

Medizinische Begutachtung in der Schweiz

Dritte, überarbeitete und aktualisierte Auflage 2019



Swiss Insurance Medicine
Versicherungsmedizin Schweiz
Médecine des assurances suisse
Medicina assicurativa svizzera

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Bruno Soltermann,
MAS Versicherungsmedizin
Vorsitzender der Weiter- und
Fortbildungskommission der SIM

Swiss Insurance Medicine
c/o Medworld AG
Sennweidstrasse 46
6312 Steinhausen

Für die Durchsicht des deutschsprachigen
Manuskripts der zweiten Auflage im Jahre 2018
sowie die wertvollen Anregungen danke ich ganz
herzlich Frau Dr. iur. Iris Herzog-Zwitter,
Bildungsbeauftragte der SIM für die
Deutschschweiz sowie Frau lic. iur. und
RA Corinne Zbären, Stv. Geschäftsfeldleiterin
Invalidenversicherung und Herrn lic. iur. und
RA Marc Heimann, Ausbildung/Kommunikation
der Militärversicherung.

1	Einleitung	4
2	Rolle des ärztlichen Gutachters und die medizinische Begutachtung in der Schweiz	5
2.1	Geschichte der medizinischen Begutachtung in der Schweiz	5
2.2	Ausbildung zum medizinischen Gutachter	6
2.3	Qualität in der medizinischen Begutachtung	8
2.4	Leitlinien zur Begutachtung in der Schweiz	11
2.5	Unabhängigkeit medizinischer Gutachter	12
3	Spezielle Begutachtungsfragen	14
3.1	Begutachtung zur Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit / Leistungsfähigkeit	14
3.2	Kausalitätsgutachten	14
3.3	Unfallähnliche Körperschädigung (UKS)	16
3.4	Begutachtung bei kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma KZBT, sog. «Schleudertrauma» oder HWS-Distorsion	18
3.5	Begutachtung bei somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden	21
3.6	Berufskrankheit (BK)	23
3.7	Invaliditätsgutachten in der Privatversicherung	24
3.8	Integritätsschaden	24
3.9	Haftpflchtgutachten	26
3.9.1	Gemeinschaftliches Gutachter-Konsilium (GGK)	27
3.9.2	Aussergerichtliches Verfahren bei Vermutung von Behandlungsfehlern	28
3.10	Forensisch-Psychiatrische Gutachten	28
4	Rolle der Gerichte und der Versicherer für die Begutachtung	30
4.1	Vergabe medizinischer Gutachten in der Schweiz	30
4.2	Beweiswerthierarchie von Gutachten	32
5	Literaturverzeichnis	35

1 Einleitung

Abgrenzungsprobleme zwischen den Versicherungszweigen und Fehlanreize bei den Versicherten und geschädigten Personen führen zu vielen medizinischen Begutachtungen, insbesondere im Sozialversicherungsbereich und im Rechtsgebiet des Haftpflichtrechts. Es geht hierbei vor allem um die Frage der Ursachen möglicher Gesundheitsschädigungen (natürliche Kausalität in der Unfallversicherung und in der Haftpflichtversicherung) und damit schlussendlich, welcher Versicherer (Invalidenversicherer/Unfallversicherer/Haftpflichtversicherer/Taggeldversicherer) leistungspflichtig ist sowie dann auch, welche Versicherungsleistungen aufgrund des Gesundheitsschadens und der damit verbundenen Einschränkung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit geschuldet sind.

Der Aufsatz gibt einen Überblick über die Begutachtungssituation in der Schweiz. Für vertiefte Einblicke mit ausgedehnten Erklärungen sind die beiden Lehrbücher von Riemer-Kafka (2017) und Hoffmann-Richter (2012) empfohlen.

2 Rolle des ärztlichen Gutachters und die medizinische Begutachtung in der Schweiz

2.1 Geschichte der medizinischen Begutachtung in der Schweiz

Die Geschichte der medizinischen Begutachtung in der Schweiz geht auf über hundert Jahre zurück (Soltermann 2015). Im Jahre 1912 haben sich unfallmedizinisch engagierte Schweizer Ärzte vereinigt und in Bern die «Gesellschaft der Schweizer Unfallärzte» gegründet, um wichtige Unfall- und Standesfragen zu studieren. 1928 gab es eine Umbenennung zur «Schweizerischen Gesellschaft für Unfallmedizin und Berufskrankheiten» (SGUB). Im Jahre 1992 entstand daraus die «Schweizerische Gesellschaft für Traumatologie und Versicherungsmedizin» (SGTV). Das Ziel der neuen Gesellschaft war, Ärzte aller Fachrichtungen, die sich besonders mit der Traumatologie, der Rehabilitation sowie mit den in diesem Zusammenhang stehenden versicherungsmedizinischen und rechtlichen Fragen befassten, zu vereinigen. Seit Beginn im Jahre 1912 haben sich diese Ärzte – unabhängig der Namensgebung – immer auch mit der medizinischen Begutachtung im Unfall- wie auch im Haftpflichtversicherungsbereich auseinandergesetzt.

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. Jedoch erst im Rahmen der 4. IV-Revision im Jahre 2004 wurden in Art. 59 IVG 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 Ärzten in den kantonalen Stellen der Invalidenversicherung nicht erlaubt, Versicherte selber zu untersuchen. Trotz der RAD's braucht es die MEDAS, welche seit dem 1. März 2012 «polydisziplinäre Gutachterstellen» heissen, weiterhin, denn die Begutachtungen haben relativ stark zugenommen und die Rechtsprechung sowie Gesetzesrevisionen haben dazu geführt, dass die polydisziplinären Gutachterstellen verstärkt in die Begutachtungen mit einbezogen werden müssen. Die Überprüfung der Fälle gemäss befristeter Schlussbestimmung der IV-Revision 6a führte vorübergehend zu einer angespannten Situation. Seit 2018 normalisieren sich die Auftragszahlen wieder.

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 fand er, 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 Gutachterkurs im Unfallversicherungsbereich durch die Suva und den Schweizerischen Versicherungsverband (SVV) organisiert und durchgeführt. Der Kurs wurde von Versicherungsvertretern als zu einseitig durch die Versicherer beeinflusst kritisiert; deswegen übernahm in der Folge auf Anfrage der Versicherer, die Schweizerische Ärztesgesellschaft (FMH) die Schirmherrschaft für diese Gutachterkurse.

2.2 Ausbildung zum medizinischen Gutachter

Nach der Gründung der Swiss Insurance Medicine (SIM) – es handelt sich hierbei um eine interprofessionelle Interessengemeinschaft Versicherungsmedizin in der Schweiz – im Jahre 2003, hat die FMH die SIM gebeten, die Gutachterkurse weiterzuführen und auf die übrigen Versicherungsbereiche auszudehnen, einen modularen Aufbau zu gestalten, die Qualität weiter zu verbessern unter Wahrung der Neutralität und Ausschluss eines Sponsorings. Um die Neutralität zu gewährleisten wurde der gesamte Fortbildungskurs, bestehend aus vier zweitägigen Modulen, in einer Arbeitsgruppe unter Einschluss von medizinischen Fachgesellschaftsvertretern erarbeitet.

Die Referentinnen und Referenten stammen aus juristischen und medizinischen Fakultäten der Universitäten, aus freien Arzt- und Anwaltspraxen, aus Begutachtungsinstitutionen und Sozial- und Privatversicherern.

Die vier 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 Facharztstitels Orthopädische Chirurgie

und Traumatologie des Bewegungsapparates und des Facharztstitels Neurologie in der Schweiz. Das zweite Modul befasst sich vor allem mit der Begutachtung der Problematik zwischen Psyche und Soma und die Module drei und vier sind fachspezifisch und werden in enger Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachgesellschaften durchgeführt.

Zur Erlangung des Zertifikates musste bis im Jahre 2013 ein selbst erstelltes Gutachten zur Beurteilung durch einen Fachkollegen und einen Juristen bei der SIM eingegeben werden. Seit 2014 wird dies durch eine Multiple Choice-Prüfung abgelöst. Zu den Kursen sind auch die Neuropsychologen und die Chiropraktoren zugelassen, sodass neben dem Zertifikat für medizinische Begutachtung auch solche für neuropsychologische resp. für chiropraktische Begutachtung erlangt werden können. Von Juli 2008 bis Ende 2018 wurden 1513 Zertifikate an medizinische Gutachter, 75 an neuropsychologische Gutachter und 8 an chiropraktische Gutachter übergeben. Darunter gibt es Gutachter, welche fest bei Versicherern angestellt sind wie z. B. die Ärzte der regionalen ärztlichen Dienste der Invalidenversicherung oder die Kreisärzte der Suva. Diese Gutachter sind dem freien Gutachtermarkt entzogen. Die frei verfügbaren zertifizierten Gutachter sind auf der Webseite der SIM einsehbar (www.sim-ig.ch).

Alle fünf Jahre müssen sich die Gutachter rezertifizieren lassen. Dies bedingt den Nachweis einer kontinuierlichen Fortbildung von mindestens 50 Stunden an versicherungsmedizinischen Veranstaltungen, welche von der SIM anerkannt werden. Weder die Beurteilung der eingegebenen Gutachten noch die in den Jahren 2014 und 2015 durchgeführten MC-Prüfung waren sanktionierend. Ab 2016 muss die MC-Prüfung bestanden werden, um das Zertifikat ausgehändigt zu bekommen.

Seit Anfang 2017 gibt es ein fünftes Modul. In diesem 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. Damit wird eine möglichst authentische

und interaktive Ausbildungsform eingesetzt. Dieses Modul ist für den in Vorbereitung stehenden Fähigkeitsausweis Medizinische Begutachtung vorgesehen.

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 Primärnutzer, also insbesondere die Sachbearbeitenden und Juristen der Suva als Auftraggeber, 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 Sekundärnutzer, also Anwälte, Richter, Obergutachter oder Versicherungsmediziner waren jedoch nur gerade zu 51% mit den Gutachten zufrieden, in dem diese auf den vom Bundesgericht im Bundesgerichtsentscheid BGE 125 V 351 festgelegten Grundsätzen zum Beweiswert abstellten. Als Folgerung daraus ergab sich, dass die Zufriedenheit der Auftraggeber nicht unbedingt bedeutet, dass das Gutachten einen hohen Nutzwert aufweist, sondern Qualitätssicherung erfordert auch versicherungsmedizinischen Sachverstand.

Im Jahre 2009 wurde dann 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 (Auerbach) veröffentlicht. Die Studie wurde von der Swiss Insurance Medicine 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 geliefert haben. 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 3165 Gutachten aus allen drei Sprachregionen der Invaliden-, Unfall-, Krankentaggeld- und Haftpflichtversicherungen ausgewertet werden. Die weitaus häufigsten Gutachten stammten aus den Fachbereichen Psychiatrie und Rheumatologie. Die Untersuchungen zeigten, dass Auftraggeber zu 80% mit der Gutachtenqualität zufrieden waren. Die Qualitätsbeurteilung durch medizinische Experten 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.

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 Reviewer überzeugten 86% der Gutachten mit einer Argumentation, welche die Beweiskriterien 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 Swiss Insurance Medicine SIM zur Begutachtung zu tun hat, zum andern durch die von verschiedenen Fachgesellschaften erarbeiteten Leitlinien zur Begutachtung (vgl. auch Abschnitt 2.4) wie auch der 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 Bundesamt für Sozialversicherungen eine Studie zur ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung der medizinischen Gutachterinnen und Gutachter bei der Firma Interface Luzern (Laubereau et al.) in Auftrag gegeben. Grund hierfür war, dass die Qualität der Gutachten wie auch die Unabhängigkeit der medizinischen Gutachter von der Öffentlichkeit und den Medien immer wieder in Zweifel gezogen wurden.

Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass die erwähnten Zweifel nicht berechtigt sind. Die medizinischen Gutachterinnen und Gutachter sind erfahren, gut qualifiziert und arbeiten vorwiegend in der Schweiz. Sie weisen ein breites Spektrum an Facharzttiteln auf und haben zu rund drei Vierteln einen Fortbildungsabschluss in Versicherungsmedizin; am häufigsten verbreitet sind die Zertifikate der Swiss Insurance Medicine. Rund die Hälfte der Gutachterinnen und Gutachter arbeitet zu weniger als 25% in der Begutachtung; knapp ein Drittel wendet zwischen 25 und 50% ihrer Arbeitszeit für die gutachterliche Tätigkeit auf; es besteht also keine finanzielle Abhängigkeit.

Trotz dieser äusserst positiven Erkenntnisse gibt es doch Handlungsbedarf, der vorwiegend von den Gutachterinnen und Gutachtern selber ausgesprochen wurde, denn diese wünschen sich einen stärkeren Praxisbezug der Bildungsangebote und vermehrt medizinisch-juristische Fortbildungen.

Die Studienautoren selber haben sechs Empfehlungen zur verbesserten Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gutachterinnen und Gutachter gemacht und damit zur weiteren Steigerung der Gutachtenqualität. Die SIM hat anlässlich ihrer Fortbildungstagung im November 2018 diese Empfehlungen diskutiert (Soltermann, Ebner) und wird versuchen, diese nun nach und nach umzusetzen.

Im Wissen, dass Gutachterinnen und Gutachter auf Rückmeldungen angewiesen sind, um deren fortlaufende Qualität zu sichern und zu steigern, verwenden nebst der Suva mit ihrer Clearing-Stelle auch die Privatversicherer seit 2014 einen Gutachten-Evaluationsbogen, welcher eine differenzierte Beurteilung des Gutachtens innerhalb einer angemessenen Zeit ermöglicht. Das Hauptaugenmerk wird auf die Evaluation durch die Versicherungsjuristen oder

Versicherungsfachleute gelegt, denn diese haben das Gutachten in Auftrag gegeben und müssen den Fall damit weiter beurteilen. Falls es in medizinischer Hinsicht Unklarheiten gibt, so kann der Versicherungsjurist oder die Versicherungsfachperson eine beratende Ärztin oder einen beratenden Arzt hinzuziehen. Auch das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) wird im Laufe des Jahres 2019 mithilfe einer Arbeitsgruppe «Qualitätssicherung bei Gutachten» leitlinienkonforme und operationalisierte Kriterien für die Evaluation der Gutachten erarbeiten.

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 Gutachtern besteht. Die Zwischenergebnisse zur RELY 1-Studie bestätigen die geringe Reliabilität (www.unispital-basel.ch/ebim/RELY), die RELY 2 und 3-Studien sind bis zur Drucklegung auf der EbIM-Webseite noch nicht publiziert.

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) und Orthopädie (2017). Die Neurologen arbeiten noch an ihren fachspezifischen Leitlinien und sollten diese bald einmal veröffentlichen.

In den aktuellen Leitlinien ist der Bundesgerichtsentscheid BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 berücksichtigt worden, in welchem die Richter ein strukturiertes Beweisverfahren anhand vorgegebener Indikatoren verlangen, vgl. auch Ab-

schnitt 3.5. 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.

Um die fachspezifischen Leitlinien den Gutachtern näher zu bringen, haben der Rheumatologe Jörg Jeger und der Psychiater Gerhard Ebner in den beiden Medinfo-Ausgaben 2017/2 und 2018/1 sowie in der Fachzeitschrift «Versicherungsmedizin» (2018) die entsprechende Anwendung anhand von Fällen sehr gut dargestellt.

Die Schweizerische Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen hat im Jahre 2011 erstmals Leitlinien für die neuropsychologische Begutachtung publiziert und diese dann 2016 revidiert. In aller Regel sind neuropsychologische Gutachten Bestandteil einer polydisziplinären Begutachtung und fliessen in die Gesamtbeurteilung des Gutachtens ein.

2.5 Unabhängigkeit medizinischer Gutachter

In der Studie über die medizinische Gutachtensituation in der Schweiz (MGS-Studie 2011) zeigte sich, dass zwei Drittel der medizinischen Gutachten von Gutachtern in der Arztpraxis und in Spitälern sowie ein Drittel von spezialisierten Gutachtensinstitutionen erstellt werden. Hochrechnungen ergaben eine jährliche Gesamtzahl von rund 39'000 Gutachten mit einem geschätzten Auftragsvolumen von rund 160 Millionen Schweizer Franken. Dies ist ein beachtlicher Betrag, verglichen mit den Kosten innerhalb des Gesundheitswesens von nunmehr rund 80 Milliarden Schweizer Franken aber doch sehr gering.

Es wird immer wieder vorgebracht, die Gutachter würden tendenziell versicherungsfreundliche Gutachten abliefern, da sie finanziell von den Versicherern abhängig seien. Der unter 2.3. beschriebene Forschungsbericht von Laubereau et al. aus dem Jahr 2017 zeigt das Gegenteil und würden Gutachter dermas-

sen arbeiten, so würde sich dies in versicherungsinternen Evaluationen und insbesondere in der von den Richtern geforderten Qualität in BGE 125 V 352 negativ niederschlagen. Solche Gutachten hätten nicht volle Beweiskraft und würden der Beweisführung entzogen, was nicht im Sinne eines Versicherers sein kann. Versicherungsgesellschaften sind also gut beraten, objektiv beurteilenden Gutachtern Aufträge zu erteilen, denn die Richter stellen auf das Gutachten nur ab, wenn die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind.

Damit es aber dennoch nicht zu einer wirtschaftlichen Abhängigkeit kommt, erteilt zum Beispiel die Suva einem einzelnen Gutachter höchstens zwanzig und den Gutachterinstitutionen nicht über fünfzig Gutachtaufträge pro Jahr (Ludwig 2013). Im Weiteren muss jeder Gutachter eine Erklärung zur Unabhängigkeit, Unbefangenheit und Objektivität unterschreiben.

Auch die 31 polydisziplinären Gutachterstellen (Stand 4. Januar 2019), welche für die Invalidenversicherung polydisziplinäre Gutachten erstellen, müssen eine Vereinbarung unterzeichnen, in welcher klar darauf hingewiesen wird, dass die Gutachterstelle gegenüber dem BSV oder den IV-Stellen nicht weisungsgebunden ist und die Gutachten nach bestem ärztlichen Wissen und Gewissen entsprechend dem anerkannten Wissensstand der Medizin erstellt werden. Die Gutachterstelle muss auch garantieren, dass die Unabhängigkeit und Unparteilichkeit gewährleistet ist sowie ausreichende Kenntnisse über das Gesundheits- und Versicherungswesen in der Schweiz vorhanden sind. Neu müssen die Gutachterinnen und Gutachter dieser polydisziplinären Gutachterstellen das Gutachten nach einem vom BSV fest vorgeschriebenen Fragebogen erstellen (Hermelink 2017); dieser lehnt sich an die Vorgaben des BGE 141 V 281, vgl. unter 3.5. Die Zuteilung von Aufträgen für polydisziplinäre Gutachten erfolgt über die Internetplattform «SuisseMED@P» (Art. 72bis Abs. 2 IVV), siehe auch unter 4.1.

3 Spezielle Begutachtungsfragen

3.1 Begutachtung zur Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit / Leistungsfähigkeit

Dies sind die häufigsten Gutachtaufträge. Leider machen immer noch viele Gutachter trotz intensiver Weiter- und Fortbildung durch die Swiss Insurance Medicine den Fehler, die Leistungseinschätzung resp. die Arbeitsunfähigkeit direkt auf die Diagnose abzustützen anstatt aufzuzeigen, welche Fähigkeiten aufgrund der Diagnosen gestört sind und wie sich diese Fähigkeitsstörungen auf Aktivität und Teilhabe auswirken. Dies ermöglicht einen Vergleich des Fähigkeitsprofils mit den Anforderungen des Arbeitsplatzes. Zudem müssen die Gutachter aufzeigen, dass eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen besteht (BGE 141 V 281). Weiter kommt hinzu, dass die Arbeitsfähigkeit nicht einfach in Prozenten angegeben werden soll, wie dies häufig noch in Gutachterfragen anzutreffen ist, sondern die Arbeitsfähigkeit hat zwei Komponenten, nämlich die Tätigkeitsbelastung und der zeitliche Einsatz, was differenziert dargelegt werden muss.

3.2 Kausalitätsgutachten

Der medizinische Gutachter äussert sich ausschliesslich zur natürlichen Kausalität bei einem Gutachten der Unfallversicherung und des Haftpflichtversicherers. Der Gutachter erklärt die Plausibilität einer Beziehung zwischen einem geltend gemachten Schadenereignis und der geltend gemachten Körperschädigung. Er sagt nichts aus über den adäquaten Kausalzusammenhang, das heisst die versicherungsmässige, rechtliche Zuordnung; vgl. unten.

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. Ursachen im Sinne der natürlichen Kausalität sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann (BGE 117 V 359). Es geht hierbei also darum zu beurteilen und zu beant-

worten, ob die geklagten Beschwerden und die Befunde Unfallfolgen oder Krankheit sind. Wären diese beiden Versicherungsbereiche in den Leistungen gleichgestellt, so gäbe es diese Fragen gar nicht. Da Unfallgeschädigte und somit häufig auch Haftpflichtgeschädigte leistungsrechtlich bessergestellt sind als bei Einstufung von Krankheitsfolge, besteht ein grosser Anreiz, eine Unfallfolge geltend zu machen. Als Paradebeispiel dafür kann das «typische Beschwerdebild nach Schleudertrauma» (BGE 117 V 359) genannt werden, das unspezifische Beschwerden einem Unfall zuordnete, was dann das Bundesgericht nach und nach wieder rückgängig machte.

Beim Kausalitätsgutachten geht es darum, nach dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit den Beweis zu erbringen, dass 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). 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 des Exploranden, 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. Dabei ist aber auch zu beachten, dass in der Praxis oft ein Zusammentreffen von mehreren Ursachen vorliegt. Auch im Falle einer solchen Teilkausalität sind alle Aspekte der natürlichen Kausalität darzulegen.

Die versicherungsmedizinische Grundvoraussetzung für eine schlüssige und kohärente Beurteilung der natürlichen Kausalität ist ein klares Verständnis der versicherungsmedizinischen Terminologie und deren Bedeutung wie z.B. status quo ante, status quo sine, temporäre Verschlimmerung, richtunggebende

Verschlimmerung, Vorzustand (Soltermann 2001), Kenntnisse des Beweismasses (Kindscher 2009) sowie der unfallähnlichen Körperschädigung (UKS) und der Berufskrankheit. Ein versicherungsmedizinisches Glossar kann auf der SIM-Webseite eingesehen werden (www.swiss-insurance-medicine.ch).

3.3 Unfallähnliche Körperschädigung (UKS)

Die UKS ist seit jeher ein Spezialfall im Schweizerischen Sozialversicherungsbereich. Bei der UKS musste bis Ende 2016 die Legaldefinition von Art. 4 ATSG für den Unfallbegriff nicht vollständig erfüllt sein, die Ungewöhnlichkeit durfte fehlen. Die übrigen Attribute «plötzlich, unbeabsichtigt, von aussen kommend und schädigend» mussten erfüllt sein. Der Ursprung dieser Eigenheit stammte aus der Überzeugung der Suva, dass es stossend sei, junge Leute mit einer Sportverletzung bei nicht erfüllten Unfallkriterien der Krankenkasse zu überlassen. Die Suva hat bereits vor 1984 solche Fälle mit z.B. Meniskusrissen bei ansonsten vollkommen bledem Kniegelenk aber auch Muskel- oder Sehnenrisse und auch Bandläsionen übernommen.

Diese freiwillige Praxis wurde ins neue UVG 1984 übernommen und in der damaligen Unfallversicherungsverordnung UVV Art. 9 wurde eine abschliessende Liste von acht Körperschädigungen aufgeführt, welche Unfällen auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkungen gleichgestellt wurden, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen waren:

- a. Knochenbrüche
- b. Verrenkungen von Gelenken
- c. Meniskusrisse
- d. Muskelrisse
- e. Muskelzerrungen
- f. Sehnenrisse
- g. Bandläsionen
- h. Trommelfellverletzungen

Diese Praxis führte immer wieder zu versicherungsmedizinischen Diskussionen, nach welchen Kriterien der Körperschaden als eindeutig krankhaft oder degenerativ zu beurteilen sei.

Noch im Jahre 2000 hat eine Gruppe aus Versicherungsmedizinern, Unfallchirurgen, Orthopäden und Radiologen einen Kriterienkatalog für die beiden am stärksten diskutierten Diagnosen der Meniskusrisse und der Rotatorenmanschettenrisse erstellt, um eine möglichst beurteilungsgleiche Situation zu erreichen und damit die Rechtsgleichheit zu unterstützen. Es kam lediglich noch zur Publikation für die Beurteilung der Rotatorenmanschettenrisse (Bär et al. 2000), denn das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht EVG hat mit Urteil U 398/00 vom 5. Juni 2001 alle Überlegungen und Erklärungen der Ärzte zur Makulatur gemacht, indem die Richter festgelegt haben, selbst wenn der Schaden eindeutig auf einem pathologischen oder degenerativen Prozess beruhe, aber durch ein sinnfälliges Ereignis ausgelöst oder manifest wurde, so sei dies eine unfallähnliche Körperschädigung UKS.

Seither beschränkte sich die Aufgabe der Ärzteschaft nur noch auf die Anamneseerhebung und die Diagnosestellung resp. auf die Bestätigung der Diagnose. Der Rechtsanwender beurteilte das Vorliegen eines echtzeitlich geeigneten sinnfälligen Ereignisses, wobei hierfür ein gewisses gesteigertes Gefährdungspotenzial respektive eine allgemein gesteigerte Gefahrenlage vorliegen musste, was bei normalen Lebensvorrichtungen (Aufstehen, Absitzen, Abliegen, Bewegen im Raum, Handreichungen usw.) nicht der Fall ist.

Mit der ab 1. Januar 2017 in Kraft getretenen UVG-Revision hat sich die Beurteilung der UKS nochmals geändert. Der Gesetzgeber wollte zum einen diese aus dem äusseren Faktor hervorgegangene Rechtsprechung mit Schwierigkeiten für die Unfallversicherer und Unsicherheiten bei den Versicherten eliminieren und zum andern die Krankenversicherer entlasten. Es wurde eine neue Regelung im UVG geschaffen, welche auf das Kriterium des äusseren Faktors verzichtet. Bei Vorliegen einer Listendiagnose im Sinne vom neuen Art. 6 Abs. 2 UVG, d.h. bei Vorliegen einer der in dieser Bestimmung abschliessend

aufgelisteten acht bisherigen Körperschädigungen, besteht die gesetzliche Vermutung, dass eine vom Unfallversicherer zu übernehmende unfallähnliche Körperschädigung vorliegt. Der Unfallversicherer kann diese Vermutung umstossen und sich von seiner Leistungspflicht befreien, indem er nachweist, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Somit ist ab 2017 die medizinische Abklärung von den Versicherern wieder gefragt, denn nur der Mediziner kann die bildgebenden und klinischen Befunde des konkreten Falls betreffend vorwiegender Abnützung oder Erkrankung einschätzen, vgl. auch Ad-hoc-Kommission Schaden UVG Nr. 2/86 mit Revision vom 24. März 2017.

3.4 Begutachtung bei kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma KZBT, sog. «Schleudertrauma» oder HWS-Distorsion

In der Schweiz wurde über rund zwei Jahrzehnte eine Rechtsprechung ausgeübt, welche, zu einer eigentlichen «Schleudertrauma-Epidemie» führte.

Begonnen hat alles 1991 mit dem BGE 117 V 359, welcher auch als «Salanitri-Urteil» in die Geschichte des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes (EVG) einging. Damals hat das EVG den Entscheid gefällt, dass bei einem diagnostizierten «Schleudertrauma der HWS» und dem Vorliegen eines gemäss EVG für diese Verletzung typischen Beschwerdebildes mit 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 sei.

In der Folge haben sich innerhalb von zehn Jahren bei einer Verdoppelung von KZBT die Kosten für «Schleudertraumafälle» in der Deutschschweiz verfünffacht und in der Welschschweiz verdoppelt.

Die Versicherer haben zu Beginn des neuen Jahrtausends das Case Manage-

ment eingeführt und haben damit von «deny and defend» zu «accept and assist» gewechselt. Zusätzlich wurde im Jahre 2004 die Studie des Europäischen Versicherungsverbandes (Comité Européen des Assurances, CEA) zu Schadenhäufigkeit und Schadenaufwand bei leichten Verletzungen der Halswirbelsäule durchgeführt und im Jahre 2006 und 2008 von Chappuis und Soltermann mit besonderem Blick auf die Schweizer Verhältnisse publiziert. Hierin kam klar zum Ausdruck, dass die Schweiz weitaus die höchsten Schadensätze beim sog. «Schleudertrauma» hatte und dass es grosse Unterschiede zwischen der Deutschschweiz und der Romandie gab. Dies führte dazu, dass die Adäquanzprüfung beim KZBT im Jahre 2008 mit dem BGE 134 V 109 verschärft wurde.

Im Folgenden soll auf die Adäquanz resp. den adäquaten Kausalzusammenhang näher eingegangen werden, obwohl dieser nicht durch den medizinischen Gutachter zu beantworten ist, sondern durch 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 (BGE 125 V 456).

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 wie bei psychischen Folgeschäden nach Unfällen hat das EVG eine Praxis entwickelt, um eine rechtsgleiche Behandlung herbeizuführen (BGE 115 V 133, sog. Psychopraxis). Das EVG hat hierfür die Unfälle in leichte, mittelschwere und schwere Unfälle eingeteilt. Diese Einteilung gilt nur für den Sozialversicherungsbereich, jedoch nicht für den Haftpflichtbereich.

Bei leichten Unfällen wie z. B. Stolpern oder leichteren Sturzereignissen, leichten Bagatelverkehrsunfällen, 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 und umgekehrt, und auch je ausgeprägter ein Kriterium ist, umso weniger braucht es von den anderen um die Adäquanz zu anerkennen. Wie weiter vorne bereits erwähnt, wurden mit dem BGE 134 V 109 die Adäquanzkriterien für das KZBT 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 die Anstrengung unternehmen, um die Arbeitsunfähigkeit zu überwinden und den Willen aufbringen, sich in den Arbeitsprozess wieder eingliedern zu lassen.

Der nächste verschärfende Schritt in der Eindämmung der ausufernden Schleudertraumafälle war dann die Unterstellung der KZBT-Fälle zur seit 2004 bestehenden «Überwindbarkeitspraxis», welche im nächsten Unterkapitel ausgeführt wird.

3.5

Begutachtung bei somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden

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 Invaliditätsrente galt als Ausnahme.

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

Das Bundesgericht hat bei der somatoformen Schmerzstörung somit die fehlende Objektivierbarkeit behelfsweise durch den Einsatz von Indizien zu kompensieren versucht.

Der Hintergrund dieses Urteils war die notwendige Korrektur eines in den 90-er Jahren ausufernden Invaliditätsbegriffs und die Tatsache, dass damals durch die Ärzte häufig ein direkter Schluss von der Diagnose auf die Arbeitsunfähigkeit gemacht wurde.

In den Folgejahren wurden dann weitere «pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlagen sog. «PÄUSBONOG» (Akronym von Jeger 2013) dieser Überwindbarkeitspraxis unterstellt (BGE 136 V 279). In Ärztekreisen wurde dieser Praxis von allem Anfang an sehr skeptisch begegnet und auch in juristischen Fachkreisen kritisiert.

Im Jahre 2014 wurde von privater Seite (Anwaltsbüro indemnis) eine gutachterliche Expertise aus psychosomatisch-psychiatrischer Sicht bei Henningsen (2014) in Auftrag gegeben.

Im Fazit seiner Expertise schreibt er unter anderem, dass die «Vermutung», es gäbe einen grundsätzlichen Unterschied zwischen somatoformen/funktionellen und anderen psychischen Störungen hinsichtlich ihres Schweregrads und hinsichtlich der Überwindbarkeit durch zumutbare Willensanspannung, sei empirisch nicht haltbar. Das Vorliegen einer organisch eindeutig definierten und damit auch naturwissenschaftlich beweisbaren Pathologie allein sage in sehr vielen Fällen wenig über die Aktivität und Partizipationsfähigkeit aus. Das Nicht-Vorliegen einer solchen naturwissenschaftlich beweisbaren Pathologie sage ebenso wenig über die Aktivität und Partizipationsfähigkeit aus. Erst die systematische Berücksichtigung der in jedem einzelnen Fall relevanten biologischen und psychosozialen ätiologischen Faktoren, der Ressourcen und der Schweregrad- und Konsistenzindikatoren erlaube eine verlässliche medizinische Beurteilung der verbleibenden Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit und ggf. anderer sozialmedizinischer Fragen.

Dieses Gutachten 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. Mit BGE 143 V 418 vom 30.11.2017 hat das Bundesgericht die Rechtsprechung auf alle psychischen Störungen ausgeweitet.

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 gutachterlichen Beurteilung. Der Gutachter, der es mit unscharfen Formulierungen vermeidet, diese nicht immer einfach zu bezeichnenden Sachverhalte medizinisch überprüfbar zu beschreiben, erweist den Versicherten keinen Dienst. Der Rechtsanwender wird bei bestehenden Zweifeln entscheiden, dass die Einschränkungen nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit begründet sind.

Das Gericht hat entsprechend den Ausführungen von Henningsen, die Überlegungen der ICF zur Begutachtung übernommen. Damit hat die seit längerem von Ärzten und Juristen 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 sowie in der Fachzeitschrift «Versicherungsmedizin» (2018). Im Weiteren hat das Bundesgericht die medizinischen Fachgesellschaften aufgefordert, entsprechende Begutachtungsleitlinien zu erarbeiten. Diese wurden inzwischen erstellt und veröffentlicht, vgl. unter 2.4.

3.6 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.

3.7 Invaliditätsgutachten in der Privatversicherung

Im Gegensatz zur Invalidität in der Sozialversicherung, welche eine ökonomische Grösse ist (Vergleich des möglich zu erzielenden Invalideneinkommens zum früheren Valideneinkommen), wird die Invalidität in der Privatversicherung nach vorgegebenen Gliedertabellen festgelegt. Diese sind in den AVB's festgelegt resp. werden bei Abschluss des Versicherungsvertrages mit dem Versicherungsnehmer individuell abgemacht. Der medizinische Gutachter muss also erstens den Gesundheitsschaden erheben und zweitens dann die Invalidität aufgrund der ihm mit dem Gutachtenauftrag mitgelieferten Gliedertabelle festlegen.

3.8 Integritätsschaden

In der Schweiz kennen wir die Integritätsentschädigung in der gesetzlichen Unfallversicherung (UVG) und die Integritätsentschädigungsrente in der Militärversicherung (MVG). Es werden damit immateriell bleibende Gesundheitsschädigungen finanziell ausgeglichen. Voraussetzung einer Entschädigung

ist die voraussichtlich lebenslang anhaltende Beeinträchtigung der Integrität, die sowohl somatisch wie auch psychisch sein kann. In der Unfallversicherung wird die Höhe der Entschädigung abstrakt und egalitär anhand von insgesamt 21 Tabellen – nach Organen oder Körperlokalisationen aufgeteilt – und dem jeweiligen Schweregrad des Schadens durch den Gutachter festgelegt. Für denselben medizinischen Befund ist somit die Entschädigung dieselbe. Die Bemessungsregeln finden sich im Anhang 3 der Unfallversicherungsverordnung (UVV). Es handelt sich hierbei um eine vom Bundesrat festgelegte Grobscala, welche von den Ärzten der Suva verfeinert und publiziert wird.

Die Entschädigung entspricht dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes, welcher zurzeit CHF 148'200 beträgt. Der Verlust eines Daumens entspricht einem Integritätsschaden von 20% und der Versicherte erhält somit eine Einmalzahlung von knapp CHF 30'000. Um in den Genuss einer Entschädigung zu gelangen muss der Integritätsschaden mindestens 5% betragen. Die IE-Tabellen der Unfallversicherung nach UVG können mitsamt einem Integritätsschaden-Rechner auf der Webseite der SIM (www.sim-ig.ch) eingesehen werden.

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 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. Der Gutachter muss also unter Berücksichtigung der konkreten Behinderungen und Benachteiligungen im täglichen Leben prüfen, ob der konkrete Schaden dem Richtwert entspricht resp. über- oder unterschreitet. Es werden somit alle Umstände des Einzelfalles 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.

3.9 Haftpflichtgutachten

Die medizinischen gutachterlichen Beurteilungen der Arbeits(un)fähigkeit und der natürlichen Kausalität in Haftpflichtgutachten bei Personenschäden entsprechen denjenigen im Sozialversicherungsbereich (Unfallversicherungs-

recht). Da im Haftpflichtbereich nicht das Alles-oder-Nichts-Prinzip gilt, ist den Vorzuständen aber ein besonderes Augenmerk zu geben, da die Versicherer oder Richter diese in der Ersatzbemessung berücksichtigen müssen. Bei der Adäquanzprüfung in der Haftpflichtversicherung, welche ebenfalls nur eine richterliche Aufgabe ist, müssen die Kriterien des Sozialversicherungsbereichs ausseracht 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.

3.9.1 Gemeinschaftliches Gutachter-Konsilium (GGK)

Der Prozess bei Haftpflichtfällen kann sich mitunter über Jahre hinweg ziehen, zum einen bis nur schon ein von den Parteien akzeptierter Gutachter gefunden wird, zum andern auch durch Gutachten und Gegengutachten. Um diese Zeit zu verkürzen und die Akzeptanz der gutachterlichen Beurteilungen zu fördern, wird gelegentlich bei komplexen Haftpflichtfällen ein sogenanntes Gemeinschaftliches Gutachter-Konsilium (GGK) aussergerichtlich durchgeführt. Hierfür bestimmen die geschädigte Person und der Haftpflichtversicherer einen oder mehrere medizinische Gutachter, 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.

3.9.2 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 Ärzte FMH eine Gutachterstelle zur Begutachtung von vermuteten ärztlichen Diagnose- und Behandlungsfehlern. Sie beauftragt in Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachgesellschaften einen Gutachter, wenn ein Patient einen Diagnose- oder Behandlungsfehler vermutet, der zu einem Gesundheitsschaden geführt hat. Die Parteien können sich zur Auswahl des Gutachters äussern; finden sich die Parteien nicht, so nominiert der Zentralvorstand der FMH einen Gutachter, der nicht abgelehnt werden kann.

In diesen Gutachten geht es zum ersten um die Beantwortung der Frage, ob 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.

Falls trotz des Gutachtens die aussergerichtliche Einigung misslingt, kann selbstverständlich eine gerichtliche Klage eingereicht werden.

3.10 Forensisch-Psychiatrische Gutachten

Die Schweizerische Gesellschaft für forensische Psychiatrie SGFP hat seit 2014 einen Schwerpunkt 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. Bei Abschluss der Weiterbildung muss der Kandidat mindestens 20 supervidierte strafrechtliche Gutachten und 10 Gutachten aus anderen Rechtsgebieten (ohne Notwendigkeit der Supervision durch Schwerpunkttitelträger) nachweisen.

4 Rolle der Gerichte und der Versicherer für die Begutachtung

4.1 Vergabe medizinischer Gutachten in der Schweiz

Im Schweizerischen Sozialversicherungsbereich sind es die Versicherer, welche die Begutachtungen in Auftrag geben, da sie von Amtes wegen den Sachverhalt abzuklären haben (Untersuchungsgrundsatz). Gerichte machen dies äusserst selten (Soltermann 2014).

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 den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und kann Gegenvorschläge machen.

Als Ablehnungsgründe wurden im BGE 132 V 93 solche formeller Natur bejaht, nämlich bei persönlichen Interessen oder Befangenheit, nicht aber diejenigen materieller Natur wie fachliche Qualifikation oder der Sorge betreffend Mangelhaftigkeit; letztere kommen bei der Beweiswürdigung zum Tragen. Im Sozialversicherungsbereich müssen die Mitwirkungsrechte des Versicherten beachtet werden, nämlich die erwähnte Mitsprache bei der Gutachterausswahl, was bei Uneinigkeit eine anfechtbare Zwischenverfügung des Versicherers bedingt, und die Mitwirkungsrechte bei der Stellungnahme zu den Gutachterfragen resp. der Möglichkeit zu eigenen Fragestellungen.

Im Privatversicherungsbereich gibt es keine festgelegten Mitwirkungsrechte, dennoch ziehen die Versicherer meist im Sinne der Prozessbeschleunigung die Versicherten bei der Auswahl des Experten und den Gutachterfragen mit ein.

Die Gerichte sind – bei Gerichtsgutachten – vollkommen frei in der Gutachterausswahl und den Gutachterfragen.

Im Bereiche der Invalidenversicherung hat sich mit dem Bundesgerichtsentscheid 137 V 210 vom 28. Juni 2011 eine grundlegende Änderung für polydisziplinäre Begutachtungen ergeben. Das höchste Gericht betrachtete aufgrund

von Abhängigkeits- und Befangenheitsbefürchtungen gegenüber den Gutachterstellen die Zuweisung der Aufträge nach dem Zufallsprinzip als indiziert. Das Vorhaben schien den Richtern nur für polydisziplinäre Begutachtungen geeignet, also Gutachten mit drei und mehr medizinischen Fachrichtungen inklusive der Neuropsychologie.

Die Pflicht zur Vergabe von Aufträgen von polydisziplinären Gutachten nach dem Zufallsprinzip wurde per 1. März 2012 in Art. 72 bis IVV (Verordnung über die Invalidenversicherung) verankert. Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) trifft mit interessierten polydisziplinären Gutachterstellen eine Vereinbarung. Diese Vereinbarung kommt einer Zulassung gleich, denn nur an solche Gutachterstellen dürfen die IV-Stellen polydisziplinäre Gutachten zur Beurteilung von Leistungsansprüchen in der Invalidenversicherung vergeben und zwar mittels der neu geschaffenen internetbasierten Plattform «Suisse-MED@P». Nebst allen darin enthaltenen Vergabemodalitäten werden in der Vereinbarung auch die Qualitätssicherung sowie die Tarifierung vorgeschrieben. Zurzeit sind es gesamtschweizerisch 31 Gutachterstellen, welche mit dem BSV diese Vereinbarung abgeschlossen haben. Diese Vergaberegulierung gilt nur für die Invalidenversicherung.

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-Netzwerk wurde kontinuierlich ausgebaut und umfasst sowohl Einzelgutachter wie auch Gutachteninstitute.

Die Privatversicherer haben bis anhin eine zentrale Vergabestelle oder ein Zentrum für die Begutachtung stets abgelehnt. Dies kam anlässlich einer Masterarbeit (Campen 2013) an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaft klar zum Ausdruck und wurde folgendermassen begründet: «Als Grundlage für diese Bewertung können die insgesamt gute Zufriedenheit der befragten Personen mit den bisherigen Leistungen und Abläufen in der

eigenen Institution genannt werden, aber auch die unterschiedlichen Interessen der Versicherungen auf Basis ihrer jeweiligen Spezialisierung.»

4.2 Beweiswerthierarchie von Gutachten

Die folgenden Ausführungen lehnen sich stark an den Bundesgerichtsentcheid BGE 125 V 351 an. Hierin wird dargelegt, dass es keine Vorschrift gibt, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind, sondern es gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Entsprechend müssen Versicherer und Richter die Beweise frei, also ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss würdigen. Der Richter 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. Es wird klar darauf hingewiesen, dass hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes entscheidend ist, 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 des Experten begründet sind. Dennoch erachtet es die Rechtsprechung trotz des Grundsatzes der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten, Grundsätze für die Beweiswürdigung aufzustellen.

Es gilt der Grundsatz, dass der Richter bei Gerichtsgutachten nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten abweicht, da es dessen Aufgabe ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise wider-

sprüchlich ist, wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt oder wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen.

Den durch die Sozialversicherer eingeholten Gutachten von externen Fachärzten, welche aufgrund der Akteneinsicht, eingehender Beobachtungen und Untersuchungen zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen.

Auch den Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt voller Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen.

Parteigutachten lassen nicht von vornherein Zweifel an ihrem Beweiswert aufkommen, denn auch Parteigutachten enthalten Äusserungen eines Sachverständigen, welche zur Feststellung eines medizinischen Sachverhalts beweismässig beitragen können. Ein solches Gutachten besitzt jedoch nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder von einem Sozialversicherer nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten. Der Richter ist jedoch verpflichtet, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Sozialversicherer förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist.

Gemäss BGE 125 V 351 soll der Richter bei Berichten von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mit Bezug auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer

5 Literaturverzeichnis

Patienten argumentieren. Der Hausarztbericht ist jedoch unentbehrlich für die Weichenstellung zu Beginn des Instruktionsverfahrens und des Entscheides über allfällige Massnahmen zur Integration und hat in diesem Sinne eine ihm eigene Funktion, die von der Begutachtung zu trennen wäre.

Unlängst hat das Bundesgericht im BGE 141 III 433 dargelegt, dass ein von einem Kranken-Taggeldversicherer – in der Schweiz sind die Taggeldversicherungen bei Krankheit nicht obligatorisch und entsprechend zivilrechtlich und nicht sozialversicherungsrechtlich zu behandeln – in den Prozess eingebrachtes Parteigutachten beweisrechtlich als Parteibehauptung zu qualifizieren sei, da ein solches gemäss der Zivilprozessordnung (ZPO), anders als im Sozialversicherungsverfahren, kein Beweismittel darstelle. Es handle sich hier also um besonders substantiierte Parteibehauptungen, welche durch andere Parteigutachten substantiiert widerlegt werden könnten.

Diese Rechtsprechung bringt Vorteile, da hierdurch eine Partei nicht mehr summarisch und abstrakt etwas behaupten bzw. bestreiten kann, sondern sie muss substantielle Fakten vorbringen, die dem Einzelfall gerecht werden.

Ad-hoc-Kommission Schaden UVG Nr. 2/86 UKS; Revision per 24. März 2017

Auerbach H, Bollag Y. et al. MGS Medizinische Gutachtensituation in der Schweiz: «Studie zur Einschätzung der Marktsituation und zur Schaffung von Markttransparenz und Qualitätssicherung». Schlussbericht vom Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG und der Academy of Swiss Insurance Medicine (asim) 2011

Bär E, Stutz K, Gächter A, Gerber C, Zanetti M. Defekte der Rotatorenmanschette und unfallähnliche Körperschädigung. Schweizerische Ärztezeitung 81: Nr 49, 2000

Campen K. Zentraler Versicherungsmedizinischer Dienst für die Privatversicherer in der Schweiz. Master Thesis am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW, 2013

Chappuis G, Soltermann B. Schadenhäufigkeit und Schadenaufwand bei leichten Verletzungen der Halswirbelsäule: Eine schweizerische Besonderheit? Schweiz Med Forum 2006; 6:398-406

Chappuis G, Soltermann B. Number and cost of claims linked to minor cervical trauma in Europe: results from the comparative study by CEA, AREDOC and CEREDOC. Eur Spine J. 2008 Oct;17(10):1350-7, 2008

Comité Européen des Assurances (CEA) ; Minor Cervical Trauma Claims, Comparative Study, CEA/AREDOC – CEREDOC 2004

Ebner G. ICF und Begutachtung in der Psychiatrie; Medinfo 2017/2

Ebner G. ICF und Begutachtung in der Psychiatrie – ein praktisches Beispiel; Medinfo 2018/1

Ebner G. ICF und Begutachtung in der Psychiatrie, *Versicherungsmedizin* 70, Heft 3, 2018

Henningsen P. Gutachterliche Expertise aus psychosomatisch-psychiatrischer Sicht, 2014

Hermelink M., Kocher R. Medizinische Beurteilung und Begutachtung in der IV, in *Soziale Sicherheit CHSS* 4/2017, S. 41-45, 2017

Hoffmann-Richter U, Jeger J, Schmidt H. Das Handwerk ärztlicher Begutachtung – Theorie, Methodik und Praxis. Verlag W. Kohlhammer, 2012

Jeger J. Die Bedeutung von Diagnosen, Klassifikationssystemen und Krankheitsmodellen für Behinderung und Invalidität. Masterarbeit für Master of Advanced Studies Versicherungsmedizin, 2013

Jeger J. Die Verwendung der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in der somatischen Begutachtung. *Medinfo* 2017/2

Jeger J. Die Verwendung der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in der somatischen Begutachtung (Teil 2); *Medinfo* 2018/1

Jeger J. Die Verwendung der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in der somatischen Begutachtung. *Versicherungsmedizin* 70, Heft 3, 2018

Jentzsch, K., Lüthi, A. Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, in *Soziale Sicherheit CHSS* Nr. 2/2017, S. 37–42, 2017

Kindscher R. Eine Wahrscheinlichkeit von 51% genügt nicht. *Schweizerische Ärztezeitung* 90: 47, 2009

Kocher, R. Ressourcenorientierte Abklärungen – Bundesgerichtsurteil als Chance für die IV, in *Soziale Sicherheit CHSS* Nr. 5/2015, S. 279–281, 2015

Kunz R. et al. Use of a structured functional evaluation process for independent medical evaluations of claimants presenting with disabling mental illness: rationale and design for a multicenter reliability study. *BMC Psychiatry* 16:271. DOI 10.1186/s12888-016-0967-6, 2016

Kunz R. et al. Interrater agreement in evaluation of disability: systematic review of reproducibility studies. *BMJ*; 356:j14. doi: 10.1136/bmj.j14, 2017

Laubereau Birgit, Müller Franziska, Hanimann Anina, Balthasar Andrea. Ärztliche Aus- Weiter- und Fortbildung der medizinischen Gutachterinnen und Gutachter; Schlussbericht zuhanden des Bundesamtes für Sozialversicherungen; Interface Politikstudien Forschung Beratung; Luzern; 2017

Ludwig CA. *Medizinische Mitteilungen der Suva* 77:5-16, 2006

Ludwig CA, Schaumann-von Stosch R. Suva-Gutachten-Clearing und die Qualität medizinischer Expertisen. *Suva Medical*, 2012

Ludwig CA. Auswahlkriterien der Suva für medizinische Gutachter. *Suva Medical*, 2013

Meine J. Ärztliche Begutachtung in der Schweiz – Erfüllt sie die heutigen Qualitätsanforderungen? *Swiss Surgery* 4:53-7, 1998

Riemer-Kafka G. et al. Versicherungsmedizinische Gutachten – Ein interdisziplinärer juristisch-medizinischer Leitfaden. Zweite, vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage. Stämpfli Verlag, 2012

Riemer-Kafka G. et al. Versicherungsmedizinische Gutachten – Ein interdisziplinärer juristisch-medizinischer Leitfaden. Dritte, vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage. Stämpfli Verlag, 2017

Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (Swissorthopaedics). Leitlinien für die orthopädische Begutachtung. www.swissorthopaedics.ch, 2017

Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie. Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten. www.psychiatrie.ch/sgpp, 2016

Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie. Leitlinien für die rheumatologische Begutachtung. www.rheuma-net.ch, 2016

Schweizerische Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen. Leitlinien für die neuropsychologische Begutachtung. www.neuropsych.ch, 2016

Soltermann B. Aufbau eines medizinischen Gutachtens. Mitteilungen der Lebensversicherer an die Schweizer Ärzteschaft. SVV, 2001

Soltermann B. Facetten der medizinischen Begutachtung in der Schweiz
Forum medizinische Begutachtung (1):24 1865-4029, 2014

Soltermann B. Versicherungsmedizin – eine Auslegeordnung aus schweizerischer Sicht. Versicherungsmedizin 67 Heft 3, 2015

Soltermann B. Versicherungen und medizinisches Gutachterwesen in der Schweiz in Ludolph Schürmann · Gaidzik – Kursbuch der ärztlichen Begutachtung – 42. Erg.-Lfg. 6, 2016

Soltermann B., Ebner G. Position der SIM zur BSV-Studie: Ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung der medizinischen Gutachterinnen und Gutachter. SIM-Fortbildungstagung 2018

Winckler P., Foerster K. Zum Problem der »zumutbaren Willensanspannung« in der sozialmedizinischen Begutachtung. MedSachv 92:120-124, 1996



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

Herausgegeben von Swiss Insurance Medicine (SIM),
Versicherungsmedizin Schweiz;
Dritte, überarbeitete und aktualisierte Auflage 2019

ISBN 978-3-907219-02-7 (Broschüre)
ISBN 978-3-907219-03-4 (PDF)