Keine retrospektiven Äusserungen zur attestierten AUF
V.a. bei psychopathologischen Krankheitsbildern ausführliche Schmerz- und Familienanamnese notwendig	
Kritikgestützte Herleitung und nachvollziehbare Begründung der Diagnosen nach anerkanntem Klassifikationssystem	
Ausführliche Stellungnahme zu den bundesgerichtlichen Indikatoren aus medizinischer Sicht	
	Keine versicherungsmedizinische Beurteilung ausserhalb des eigenen Fachgebietes
Ausführliche Stellungnahme zur Konsistenz und zur Plausibilisierung	
Medizinische Beurteilung zur Arbeitsfähigkeit inkl. Zeit- und Leistungskomponente	

CHECKLISTE	
DOS	DON'TS
Stellungnahme zur angestammten und angepassten Tätigkeit	
Bei bi- und polydisziplinären Begutachtungen ist eine gesamtheitliche Schätzung konsensual notwendig	
Das Gutachten ist zu unterzeichnen	

4 Verschiedene Arten von Gutachten

4.1 Kausalitätsgutachten

4.1.1 Kausale und finale Versicherungen

Im Versicherungsrecht wird zwischen kausalen und finalen Versicherungen unterschieden. Bei Letzteren hängt die Leistungspflicht nicht vom Kausalzusammenhang zu einem versicherten Ereignis ab (so. z.B. in der Invalidenversicherung).

Im Sozialversicherungsrecht sind die Unfall- und die Militärversicherung kausal ausgestaltet. Es bestehen aber auch diverse private Versicherungsarten, die kausal ausgestaltet sind und bei denen Kausalitätsfragen eine Rolle spielen.

4.1.1.1 Natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang

Für die Leistungspflicht von kausalen Versicherungen werden kumulativ der natürliche und der adäquate Kausalzusammenhang vorausgesetzt. Diese beiden Kausalitäten unterscheiden sich grundlegend. So beschlägt der natürliche Kausalzusammenhang die Frage, inwieweit in tatsächlicher (meist medizinischer) Hinsicht das versicherte Ereignis die ursächliche Folge eines Erfolgs – meistens eines Gesundheitsschadens – darstellt. Bei der Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs geht es somit um die tatsächliche (meist medizinische) Frage von Ursache und Wirkung. Damit stellt die Kausalitätsfrage eine Tatfrage dar, welche von nicht juristischen Experten:innen (sprich eben medizinischen Gutachter:innen) zu beantworten ist. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht eingetreten oder nicht als in gleicher Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann.²⁷ Die medizinischen Gutachter:innen haben sich ausschliesslich zur Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs zu äussern.²⁸ Sie haben sich nicht zum sog. adäquaten Kausalzusammenhang zu äussern, das heisst zur versicherungsmässigen, rechtlichen Zuordnung; vgl. unten.

27. Als Beispiel für viele: BGE 129 V 177 resp. BGE 117 V 359.

28. Das Bundesgericht geht sogar so weit, dass Äusserungen zum adäquaten Kausalzusammenhang seitens medizinischer Fachpersonen als Hinweis für eine mögliche Voreingenommenheit qualifiziert werden.

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers oder eines Haftpflichtversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfall bzw. dem schädigenden Ereignis und dem eingetretenen Schaden eine natürliche Kausalität besteht. Nur wenn der Schaden in vollem oder geringerem Umfang auch ohne den Unfall eingetreten wäre, ist er insoweit keine Folge davon ().²⁹ Es geht hierbei also darum, zu beurteilen und zu beantworten, ob die geklagten Beschwerden und die Befunde Unfallfolgen oder Krankheit sind.

Im Rahmen der Kausalitätsbeurteilung im Unfallversicherungsrecht ist des Weiteren zu prüfen, ob ein allenfalls einmal entstandener natürlicher Kausalzusammenhang weggefallen ist. Davon ist beispielsweise auszugehen, wenn der Status quo ante (wie er vor dem Unfall bestanden hat) oder der Status quo sine (wie er ohne den Unfall bestehen würde) eingetreten ist. Kausalitätsfragen sind häufig sehr schwierig zu beurteilen und können nicht mit absoluter Sicherheit beantwortet werden. Aufgrund dieser notorischen Beweisproblematik gilt³⁰ bezogen auf den natürlichen Kausalzusammenhang der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Die überwiegende Wahrscheinlichkeit ist erstellt, wenn für die Richtigkeit der Sachbehauptung nach objektiven Gesichtspunkten derart gewichtige Gründe sprechen, dass andere denkbare Möglichkeiten vernünftigerweise nicht massgeblich in Betracht fallen (BGE 132 III 715). Kommen mehrere Varianten in Betracht, so ist die wahrscheinlichere unter den Möglichkeiten in der Regel die überwiegend Wahrscheinliche. Der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit lässt sich nur in Kenntnis aller Daten und Fakten einschätzen. Dazu sind alle medizinischen Beweismittel pro und contra indizienhaft darzulegen, dies unter Berücksichtigung der gesamten medizinischen Faktenlage, also der vollständigen Aktenlage, der persönlichen Anamnese der explorierten Person, der klinischen Untersuchungsbefunde, der bildgebenden wie labormässigen Resultate, unter kritischer Bewertung der Diskrepanzen und Stimmigkeiten und dies auch wissenschaftlich nach der bestmöglichen medizinischen Evidenz abgestützt. Es wird also eine Aussage getroffen, ob unter Berücksichtigung all dieser Informationsquellen das geltend gemachte Schadensereignis wirklich die plausibelste aller Erklärungsmöglichkeiten ist. Die Frage der Wahrscheinlichkeit ist von der Frage der

29. BGer 4A_444/2010 vom 22.03.2011 E. 4.4.

30. Sowohl im Sozialversicherungs- als auch im Privatversicherungs- und Haftpflichtrecht.

Teilkausalität zu trennen. Die natürliche Kausalität ist auch dann zu bejahen, wenn der Unfall nur eine Teilursache für die bestehenden Beschwerden darstellt, sofern dieser Zusammenhang mit dem Beweismass der sog. überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht. Es genügt, wenn das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder die geistige Integrität einer Person beeinträchtigt hat.³¹

Demgegenüber ist bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zu entscheiden, ob eine Ursache nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, einen Erfolg der Art des eingetretenen herbeizuführen resp. der Eintritt des Erfolges als durch die Ursache allgemein begünstigt erscheint.³² Diese Beurteilung beinhaltet die juristische Würdigung, inwieweit eine vernünftige Begrenzung der aus der natürlichen Kausalkette zur Verfügung stehenden Tatsachen und damit eine Haftung erreicht werden kann. Diese Würdigung ist eine juristische.

4.1.2 **Haftpflichtgutachten**

Im gutachtlichen Fokus steht die natürliche Kausalität zwischen dem haftungsauslösenden Ereignis und dem Gesundheitsschaden. Die medizinisch gutachterliche Beurteilung der kausalen Arbeitsunfähigkeit hat sich im Gegensatz zur Beurteilung in der obligatorischen Unfallversicherung nicht danach zu richten, was eine versicherte Person im mittleren Lebensalter objektiv medizinisch-theoretisch zu leisten in der Lage ist. Die haftpflichtrechtliche Arbeitsunfähigkeit richtet sich grundsätzlich nach den realen Gegebenheiten, sowohl nach den persönlichen Faktoren der geschädigten Person, weshalb auch subjektiv leistungshindernde, resp. in der Person der oder des Geschädigten liegende Gründe in die Beurteilung einzubeziehen sind. Es ist der Beurteilung demnach nicht eine objektivierte geschädigte Person zugrunde zu legen, sondern die oder der individuell-konkret Geschädigte. Dies ist insbesondere bei der Beantwortung der Kausalitätsfrage bei vulnerablen Geschädigten und bei chronifizierten Beschwerdebildern zu berücksichtigen. Grund dafür ist die bundesgerichtliche Vorgabe, dass die schädigende Person die Geschädigte bzw. den

Geschädigten so zu nehmen und zu entschädigen hat, wie sich diese oder dieser im Zeitpunkt des schädigenden Ereignisses präsentiert.

CAVE: In den Haftpflichtgutachten sind nur die gestellten Fragen zu beantworten, dies gilt insbesondere in Gerichtsgutachten. Was den Gutachter:innen nicht unterbreitet wird, ist nicht zu erörtern.

Da im Haftpflichtbereich nicht das Alles-oder-Nichts-Prinzip gilt, ist den Vorzständen ein besonderes Augenmerk zu geben, da die Versicherer oder Richter:innen diese in der Ersatzbemessung berücksichtigen können, indem der Schadenersatz reduziert wird (OR 44).

Bei der Adäquanzprüfung in der Haftpflichtversicherung, welche ebenfalls eine richterliche Aufgabe ist, müssen die Kriterien des Sozialversicherungsbereichs ausser Acht gelassen werden.

Bei der Adäquanzprüfung in einem Haftpflichtfall gilt die folgende Adäquanzformel: Ein Ereignis gilt dann als adäquate Ursache eines Erfolges, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen. Die Adäquanz ist somit ein Haftungskorrektiv zur natürlichen Kausalität, wird aber im Unfallversicherungsrecht und im Haftpflichtrecht unterschiedlich gehandhabt. Auch eine sehr schwache Adäquanz kann zu einer vollen Haftung führen.

4.1.3 **Gemeinschaftliches Gutachter-Konsilium (GGK)**

Der Prozess bei Haftpflichtfällen kann sich mitunter über Jahre hinziehen, zum einen dauert es oft lange, bis nur schon eine von den Parteien akzeptierte begutachtende Person gefunden wird, zum andern verlängern Gutachten und Gegengutachten die Verfahren. Um diese Zeit zu verkürzen und die Akzeptanz der gutachterlichen Beurteilungen zu fördern, wird gelegentlich bei Arzthafungsfällen ein sogenanntes Gemeinschaftliches Gutachter-Konsilium (GGK)

31. BGE 117 V 206.

32. BGE 129 V 117.

aussergerichtlich durchgeführt. Hierfür bestimmen die geschädigte Person und der Haftpflichtversicherer eine:n oder mehrere medizinische Gutachter:innen, welche am runden Tisch mit den Parteien den medizinischen Sachverhalt diskutieren. Diese stellen ihre Ergebnisse mündlich im Beisein der Parteien vor, diskutieren diese und beantworten allfällige Ergänzungsfragen. Bei Bedarf können die Ergebnisse der Diskussionen auch schriftlich festgehalten werden. Das Verfahren ist insbesondere auch geeignet für Haftpflichtfragen im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen.

Weitere Informationen:
<http://www.medimal.org/ggk/>

4.1.4 Aussergerichtliches Verfahren bei Vermutung von Behandlungsfehlern

Eine Besonderheit in der Schweiz ist die Möglichkeit des aussergerichtlichen Verfahrens bei Vermutung von ärztlichen Behandlungsfehlern. Hierfür unterhält die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH eine Gutachterstelle zur Begutachtung von vermuteten ärztlichen Diagnose- und Behandlungsfehlern. Sie beauftragt in Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachgesellschaften eine:n Gutachter:in, wenn ein:e Patient:in einen Diagnose- oder Behandlungsfehler vermutet, der zu einem Gesundheitsschaden geführt hat.

In diesen Gutachten geht es zum ersten um die Beantwortung der Frage, ob der Ärztin oder dem Arzt, bzw. der unter seiner Verantwortung stehenden Person ein Diagnose- oder Behandlungsfehler unterlaufen ist (Fehlerfrage), und zum zweiten bei Vorliegen eines Fehlers um die Klärung des Kausalzusammenhanges von Fehler und geltend gemachtem Gesundheitsschaden, und im letzten Schritt um das Ausmass des allfälligen Gesundheitsschadens. Dabei geht es auch darum, den Gesundheitsschaden im Vergleich zum vermuteten Gesundheitsverlauf bei richtiger Behandlung zu beschreiben.

Die Parteien haben gemäss Reglement die Möglichkeit, anstelle des schriftlichen Begutachtungsverfahrens das FMH-Gemeinschaftliche Gutachterkonsilium (FMH-GGK) zu wählen. Das FMH-GGK galt als Pilotprojekt bis zum 31. Dezember 2023.

Weitere Informationen:
<https://www.fmh.ch/ueber-die-fmh/organisation/fmh-gutachterstelle.cfm>

4.2 Krankentaggeldgutachten und Invaliditätsgutachten in der Privatversicherung

Grundsätzlich richtet sich die Definition der Invalidität in diesem Bereich nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Invaliditätsgutachten im Privatversicherungsrecht fallen nicht unter die Herrschaft des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsgesetzes (ATSG). Es gelten nur dann – analog – die bundesgerichtlichen Vorgaben (insbesondere zu den psychischen Beschwerdebildern), wenn die Invaliditätsvoraussetzungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) mit dem Wortlaut der Invalidität gemäss Art. 8 ATSG übereinstimmen und die AVB zusätzlich auf den sozialversicherungsrechtlichen Invaliditätsbegriff explizit verweisen. Oft wird das Invaliditätskapital nach Gliedertabellen normiert. Diese sind in den AVB festgelegt resp. werden bei Abschluss des Versicherungsvertrages mit der Versicherungsnehmerin bzw. dem Versicherungsnehmer individuell abgemacht. Die oder der medizinische Begutachtende muss diesfalls vorab den Gesundheitsschaden erheben und diesen hernach unter die ihm mit dem Gutachtensauftrag mitgelieferten Gliedertabelle subsumieren.

Bei Gutachten im Rahmen einer Krankentaggeldversicherung ist zunächst zu unterscheiden, ob es sich bei der kollektiven Krankentaggeldversicherung um eine Zusatzversicherung im Anwendungsbereich des Krankenversicherungsgesetz (Sozialversicherungsrecht) oder des Versicherungsvertragsgesetz (Privatversicherungsrecht) handelt. Bei einer Krankentaggeldversicherung

nach KVG sind im Rahmen einer Begutachtung die Bestimmungen des ATSG zu berücksichtigen. Sowohl bei einer Krankentaggeldversicherung nach KVG sowie nach VVG ist der Begriff der Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit zentral. Die Definition der Arbeitsunfähigkeit findet sich in Art. 6 ATSG, wobei die meisten Privatversicherungen diese Begriffsdefinition analog in ihre AVB übernehmen.

Gemäss Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt. Hieraus ergibt sich, dass sich ein Gutachten in versicherungsmedizinischer Sicht zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten, wie auch in einer angepassten Tätigkeit mit entsprechendem Belastungsprofil äussern muss. Konkret hat die Gutachterin oder der Gutachter nach Würdigung sämtlicher ärztlicher Berichte, eingehender Untersuchung mit Anamnese- und Befunderhebung sowie Diagnostik, die daraus funktionellen Einschränkungen festzulegen und diese durch eine Schätzung der Arbeitsunfähigkeit zu postulieren. Von Relevanz ist im Rahmen der Krankentaggeldversicherung zudem, ob die Behandlung adäquat erfolgt (allfällige Auflage einer medizinischen Behandlung im Rahmen der Schadensminderungspflicht) und verlangt wird, auch eine prognostische Einschätzung bezüglich Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit.

4.3 Forensisch-Psychiatrische Gutachten

Die Schweizerische Gesellschaft für forensische Psychiatrie SGFP kennt seit 2014 einen Schwerpunkttitel für forensische Psychiatrie und Psychotherapie. Die fachspezifische Weiterbildung dauert 2 Jahre und soll Psychiater befähigen, selbständig forensisch-psychiatrische Gutachten zu erstellen und forensisch-psychiatrische Behandlungen, insbesondere Psychotherapien, durchzuführen.

«Das Fach forensische Psychiatrie und Psychotherapie ist ein Teilgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie, in welchem wissenschaftliche und klinische Erkenntnisse auf rechtliche Fragestellungen angewendet werden. Es umfasst psychiatrische Forschung, Klinik und Lehre im Kontext von Strafrecht, Straf- und Massnahmenvollzug, Zivilrecht und Versicherungsrecht. Dieser Tätigkeitsbereich erfordert spezifische Fachkenntnisse und Fähigkeiten, die über den Inhalt der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie hinausgehen. Der forensische Psychiater und Psychotherapeut ist ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der sich zusätzlich als Schwerpunkt seiner Tätigkeit auf forensisch-psychiatrische Begutachtungen und Behandlungen konzentriert.»

Weitere Informationen:

https://www.siwf.ch/files/pdf7/forensische_psychiatrie_version_internet_d.pdf

Bei Abschluss der Weiterbildung muss die:der Kandidat:in mindestens 20 supervidierte strafrechtliche Gutachten und 10 Gutachten aus anderen Rechtsgebieten (ohne Notwendigkeit der Supervision durch Schwerpunkttitelträger:innen) nachweisen.

5 Begutachtung bei psychischen Erkrankungen im Sozialversicherungsrecht

Die medizinische Begutachtung bei somatoformen Schmerzstörungen und letztlich bei allen psychischen Erkrankungen hat prägnante inhaltliche Vorgaben seitens des Bundesgerichts erhalten. Ein medizinisches Gutachten erfüllt grundsätzlich die juristischen Anforderungen dann, wenn es umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und wenn die Schlussfolgerungen der Expert:innen begründet sind.³³

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung setzt die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus.³⁴ Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen.³⁵

5.1 Rückblick: Überwindbarkeitspraxis

Im Jahre 2004 hat das Bundesgericht mit dem BGE 130 V 352 ein wegweisendes Urteil gefällt, durch welches die sogenannte Überwindbarkeitspraxis in der Schweiz eingeführt wurde. Der Grundgedanke dieses Urteils war eine Überwindbarkeitsvermutung. Die Überwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung galt als Regel, die Arbeitsunfähigkeit resp. die Invalidität galt als Ausnahme.

33. BGE 134 V 231 E. 5.1, BGE 125 V 351 E. 3a und BGE 122 V 157 E. 1c.

34. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6.

35. BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG.

Als Ausnahme und somit nicht überwindbar hat das Bundesgericht einen Kriterienkatalog aufgestellt, wobei es hierfür einzelne Kriterien von Winckler und Förster zu Hilfe nahm:

- Psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer
- Chronische körperliche Begleiterkrankungen
- Mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf
- Sozialer Rückzug
- Primärer Krankheitsgewinn
- Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung trotz kooperativer Haltung der versicherten Person.

In den Folgejahren wurden dann weitere «pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlagen» sog. «PÄUSBONOG» dieser Überwindbarkeitspraxis im BGE 136 V 279 unterstellt.

5.2 Die neue Indikatorenrechtsprechung

Im Jahre 2014 wurde vom Anwaltsbüro indemnis eine gutachterliche Expertise aus psychosomatisch-psychiatrischer Sicht bei Henningsen in Auftrag gegeben. Das Gericht hat entsprechend den Ausführungen von Henningsen, die Überlegungen der ICF zur Begutachtung übernommen. Damit hat die seit längerem von Ärzt:innen und Jurist:innen geforderte Ausrichtung der gutachterlichen Einschätzungen an der Denkweise des ICF auch Eingang in die bundesgerichtliche Rechtsprechung gefunden, vgl. interdisziplinärer juristisch-medizinischer Leitfaden (Riemer-Kafka 2012 und 2017) oder auch Jeger und Ebner in den beiden Medinfo-Ausgaben 2017/2 und 2018/1. Dieses Gutachten von Henningsen wurde in Fachkreisen ausgiebig diskutiert und das Bundesgericht hat am 3. Juni 2015 in einem Grundsatzurteil BGE 141 V 281 die Überwindbarkeitspraxis aus dem Jahre 2004 aufgegeben. An ihre Stelle trat ein strukturiertes Beweisverfahren anhand vorgegebener Indikatoren gemäss BGE 141 V 281. Im Weiteren hat das Bundesgericht die medizinischen Fachgesellschaften aufgefordert, entsprechende Begutachtungsleitlinien zu erarbeiten.

Die Indikatoren betreffen den funktionellen Schweregrad der Erkrankung und die Konsistenz der Behinderung in allen Lebensbereichen. Die Defizite und Ressourcen müssen dargelegt und diskutiert werden. Die gründliche und überzeugende Diskussion ist damit ein unerlässliches Qualitätskriterium der begutachtenden Beurteilung.

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen.³⁶ Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen.³⁷ Die medizinischen Sachverständigen und die Organe der Rechtsanwendung haben sich bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben, d.h. den Standardindikatoren zu orientieren.³⁸

³⁶. BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1.

³⁷. BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3.

³⁸. Die Rechtsanwender:innen prüfen die medizinischen Angaben frei, insbesondere daraufhin, ob die Ärzt:innen sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben. Es stellt sich aus rechtlicher Sicht die Frage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, wie sie von der medizinisch-psychiatrischen sachverständigen Person abschliessend eingeschätzt worden ist.

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 E. 4.3.1 hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert:

- Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)
 - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)
 - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)
 - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)
 - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)
 - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2)
 - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)
- Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4)
 - Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)
 - Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz.³⁹ Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht die Rechtsprechung auf alle psychischen Störungen ausgeweitet. Grundsätzlich sind seither sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen.⁴⁰ Ebenfalls gilt dies für Suchterkrankungen oder Störungen des somatoformen Kreises (bspw. auch bei Fibromyalgie).

Die Auswirkungen eines weiteren aktuellen Urteils BGE 148 V 49 sind noch unklar. Darin führte das Bundesgericht aus: «Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung

³⁹. BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15.03.2018 E. 7.4.
⁴⁰. E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen.

6 Spezifische Themen des Unfallversicherungsrechts

geschlossen werden kann. Attestieren die psychiatrischen Fachpersonen bei diesen Konstellationen trotz Verneinung einer schweren psychischen Störung ohne (allenfalls auf Nachfrage hin erfolgte) schlüssige Erklärung eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, besteht für die Versicherung oder das Gericht Grund dafür, der medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung die rechtliche Massgeblichkeit zu versagen.» Wichtig sind aus begutachtender Sicht folgende Ausführungen des BGer: «Dazu ist erforderlich, dass die Sachverständigen den Bogen schlagen zum vorausgehenden medizinisch-psychiatrischen Gutachtensteil (mit Aktenauszug, Anamnese, Befunden, Diagnosen usw.), d.h. sie haben im Einzelnen Bezug zu nehmen auf die in ihre Kompetenz fallenden erhobenen medizinisch-psychiatrischen Ergebnisse fachgerechter klinischer Prüfung und Exploration. Ärztlicherseits ist also substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Am Beispiel rezidivierender depressiver Entwicklungen leichten bis mittleren Grades veranschaulicht, wie sie in der IV-rechtlichen Invaliditätsprüfung sehr oft – und auch vorliegendenfalls – im Vordergrund stehen, bedeutet dies: Es genügt nicht, dass der medizinisch-psychiatrische Sachverständige vom diagnostizierten depressiven Geschehen direkt auf eine Arbeitsunfähigkeit, welchen Grades auch immer, schliesst; vielmehr hat er darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde (Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Antriebsschwäche, Müdigkeit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, verminderte Anpassungsfähigkeit usw.) die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar – zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken – unter Mitbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person. Kommen die Experten dieser Aufgabe unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nach, wird die medizinisch-psychiatrische Folgenabschätzung auch aus der juristischen Sicht des Rechtsanwenders – Durchführungsstelle oder Gericht – Bestand haben.»

6.1

Unfallähnliche Körperschädigung (UKS)

Per 01.01.2017 kam es bei den unfallähnlichen Körperschädigungen zu einer Gesetzesrevision. Seither wird bei den bestimmten Gesundheitsschädigungen im Grenzbereich zwischen Unfall und Krankheit das ungewöhnliche von aussen kommende Ereignis nicht mehr verlangt, um die Leistungspflicht der Unfallversicherung zu begründen.

Bei den Listenverletzungen handelt es sich um solche, die ihrer Natur nach in der Regel durch Gewalteinwirkung oder körperliche Beanspruchung entstehen und die regelmässig nicht klar auf degenerative oder krankheitsbedingte Ursachen zurückgeführt werden können.⁴¹ Das Bundesgericht hat in einem ersten Grundsatzurteil festgehalten, dass die Listendiagnose nur dann geprüft werden soll, wenn sich kein Unfall im Rechtssinne ereignet hat. Hat sich ein Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG ereignet und liegt eine Listendiagnose vor, erübrigt sich die Prüfung der Listendiagnose.⁴² Es postuliert also eine Kaskade und keine kumulative Anwendung. Eine Leistungspflicht der Unfallversicherung für eine Listendiagnose setzt damit voraus, dass diese vorwiegend auf einem Trauma im medizinischen Sinn beruht.⁴³ Will die Unfallversicherung die Leistungspflicht im Zusammenhang mit einer Listendiagnose verneinen, so hat sie nachzuweisen, dass die Verursachung vorwiegend krankhafter resp. degenerativer Natur ist.

Die Leistungspflicht der Unfallversicherung besteht nur, wenn die Listenverletzung der Hauptbefund ist.⁴⁴

Die Beweislast kehrt sich um bei einer Listendiagnose: Die korrekte Fragestellung lautet dahingehend, ob eine Verschlimmerung eines krankhaften Vorzustandes oder die Verschlimmerung von Abnützungerscheinungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann. Nur der Nachweis eines rechtsgenügenden, d.h. vorwiegend degenerativ oder

41. KIESER/GEHRING/BOLLINGER, KVG/UVG Kommentar, N 6 zu Art. 6 UVG.

42. Urteil BGer 8C_22/2019 vom 24.09.2019, E. 9.1 ff.

43. NABOLD, Kommentar UVG, N 45 zu Art. 6 UVG.

44. BGE 116 V 152 E. 4d.

krankhaft verursachten Schadens, kann zu einer Verneinung des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. der Leistungspflicht des Unfallversicherers führen.⁴⁵

So das Bundesgericht: «Während bei einem Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst entfällt, wenn der Unfall keine auch nur geringe Teilursache der Körperschädigung mehr bildet, ist der Unfallversicherer im Rahmen der unfallähnlichen Körperschädigung bereits dann von seiner Leistungspflicht befreit, wenn die Listenverletzung zu mehr als 50 % auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist.»⁴⁶

In seinem ersten Grundsatzurteil BGE 146 V 51 hat das Bundesgericht die Frage des Ursachenanteils im Zusammenhang mit der Listendiagnose geklärt: «Die Vorinstanz geht davon aus, dass damit ein Anteil «Abnützung oder Erkrankung» von mehr als 50 % gemeint ist.»⁴⁷ Nach herrschender Lehrmeinung ist zur Definition des Begriffs «vorwiegend» auf die Rechtsprechung zu den Berufskrankheiten nach Art. 9 Abs. 1 UVG zurückzugreifen.⁴⁸ Danach ist eine vorwiegende Verursachung von Krankheiten durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten nur gegeben, wenn diese mehr als alle anderen mitbeteiligten Ursachen wiegen, folglich mehr als 50% ausmachen.⁴⁹ Die blosse Möglichkeit einer degenerativen oder krankhaften Schädigung genügt somit den Beweisanforderungen nicht. Der Beweis der vorwiegend krankhaften oder degenerativen Pathogenese der Listendiagnose ist vielmehr erbracht, wenn für die Richtigkeit einer degenerativ oder krankhaft begründeten Listendiagnose mehr Indikatoren vorliegen als für die traumatische Pathogenese.⁵⁰ Es besteht kein Anlass, diesen Begriff im Anwendungsbericht von Art. 6 Abs. 2 UVG anders auszulegen. Demnach ist der Gegenbeweis des Unfallversicherers erbracht, wenn die Listendiagnose zu mehr als 50% auf «Abnützung oder Erkrankung» beruht.⁵¹

45. SAMUELSSON, Neuregelung der unfallähnlichen Körperschädigung, SZS 2018, 358.

46. Urteil BGer 8C_22/2019 vom 24.09.2019 E. 8.5.

47. BGE 146 V 51.

48. SAMUELSSON, 348.

49. BGE 119 V 200 E. 2a mit Hinweisen.

50. SAMUELSSON, 356. mit weiteren Hinweisen, u.a. auf BGE 133 III 321 E. 3.3; KIE-SER/GEHRING/BOLLINGER, KVG/UVG Kommentar N 6 ff. zu Art. 6 UVG.

51. BGer 8C_22/2019 vom 24.09.2019 E. 8.2.2.1.

Alles, was mehr als 50% auf Abnützung oder Erkrankung beruht, fällt nicht unter die Leistungspflicht des Unfallversicherers. Damit ist auch entschieden, dass ein Degenerationsanteil unter 50% im Anwendungsfall einer Listendiagnose die Leistungspflicht der Unfallversicherung begründet, ein Degenerationsanteil über 50% verneint die Leistungspflicht der Unfallversicherung. Aber: Nur wenn sämtliche Indikatoren in ihrer Gesamtheit das Bild einer vorwiegend degenerativen resp. krankhaften Ursache offenbaren, kann eine Listendiagnose abgelehnt werden. Ein Indikator für sich alleine vermag die Listendiagnose nicht per se zu verneinen. Bei einem Unfall ist die versicherte Person beweispflichtig, dass sie einen Unfall erlitten hat. Bei einer Listenverletzung ist die Unfallversicherung beweispflichtig, dass sie nicht zuständig ist (d.h. das Leiden überwiegend krankheitsbedingt ist).

6.2 Berufskrankheit (BK)

In der Schweiz gibt es zwei Gruppen von Berufskrankheiten, welche in Art. 9 UVG näher bezeichnet werden.

Zur ersten Gruppe zählen Krankheiten, welche bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch näher bezeichnete schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht werden. Diese Berufskrankheiten sind im Anhang 1 zur Unfallversicherungsverordnung (UVV) in einer abschliessenden Liste aufgezählt.

Damit eine solche Berufskrankheit anerkannt wird, bedarf es eines mehr als 50%igen ursächlichen Zusammenhanges zwischen der Gesundheitsschädigung und dem Stoff oder der Arbeit auf der Liste. Der Beruf muss somit zu mehr als 50% die Berufskrankheit verursacht haben. Der Gutachter muss also eine Indizienbilanz machen und aufzeigen, welche Indizien dafürsprechen, die 50% zu übertreffen.

Zur zweiten Gruppe gehören Krankheiten, die als BK anerkannt werden, wenn nachgewiesen werden kann, dass sie mindestens stark überwiegend, also zu

mindestens 75% durch die Berufsarbeit verursacht worden sind. Zu den rein klinischen Nachweisen braucht es hier zusätzlich epidemiologische Daten, um darlegen zu können, dass die Erkrankung bei der entsprechenden Beschäftigungsgruppe und der Altersklasse mindestens viermal häufiger als in der Gesamtbevölkerung vorkommt.

6.3 Integritätsschaden

Mit der Integritätsentschädigung werden immateriell bleibende Gesundheitsschädigungen finanziell ausgeglichen. Somit lehnt sich die Integritätsentschädigung grundsätzlich an der Überlegung der Genugtuung im Haftpflichtrecht an. Das schweizerische Sozialversicherungsrecht kennt die Integritätsentschädigung in der gesetzlichen Unfallversicherung und der Militärversicherung, wo eine Integritätsschadensrente vorgesehen ist. Voraussetzung für die Entschädigung ist die voraussichtlich bleibende anhaltende Beeinträchtigung der Integrität, die sowohl somatisch wie auch psychisch sein kann. Die Integritätsentschädigung entspricht dem betragsmässig angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes im Unfallzeitpunkt, welcher aktuell seit 1. Januar 2016 CHF 148'200 beträgt. In der UVV ist folgender Massstab für die Bemessung der Integritätsentschädigung vorgesehen:

	Prozent		Prozent
Verlust von mindestens zwei Gliedern eines Langfingers oder eines Gliedes des Daumens	5	Verlust eines Beines im Kniegelenk	40
Verlust eines Daumes	20	Verlust eines Beines oberhalb des Kniegelenks	50
Verlust einer Hand	40	Verlust einer Ohrmuschel	10
Verlust eines Arms im Ellbogen oder oberhalb desselben	50	Verlust der Nase	30
Verlust einer Grosszehe	5	Skalpierung	30

Verlust eines Fusses	30	Sehr schwere Entstellung im Gesicht	50
Verlust einer Niere	20	Schwere Beeinträchtigung der Kaufähigkeit	25
Verlust der Milz	10	Sehr starke schmerzhafte Funktionseinschränkung der Wirbelsäule	50
Verlust der Geschlechtsorgane oder der Fortpflanzungsfähigkeit	40	Paraplegie	90
Verlust des Geruchs- oder Geschmacksinnes	15	Tetraplegie	100
Verlust des Gehörs auf einem Ohr	15	Sehr schwere Beeinträchtigung der Lungenfunktion	80
Verlust des Sehvermögens auf einer Seite	30	Sehr schwere Beeinträchtigung der Nierenfunktion	80
Vollständige Taubheit	85	Beeinträchtigung von psychischen Teilfunktionen wie Gedächtnis und Konzentrationsfähigkeit	20
Vollständige Blindheit	100	Posttraumatische Epilepsie mit Anfällen oder in Dauermedikation ohne Anfälle	30
Habituelle Schulterluxation	10	Sehr schwere organische Sprachstörungen, sehr schweres motorisches oder psychoorganisches Syndrom	80

Eine Verfeinerung dieser Tabellen hat die Suva in den Suva-Tabellen zur Integritätsentschädigung vorgenommen (<https://www.suva.ch/de-ch/download>).

Zu beachten ist, dass der Integritätsschaden insgesamt maximal 100% betragen kann. Besteht eine Mehrzahl von Schädigungen, ist eine Gesamtbeurteilung vorzunehmen.

In der Militärversicherung besteht der Integritätsschaden in den Auswirkungen der Gesundheitsschädigung auf die Lebensfunktionen, also auf die Fähigkeiten, Aktivitäten und Partizipation in der Art und Weise zu verrichten, wie sie für die allgemeine Lebensgestaltung im persönlichen und sozialen Umfeld als normal angesehen wird. Diese können somit je nach den Umständen gering oder schwerwiegend sein.

Für die Prüfung und Beurteilung eines Integritätsschadens müssen die drei Voraussetzungen Haftung der Militärversicherung, Dauerhaftigkeit und Stabilität der Gesundheitsschädigung erfüllt sein. Dauerhaft ist eine Einschränkung, wenn sie voraussichtlich das ganze Leben andauert. Stabil ist eine Gesundheitsschädigung, wenn die ärztliche Behandlung abgeschlossen ist oder von ihrer Fortsetzung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann. Die erste Voraussetzung ist von der Fallführung zu prüfen, die beiden anderen Voraussetzungen fallen in den Aufgabenbereich der Ärztin oder des Arztes.

Damit aber auch in der Militärversicherung eine rechtsgleiche Behandlung besteht, wurden Richtwerte aufgestellt, in denen für die hauptsächlichsten Sachverhalte die Art und Schwere abgebildet sind. Die Gutachterin oder der Gutachter muss also unter Berücksichtigung der konkreten Behinderungen und Benachteiligungen im täglichen Leben prüfen, ob der konkrete Schaden dem Richtwert entspricht resp. ihn über- oder unterschreitet. Es werden somit alle Umstände des Einzelfalls unter Miteinbezug von Richtwerten und Vergleichsfällen berücksichtigt, so die Beschwerden, Behinderungen (Einschränkungen in den Aktivitäten des Alltags) und Benachteiligungen (Einschränkungen in der Teilhabe, in der Partizipation am Leben, in der Gesellschaft).

Die Richtwerte sind abgeleitet aus MVG Art. 49 Abs. 2, wonach der vollständige Verlust einer Lebensfunktion wie des Gehörs oder des Sehvermögens einem Integritätsschaden von 50% entspricht. Erheblich ist ein Schaden im Sinne des Gesetzes, wenn die Beschwerden, Behinderungen sowie Benachteiligungen täglich, also nicht nur episodisch respektive intermittierend oder nur bei bestimmten Belastungen bestehen und sich zudem auf die allgemeine Lebensgestaltung negativ auswirken und der Schaden mindestens einem Zwanzigstel des vollständigen Verlustes einer Lebensfunktion wie des Gehörs oder des Sehvermögens entspricht (2.5%). Die Bemessung erfolgt in Abstufungen von 2.5%. Da in der obligatorischen Unfallversicherung der Integritätsschaden für den Verlust des Sehvermögens 100% beträgt, sind die Richtwerte in der Militärversicherung in der Regel halb so hoch wie in der Unfallversicherung.

6.4

Begutachtung bei psychischen Unfallfolgen und HWS-Distorsionen (sog. «Schleudertraumata»)

Im Folgenden soll auf die Adäquanz resp. den adäquaten Kausalzusammenhang näher eingegangen werden, obwohl dieser nicht durch die medizinische begutachtende Person zu beantworten ist, sondern durch die Juristin bzw. den Juristen; die Ausführungen hierzu sind lediglich zum Verständnis!

Ein Ereignis gilt dann als adäquate Ursache eines Erfolges, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen.⁵² Bei Unfällen mit organisch nachweisbaren strukturellen Veränderungen und Vorliegen des natürlichen Kausalzusammenhanges, wird die Adäquanz ohne weiteres bejaht. Für Fälle ohne hinreichend objektiv nachweisbare organische Veränderungen, namentlich bei psychischen Folgeschäden nach Unfällen, hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG, heutiges Bundesgericht) eine Praxis entwickelt, um eine möglichst rechtsgleiche Behandlung zu gewährleisten (sog. Psychopraxis).⁵³ Dazu hat das EVG eine Einteilung der Ereignisse in leichte, mittelschwere und schwere Unfälle vorgenommen.

⁵². BGE 125 V 456.

⁵³. BGE 115 V 133.

Wichtig ist, dass diese Einteilung nur für den Sozialversicherungsbereich gilt, jedoch nicht für den Haftpflichtbereich.

Bei leichten Unfällen wie z. B. Stolpern oder leichteren Sturzereignissen, leichten Bagatellverkehrsunfällen, wird die Adäquanz in aller Regel verneint. Bei schweren Unfällen wird die Adäquanz in aller Regel bejaht.

Für die mittelschweren Fälle hat das Gericht sieben Adäquanzkriterien aufgestellt:

- Besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles
- Verletzung von besonderer Schwere
- Ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung
- Körperliche Dauerschmerzen
- Ärztliche Fehlbehandlung
- Schwieriger Heilverlauf und erhebliche Komplikationen
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit

Je leichter der Unfall innerhalb der mittelschweren Kategorie ist, umso mehr Kriterien müssen erfüllt sein; je ausgeprägter ein Kriterium ist, umso weniger braucht es von den anderen Kriterien, um die Adäquanz anzuerkennen.

Mit Bezug auf HWS-Distorsionen hat das EVG mit BGE 117 V 359 («Salanitri-Urteil») die sog. «Schleudertrauma-Praxis» begründet. Deren Kern besteht darin, dass bei einem diagnostizierten «Schleudertrauma der HWS» und dem Vorliegen eines gemäss EVG für diese Verletzung typischen Beschwerdebildes mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen ist. In der Folge wurde diese Praxis zunehmend verschärft. Mit BGE 119 V 325 (Mai 1993) verlangte das EVG zusätzlich, dass die HWS-Distorsion durch zuverlässige ärztliche Angaben gesichert sein muss. Im Jahr 2008

wurden die adäquanzrelevanten Kriterien mit dem Leiturteil BGE 134 V 109 verschärft. Die drei Kriterien, in denen die Dauer mitentscheidend ist, wurden präzisiert. Es genügte fortan nicht mehr nur eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, sondern diese musste fortgesetzt spezifisch und belastend sein. Beim Kriterium der Dauerschmerzen mussten diese erheblich sein und den Lebensalltag beeinträchtigen und es genügte nicht mehr nur eine längere Arbeitsunfähigkeit vorweisen zu können, sondern die Versicherten mussten Anstrengung unternehmen, um die Arbeitsunfähigkeit zu überwinden und den Willen aufbringen, sich in den Arbeitsprozess wieder eingliedern zu lassen.

Rund zwei Jahre später entschied das EVG, die Rechtsprechung zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen sei sinngemäss auch für die Beurteilung der invalidisierenden Wirkung von Schleudertraumata anwendbar.⁵⁴

7 Rolle der Gerichte und der Versicherer für die Begutachtung

7.1 Vergabe medizinischer Gutachten in der Schweiz

Im Sozialversicherungsbereich geben in erster Linie die Versicherer die Begutachtungen in Auftrag. Es ist ihre Aufgabe, den Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären (Untersuchungsgrundsatz). Sind die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren in rechtserheblichen Punkten nicht ausreichend beweiskräftig, ist in der Regel ein Gerichtsgutachten erforderlich (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.5).

Holt der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhaltes ein Gutachten eines unabhängigen Sachverständigen ein, so muss er gemäss Art. 44 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) der Partei dessen Namen bekannt geben. Diese kann die Gutachterin bzw. den Gutachter aus triftigen Gründen innert 10 Tagen ablehnen und Gegenvorschläge machen. Als Ablehnungsgründe anerkennt das Bundesgericht grundsätzlich solche formeller Natur, d.h. gesetzliche Ausstandsgründe (persönliche Interessen in der Sache; Ehe, eingetragene Partnerschaft, faktische Lebensgemeinschaft; nahe Verwandtschaft; Vorbefasstheit oder Befangenheit). Gründe materieller Natur wie fachliche Spezialisierung oder Sachkunde sind dagegen in der Regel bei der Beweiswürdigung zu behandeln (BGE 132 V 93 E. 6.5).

Besonders geregelt ist die Vergabe von bi- und polydisziplinären Gutachten in der Invalidenversicherung. Diese müssen nach dem Zufallsprinzip an eine Gutachterstelle vergeben werden, mit welcher das BSV eine Vereinbarung getroffen hat (Art. 72bis IVV). Die Vergabe erfolgt mittels der internetbasierten Plattform «SuisseMED@P». Nebst allen darin enthaltenen Vergabemodalitäten werden in der Vereinbarung auch die Qualitätssicherung sowie die Tarifierung vorgeschrieben. Ende 2021 waren gesamtschweizerisch 33 Gutachterstellen zugelassen. **Eine freihändige Gutachtensvergabe ist in der IV nur noch bei monodisziplinären Gutachten möglich.**

Die Suva als grösster Unfallversicherer mit dem Teilmonopol der Bauwirtschaft und Industrie hat im Jahre 2007 die Gutachten-Clearing-Stelle eingeführt.

Diese vermittelt im Auftrag von Sachbearbeitenden des Versicherers medizinische Begutachtungsaufträge und unterstützt deren Abwicklung in administrativer Hinsicht. Das Gutachter:innen-Netzwerk wurde kontinuierlich ausgebaut und umfasst sowohl Einzelgutachter:innen wie auch Gutachteninstitute.

Bei freihändiger Gutachtensvergabe sind die Mitwirkungsrechte der Versicherer zu beachten, nämlich die erwähnte Mitsprache bei der Gutachter:innenauswahl, was bei Uneinigkeit eine anfechtbare Zwischenverfügung des Versicherers bedingt (Art. 44 Abs. 4 ATSG). Bei allen Vergaben sind die Mitwirkungsrechte bei der Stellungnahme zu den Gutachterfragen resp. der Möglichkeit zu eigenen Fragestellungen zu gewähren (Art. 44 Abs. 3 ATSG).

Im Privatversicherungsbereich gibt es keine festgelegten Mitwirkungsrechte, dennoch beziehen die Versicherer meist im Sinne der Prozessbeschleunigung die Versicherten bei der Auswahl der Expertin oder des Experten und den Fragen bezüglich der Gutachterin oder des Gutachters.

Die Privatversicherer haben bis anhin eine zentrale Vergabestelle oder ein Zentrum für die Begutachtung stets abgelehnt. Allerdings kommt den Vergabekriterien hier auch eine kleinere Bedeutung zu als im Sozialversicherungsrecht, weil ein von einer Privatversicherung eingeholtes Gutachten nur als Parteibehauptung gilt.

Die Gerichte sind – bei Gerichtsgutachten – vollkommen frei in der Gutachter:innenauswahl und den Gutachter:innenfragen.

7.2 Beweiswerthierarchie von Gutachten

Es gibt keine strikte Vorschrift, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind, sondern es gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Entsprechend müssen Versicherer und Gerichte die Beweise frei, also ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss würdigen. Das Gericht muss alle Beweismittel, unabhängig ihrer Herkunft, objektiv prüfen und

danach entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf bei einander widersprechenden medizinischen Berichten der Prozess nicht erledigt werden, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abgestellt wird. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichts ist entscheidend, ob der Bericht für die strittigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten und der Anamnese abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin bzw. des Experten begründet sind. Gleichwohl erachtet es das Bundesgericht als mit der freien Beweiswürdigung vereinbar, bestimmte Gesichtspunkte zu definieren, an welchen der Beweiswert zu messen ist, auch wenn insoweit die Freiheit der Beweiswürdigung nicht unerheblich eingeschränkt wird.

So hat die Rechtsprechung für die Beweiswürdigung eine eigentliche Beweismittelhierarchie entwickelt. Demnach knüpft der Beweiswert einer medizinischen Beurteilung grundsätzlich daran an, welcher «Kategorie» sie zuzuordnen ist. Zuerst stehen dabei Gerichtsgutachten, gefolgt von sog. Administrativgutachten. Begründet wird die dieser Hierarchie zugrunde liegende Gewichtung damit, dass Gerichtsexpert:innen explizit dazu berufen werden, dem Gericht ihren Sachverstand zur Verfügung zu stellen. Auch im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Administrativgutachten, welche den rechtlichen Beweisforderungen genügen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen. Mit grösserer Zurückhaltung ist den versicherungsinternen Beurteilungen, Parteigutachten sowie den Einschätzungen behandelnder Haus- und Spezialärzt:innen zu begegnen, da besonders bei den letzten die Gefahr einer tendenziell eher parteilichen Beurteilung als erheblich angesehen wird. Ein Rollenwechsel von der behandelnden Person zur objektiven beurteilenden Person ist naturgemäss schwierig und wird zusätzlich dadurch erschwert, dass die behandelnden Ärzt:innen, in einem Vertrauensverhältnis zu ihren Patient:innen stehen,

das tendenziell eine gewisse Zurückhaltung begünstigt, die ihnen im therapeutischen Setting präsentierten Beschwerden anzuzweifeln. Insbesondere wenn behandelnden Ärztinnen und Ärzten der Rollenwechsel von der therapierenden Fachperson zur neutralen beurteilenden Fachperson gelungen ist, darf ihre Beurteilung aber nicht ohne weiteres ungewürdigt bleiben. Bei sorgfältigen und nachvollziehbar begründeten Beurteilungen behandelnder Ärzt:innen, die nicht massgeblich auf unkritisch übernommenen Schilderungen der versicherten Person beruhen, darf das Versicherungsgericht nicht auf eine sorgfältige Abwägung verzichten, ob es konkret gerechtfertigt ist, auf eine inhaltliche Auseinandersetzung nur wegen des grundsätzlich geringeren Beweiswerts zu verzichten.

Ergänzend und in Gegenüberstellung zum Sozialversicherungsrecht ist im Privatrecht (Zivilprozess) auf die Besonderheit der Regelungen von Parteigutachten und gemeinsam von den Parteien in Auftrag gegebenen Gutachten (vorprozessual) folgendes anzumerken:

Das wegweisende bundesgerichtliche Urteil vom 11. September 2015 (BGE 141 III 433) stellt für das **Privatgutachten** im Zivilprozess folgende Grundsätze auf:

- Das Privatgutachten ist kein Beweismittel, weder ein Gutachten noch eine Urkunde im Sinne von Art. 168 Abs. 1 lit. b. und d. ZPO.
- Das Privatgutachten ist Parteibehauptung.
- Die sozialversicherungsrechtliche Rechtsprechung gilt für ein Privatgutachten im Zivilprozess nicht.
- Das Privatgutachten gilt im Zivilprozess als detailliert vorgebrachter Sachverhalt, welcher einzeln bestritten werden muss, pauschale Bestreitung reichen nicht aus.
- Parteigutachten können zusammen mit den durch Beweismittel nachgewiesene Indizien den Beweis erbringen.

Damit dem von versicherungsmedizinischen Begutachtenden verfassten Parteigutachten das gehörige Gewicht in der Beweiswürdigung zudedacht werden kann, sollte das Gutachten jeweils zu Beginn ein umfangreiches Akten-

verzeichnis enthalten über die Dokumente, die sie oder er von der Auftraggeberin bzw. vom Auftraggeber erhalten hat und sie oder er sollte in den Ausführungen jeweils einzeln und konkret auf diese Dokumente verweisen und hieraus auch ihren oder seinen Sachverhalt und Würdigung ableiten. Ebenso sollte die begutachtende Person in ihren Schlussfolgerungen auf Studien, medizinische Literatur und Leitlinien verweisen können. Auf diese Weise kann das Parteigutachten zusammen mit der Patient:innendokumentation den Beweis erbringen.

Ein **von den Parteien gemeinsam in Auftrag gegebenes Gutachten** (vorprozessual) stellt ebenso wenig ein Gerichtsgutachten bzw. eine Urkunde im Sinne von Art. 168 Abs. 1 lit. b. und d. ZPO dar. Es gelten die entsprechenden Ausführungen zum Privatgutachten. Die gemeinsame Beauftragung rechtfertigt allerdings einen höheren Stellenwert in der «Beweismittelhierarchie» in einem Zivilprozess. In diesem Fall geht das Gericht nämlich nicht von einem bestrittenen Sachverhalt aus, sondern überprüft die medizinischen Schlussfolgerungen im Hinblick auf ihre Nachvollziehbarkeit.

Als Alternative zur detaillierten Parteibehauptung könnte gemäss Art. 175 ZPO sowohl die oder der Begutachtende für ein Parteigutachten als auch die begutachtende Person, die von den Parteien gemeinsam beauftragt wurde, als sachverständige Person vor Gericht ihre oder seine Beurteilungen abgeben. Hierfür müsste sie oder er von mindestens einer Partei als sachverständige Person aufgerufen werden. Als dann würde der Inhalt des Gutachtens mündlich nochmals vorgetragen und als Zeugenaussage gewürdigt, sofern das Gericht dieses Beweismittel zulässt.

Vollen Beweiswert kann ein Gutachten (Fremdgutachten) im Zivilverfahren haben, welches in einem anderen Verfahren durch eine Behörde eingeholt wurde unter Wahrung rechtlichen Gehörs (vgl. BGE 140 III 24, E. 3.3.1.3):

«Dass das vorliegende MEDAS-Gutachten nicht tauglich wäre, in einem allfälligen Hauptprozess als gerichtliches Gutachten i.S. von Art. 183 ff. ZPO berücksichtigt zu werden, macht die Beschwerdeführerin zu Recht nicht geltend. In

der Lehre wird die (zutreffende) Auffassung vertreten, dass der Zivilrichter ein Gutachten, das von einer anderen Behörde in Auftrag gegeben und in einem anderen Verfahren erstattet wurde (z.B. ein im Strafverfahren eingeholtes verkehrstechnisches Gutachten oder eine von einem Sozialversicherungsträger veranlasste medizinische Expertise), als gerichtliches Gutachten beiziehen darf. Die Beweistauglichkeit solcher Fremdgutachten wird dadurch nicht in Frage gestellt, dass den Parteien diesbezüglich im Hauptprozess das rechtliche Gehör zu gewähren ist, wozu ausser einer Stellungnahme zum Inhalt des Fremdgutachtens (Art. 187 Abs. 4 ZPO) auch die Möglichkeit gehört, sich nachträglich noch zur Person des Gutachters (Art. 183 Abs. 2 ZPO) zu äussern und Ergänzungsfragen (Art. 185 Abs. 2 ZPO) zu stellen (...). Fremdgutachten sind mithin ebenso beweistauglich wie die vom Zivilrichter selbst eingeholten Gutachten, wobei sich ihre Beweiskraft selbstverständlich nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 157 ZPO) richtet und ein neues Gutachten zu denselben Gutachterfragen angeordnet werden kann, wenn die Feststellungen und Schlussfolgerungen eines Fremdgutachtens einer kritischen Würdigung nicht standhalten (.....)».

Demgegenüber ist einem Privatgutachten (wozu übrigens auch ein GGK und FMH-Gutachten gehören; sie sind keine behördliche oder staatliche Gutachten) kein Beweiswert zuzumessen. Privatgutachten sind qualifizierte Parteibehauptungen und keine Beweismittel.

8

Literaturverzeichnis

Zur Vertiefung der Thematik der Qualitätssicherung in der Begutachtung verweisen wir gerne auf folgende Beiträge, welche als Strukturgrundlage für das Verfassen eines Gutachtens verwendet werden können:

[Die Verwendung der International Classification of Functioning, Disability and Health \(ICF\) in der somatischen Begutachtung \(Teil 2\)](#)

Jörg Jeger

Quelle: MEDINFO 2018/1

[ICF und Begutachtung in der Psychiatrie – ein praktisches Beispiel](#)

Gerhard Ebner

Quelle: MEDINFO 2018/1

Qualitätssicherung in der versicherungsmedizinischen Begutachtung

Gerhard Ebner / Christoph Bosshard / Jörg Jeger / Andras Klipstein / Marc Oliver Koch / Hans Rudolf Stöckli

Quelle: [Schweizer Ärztezeitung 2021;102\(1920\):655-656](#)

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

Gerhard Ebner / Christoph Bosshard / Jörg Jeger / Andras Klipstein / Marc Oliver Koch

Quelle: [SZS Heft Nr. 3 2021 S. 132](#)

Siehe weiter:

Gutachtliche praxisrelevante Brennpunkte in der Versicherungsmedizin

Iris Herzog Zwitter

Quelle: [in Jusletter 30. August 2021 jusletter.weblaw.ch](#)

Literatur und Urteile Versicherungsmedizin:

<https://www.swiss-insurance-medicine.ch/de/fachwissen-und-tools>



Swiss Insurance Medicine
c/o Medworld AG
Administrative Office
Sennweidstrasse 46
6312 Steinhausen
Tel +41 (0)41 748 07 30
info@swiss-insurance-medicine.ch
www.swiss-insurance-medicine.ch

Herausgegeben von Swiss Insurance Medicine (SIM),
SIM Juristengruppe
Vierte, überarbeitete und aktualisierte Auflage (2023)

ISBN 978-3-907219-08-9 (PDF)