

Begutachtungsleitlinien Versicherungsmedizin

Federführende Fachgesellschaften

Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (swiss orthopaedics)

Schweizerische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (SGPMR)

Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)

Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie (SGR)

Schweizerische Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie (SGVP)

Schweizerische Neurologische Gesellschaft (SNG)

Mitherausgebende Gesellschaft

Swiss Insurance Medicine

01. Juli 2020

Hauptautoren:

Ebner Gerhard (SGPP, SGVP); Bosshard Christoph (swiss orthopaedics); Jeger Jörg (SGR); Klipstein Andreas (SGPMR); Stöckli Hans Rudolf (SNG)

Weitere Autoren:¹

Gantenbein Andreas; Koch Marc Oliver; Mühl Andreas; Schmidt Holger; Stöckli Hans Rudolf

Juristische Beratung und Überarbeitung:

Bollag Yvonne; Bollinger Susanne

¹ Autoren eines Erstentwurfs der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft (SNG)

I. Allgemeiner Teil

1. Einleitung

1.1. Leitliniendefinition

Leitlinien sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren.

Sie sollen regelmässig auf ihre Aktualität hin überprüft und gegebenenfalls revidiert werden. Leitlinien sind – im Gegensatz zu «Richtlinien» – für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die Anwendbarkeit einer bestimmten Leitlinien-Empfehlung ist unter Berücksichtigung der einzelfallbezogenen Gegebenheiten zu prüfen. In begründeten Fällen kann davon abgewichen werden.

1.2. Zielsetzung und Anwendungsbereich der Leitlinien

Die hier vorliegenden Leitlinien regeln die fächerübergreifenden Aspekte der Begutachtung in versicherungsmedizinischen Fragen. In ihrer Ausführlichkeit sind sie auf komplexe Gutachten in allen Versicherungsbereichen der Sozialversicherung (v.a. Invalidenversicherung, Unfallversicherung, Militärversicherung) und der Privatversicherung (v.a. Haftpflichtversicherung, Krankentaggeldversicherung, Ansprüche bei Personenschäden) ausgerichtet. Sie ergänzen die für die Schweiz bereits bestehenden Leitlinien für die psychiatrische, rheumatologische, orthopädische und demnächst auch neurologische versicherungsmedizinische Begutachtung². Die Erstellung der fachspezifischen Teile fällt weiterhin in den Zuständigkeitsbereich der entsprechenden Fachgesellschaften.

1.3. Entstehung

Der vorliegende allgemeine Teil wurde durch eine von den federführenden medizinischen Fachgesellschaften delegierte Expertengruppe unter Mitwirkung der Swiss Insurance Medicine SIM im Konsens erarbeitet und von den jeweiligen Vorständen der Fachgesellschaft verabschiedet.

² Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP 2016, Leitlinien für die rheumatologische Begutachtung der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie 2016, Leitlinien für die orthopädische Begutachtung der swiss orthopaedics 2017

2. Das medizinische Gutachten

2.1. Definition und Zweck von medizinischen Gutachten

Der Begriff des Gutachtens wird im Gesetz³ nicht definiert, in Rechtsprechung und juristischer Literatur aber präzisiert.⁴ Gutachten dienen der Entscheidungsfindung, wenn der medizinische Sachverhalt für Versicherer oder Gerichte aufgrund der vorhandenen Unterlagen unklar ist. Ein versicherungsmedizinisches Gutachten umfasst in der Regel die Beschreibung des Gesundheitszustandes (Befunderhebung, Diagnosestellung, Verlaufsbeschreibung) und dessen funktionelle Auswirkungen, Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und je nach Versicherungszweig auch Kausalitätsbeurteilungen. Medizinische Gutachten sind als juristische Beweismittel von unabhängigen, der Neutralität, Objektivität und Sorgfalt verpflichteten Gutachtern zu erstellen.

Je nach beteiligten Fachdisziplinen wird unterschieden zwischen monodisziplinären Gutachten und bi- oder poly-/bzw. interdisziplinären Gutachten unter Beteiligung verschiedener Fachrichtungen. Die zu beteiligenden Fachrichtungen werden grundsätzlich im Gutachtensauftrag bestimmt. Fehlt aus Sicht des oder der medizinischen Sachverständigen eine Fachdisziplin, ist diese zu bezeichnen und gegebenenfalls einzufordern. Entscheidender Bestandteil von poly-/interdisziplinären Gutachten ist eine integrative Gesamtbeurteilung aus konsensualer Sicht der beteiligten Fachdisziplinen.

2.2. Qualifikationsanforderung an Gutachter und Gutachterinnen

Fachliche Voraussetzungen zur Erstellung eines beweistauglichen versicherungsmedizinischen Gutachtens sind:

- Facharztstitel (bei Ärzten in Weiterbildung Supervision durch einen Facharzt) für das betreffende Fachgebiet
- mehrjährige, umfassende klinische Erfahrung
- Unabhängigkeit und Ausschluss von Befangenheit

³ Vgl. Art. 44 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1).

⁴ Z.B. BGE 132 V 376 E. 6 und 136 V 117 E. 3.3.1.2: Der Begriff des Gutachtens ist in funktionellem Sinn zu verstehen; ein Gutachten muss von einem unabhängigen Sachverständigen erstellt werden. Für die Literatur vgl. z.B. Gabriela Riemer-Kafka, *Versicherungsmedizinische Gutachten*, 2017, S. 25ff: Ein Gutachten ist eine fachlich fundierte Aussage, die zusätzlich folgende Kriterien erfüllen muss: Die fachlich fundierte Aussage beruht auf dem aktuellen Stand des Wissens, bedient sich eines klaren methodischen Vorgehens und nimmt im relevanten Einzelfall zu den vorgelegten Fragen Stellung. Das methodische Wissen muss wissenschaftlichen Ansprüchen genügen. Das schliesst eine klare Unterscheidung zwischen generellem Wissen, dessen Anwendung auf den Einzelfall und persönlicher klinischer Erfahrung und Urteilsbildung ein.

- umfassende Kenntnisse des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft (zum Beispiel evidenzbasierte Medizin und gültige Lehrmeinung)
- spezifische versicherungsmedizinische Kenntnisse und Fähigkeiten durch Weiterbildung über:
 - unterschiedliche Denkweisen zwischen Medizin und Recht
 - systematische Zuordnung der Fragestellungen nach Versicherungsgebieten
 - Reflexionsfähigkeit über das Mass von Einschätzungsvarianz
 - Reflexionsfähigkeit über das eigene Handeln insbesondere die spezifischen Wechselwirkungen der Interaktionen zwischen Gutachter und Explorand.

2.3. Rechtsprechungsanforderungen an das medizinische Gutachten

Das Bundesgericht hat die Anforderungen an ein medizinisches Gutachten für die Sozialversicherung wie folgt formuliert (BGE 125 V 351, 134 V 231 E. 5.1):

«Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange 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 ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind.»⁵

3. Rechtliche Grundlagen und Rahmenbedingungen

3.1. Allgemeines

Die Fragestellungen und Rahmenbedingungen für versicherungsmedizinische Gutachten unterscheiden sich je nach betroffenem Rechtsgebiet und Verfahrensstand. Medizinische Gutachten werden von den Sozialversicherungsträgern (Administrativgutachten), von Gerichten (Gerichtsgutachten), Privatversicherern oder von der versicherten Person, respektive deren Rechtsvertreter (Parteigutachten) in Auftrag gegeben.

Gutachtensaufträge in der Sozialversicherung betreffen vor allem folgende Zweige:

- Invalidenversicherung (IV)
- Unfallversicherung (UV)
- Militärversicherung (MV)
- Pensionskassenversicherung/Berufliche Vorsorge (BV)

⁵ Die diagnostischen Methoden müssen wissenschaftlich, d.h. von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft anerkannt sein; BGE 134 V 231 E. 5.1.

seltener:

- Krankenversicherung (KV)
- Arbeitslosenversicherung (AVI) oder Altersversicherung (AHV)

Im Bereich des Privatrechts werden Gutachten vor allem erstellt im:

- Haftpflichtbereich (v.a. Motorfahrzeughaftpflicht, Arzthaftpflicht)
- Privatversicherungsbereich (Krankentaggeld, private Lebens-, Unfall- oder Invaliditätsversicherungen nach VVG)

Im Sozialversicherungsrecht gilt die Untersuchungsmaxime, d.h. der Sozialversicherer hat von Amtes wegen einen Sachverhalt abzuklären (Art. 43 ATSG). Im Privatrecht gilt hingegen die Verhandlungsmaxime, bei der die Parteien einen rechtserheblichen Sachverhalt vortragen und die behaupteten Tatsachen beweisen müssen. Im Gegensatz zum Sozialversicherungsrecht (Art. 44 f. ATSG) besteht im Privatrecht kein geregelter Vorgehen bei der Auftragsvergabe eines Gutachtens.

Bei der Durchführung von Zusatzuntersuchungen, bei der Anforderung von Konsilien, bei der Erhebung von Fremdanamnesen oder Einholung von anderen Akten etc. ist dieser unterschiedliche rechtliche Kontext der Begutachtung zu berücksichtigen.

Bei Unsicherheit empfiehlt es sich, beim Auftraggeber bzw. den Parteien das Einverständnis hierfür einzuholen.

3.2. Rechtsbegriffe und Beweismass

Das medizinische Gutachten erstellt Grundlagen für die Anwendung von Rechtsbegriffen, die gesetzlich und durch die Rechtsentwicklung in der Rechtsprechung und der juristischen Literatur definiert sind. Solche Rechtsbegriffe, wie z.B. «Invalidität», «Erwerbsunfähigkeit», «Zumutbarkeit» bestimmen die Fragestellungen an ein medizinisches Gutachten, an denen der Gutachter sich zu orientieren hat; sie sind im Gutachten aus medizinischer Warte weder zu kommentieren noch zu beurteilen. Die diesbezügliche Beurteilung obliegt dem Rechtsanwender.⁶ Die medizinischen Aspekte einer Zumutbarkeit als Grundlage der vom Rechtsanwender zu beurteilenden Zumutbarkeit sind jedoch gutachtlich darzulegen. Äussert sich der Gutachter zu Rechtsbegriffen, schmälert dies den Beweiswert seiner Beurteilung.

Der für medizinische Gutachten sehr zentrale Begriff der Arbeitsunfähigkeit (AUF) wird für die Sozialversicherungen in Art. 6 ATSG wie folgt definiert: «Arbeitsunfähigkeit ist

⁶ BGE 141 V 281 E. 5.2.

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 (angepasste Tätigkeit) berücksichtigt.»

Die medizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit beinhaltet die Einschätzung der medizinisch begründeten Präsenzzeit (quantitative Leistungsfähigkeit z. B. in Stunden pro Tag) und Einschätzung, welche qualitative Leistungsfähigkeit in dieser Präsenzzeit gegeben ist (Belastungslimiten, qualitative Einschränkungen, Verlangsamung im Vergleich zu einer gesunden Person). In der Regel werden die beiden Komponenten dann zu einer gesamthaften Prozenteinschätzung der Arbeitsfähigkeit verdichtet. Diese muss nachvollziehbar sein und in ihrer prozentualen Zuordnung ist klarzustellen, ob sich diese auf ein Teil- oder Vollpensum bezieht.

Die Arbeitsfähigkeit als Rechtsbegriff wird abschliessend vom Rechtsanwender bestimmt. Die ärztliche Beurteilung der Leistungsfähigkeit/der Einschränkungen bildet eine wichtige, aber nicht die einzige Entscheidungsgrundlage der rechtsanwendenden Instanz in der Bestimmung der Arbeitsunfähigkeit (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2).

Bezüglich Beweismass gilt im Sozialversicherungsrecht wie auch bei Personenschäden im Privatversicherungsrecht für den Nachweis einer gesundheitlichen Schädigung, deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit und für die Beurteilung von Kausalitätszusammenhängen der Beweisgrad der sogenannten «überwiegenden Wahrscheinlichkeit».⁷ Es geht demnach in versicherungsmedizinischen Gutachten nicht um eine «naturwissenschaftliche» Beweisführung sondern um die Diskussion und Einschätzung medizinischer Zusammenhänge und der bestmögliche Schlussfolgerungen.

3.3. Gutachten in unterschiedlichen Rechtsgebieten

3.3.1. Invalidenversicherung (IV)

In der IV geht es primär um die medizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit also *der medizinisch begründeten Leistungseinbusse* in bisheriger und angepasster Tätigkeit oder im Aufgabenbereich (vgl. Art. 8 ATSG).

⁷ Das bedeutet, dass jene Sachverhaltsfeststellung massgeblich ist, die von allen möglichen Geschehensabläufen am wahrscheinlichsten erscheint (BGE 138 V 218 E. 6).

Hierbei spielt der Begriff des «langdauernden Gesundheitsschadens» eine zentrale Rolle. 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG, SR 831.20]). Die Invalidität ist auch ein zentraler Begriff für die Unfallversicherung, die Militärversicherung und die berufliche Vorsorge.

Für eine korrekte Leistungsabgrenzung der Leistungen von IV, UV, BV und MV gegenüber der Arbeitslosenversicherung oder auch der Sozialhilfe ist es wichtig, soziale Faktoren und medizinische Faktoren bei einem Krankheitsgeschehen bestmöglich darzustellen und einzuschätzen. Eine Arbeitsunfähigkeit, die primär aus sozialen Belastungsfaktoren wie mangelnde Sprach- und Bildungsressourcen, sozialer Mehrfachbelastung, schwierigen Lebensumständen und ähnlichem resultiert, erfüllt die rechtlichen Kausalitätsanforderungen nicht. Soweit aber, selbst wenn initial eine soziale Belastungsursache vorlag, ein verselbständigter langdauernder krankheitswertiger Gesundheitsschaden vorliegt, ist dieser zu berücksichtigen (BGE 127 V 294, BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1).

3.3.2. Unfallversicherung (UV)

Das Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG, SR 832.20) regelt die Folgen von Unfällen (Art. 4 ATSG), Körperschädigungen bei Listendiagnosen (Art. 6 Abs. 2 UVG [Neufassung ab 1. Januar 2017]) und Berufskrankheiten.

In UVG-Gutachten steht bei Unfällen die Beurteilung des «natürlichen» Kausalzusammenhangs zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden im Vordergrund. Dabei gilt der Beweisgrad der «überwiegenden Wahrscheinlichkeit». Unter der medizinisch zu beurteilenden natürlichen Kausalität werden alle Faktoren verstanden, ohne die ein gesundheitlicher Schaden nicht, nicht im gleichen Umfang oder nicht zum gleichen Zeitpunkt eingetreten wäre. Hier ist zu beachten, dass ein Unfallereignis nicht der alleinige Grund für eine gesundheitliche Beeinträchtigung sein muss; eine Teilkausalität genügt. Zusätzlich prüft der Rechtsanwender auch die sogenannte «adäquate» Kausalität, die einen gewissen Zusammenhang zwischen

Schwere des Unfallereignisses und schwer fassbaren Unfallfolgen voraussetzt. Der Gutachter äussert sich nicht zum Rechtsbegriff des «adäquaten» Kausalzusammenhangs. Bei Körperschädigungen bei Listendiagnosen wird die Kausalitätsklärung zu einem Ereignis hinfällig, da sich hier der Gesetzgeber nach dem abnützungs- und krankheitsbedingten Verursachungsanteil ausrichtet.⁸

Nebst der Beurteilung der medizinisch zumutbaren Leistungsfähigkeit (Arbeitsfähigkeit) in bisheriger und angepasster Tätigkeit aufgrund von Unfallfolgen, Berufskrankheiten oder Folgen von Körperschädigungen bei Listendiagnosen ist im UV Bereich die Einschätzung des «Integritätsschadens» nach UVG bzw. der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1983 (UVV; SR 832.202) vorzunehmen. Voraussetzung für eine Integritätsentschädigung ist eine dauernde und erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität als Unfallfolge (Art. 24 UVG).

3.3.3. Berufliche Vorsorge (BV) / Pensionskassen

Die Leistungen der Pensionskassen im Bereich der beruflichen Vorsorge folgen den Leistungsfeststellungen der IV und der UV. Im Rahmen der BV können aber Sachverhaltsabklärungen und damit Gutachtensaufträge erfolgen, wenn die BV die Feststellungen der IV oder UV als völlig unzutreffend, rechtlich «willkürlich» einstuft. Ebenso können eigene medizinische Gutachten der BV nötig sein, wenn die BV bereits ab einem niedrigeren IV-Grad, z.B. ab einem IV-Grad von 25%⁹ Leistungen erbringt, oder wenn, was bei einigen Pensionskassen der Fall sein kann, nicht nur die Arbeitsunfähigkeit sondern auch die sogenannte Berufsunfähigkeit versichert ist, oder zur Klärung der Frage welche Pensionskasse zuständig ist. Die Pensionskassen umfassen sowohl sozialversicherungsrechtliche (Obligatorium) wie auch privatversicherungsrechtliche (Überobligatorium) Teile. Für die Abwicklung werden sie gesamthaft eher den Sozialversicherungen zugeordnet.

3.3.4. Militärversicherung (MV)

Die Militärversicherung beinhaltet eine umfassende Abdeckung für sämtliche Gesundheitsschädigungen (Krankheit oder Unfall), die in einem zeitlichen Zusammenhang (Kontemporalitätsprinzip) mit einem von der MV gedeckten Einsatz

⁸ Die Versicherung erbringt Rentenleistungen, sofern die Listendiagnosen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind.

⁹ Leistungen der IV stehen erst zur Diskussion ab einem IV-Grad von 40%.

stehen¹⁰. Seit dem 1. Juli 2005 führt die Suva im Auftrag des Bundes die Militärversicherung als eigenen Sozialversicherungszweig mit eigenem Gesetz und eigener Rechnung.

Aufgrund des Kontemporalitätsprinzips sind bei der Abklärung der Leistungspflicht der MV, die von Amtes wegen erfolgt, die Meldepflichten und Beweispflichten von besonderer Bedeutung:

- Meldung während des Dienstes: Wird eine Schädigung während eines Dienstes durch einen Arzt festgestellt, so wird ein Zusammenhang gesetzlich vermutet. Die MV haftet, wenn sie nicht den Beweis des Gegenteils, das heisst des sicher fehlenden Zusammenhangs erbringt. Sie muss mit dem Beweisgrad der medizinisch-praktischen Sicherheit die Vordienstlichkeit oder die Nicht-Verursachung der Schädigung und die Nichtverschlimmerung während des Dienstes beweisen.

- Meldung nach dem Dienst: Bei nach einem Dienst festgestellten Schädigungen – wie auch bei Rückfällen und Spätfolgen früherer versicherter Schädigungen – muss ein Zusammenhang zwischen Dienst und Gesundheitsschädigung abgeklärt werden. Die MV haftet nur, wenn eine Entstehung oder eine Verschlimmerung der Schädigung während des Dienstes überwiegend wahrscheinlich ist. Gelingt der Wahrscheinlichkeitsbeweis nicht, erbringt die MV keine Leistungen.

- Meldung im Rahmen der sanitärischen Eintrittsmusterung – auf der «Schwelle zum Dienst»: Zu Beginn eines Dienstes gemeldete Schädigungen können eine volle, unwiderlegbare, einjährige Leistungspflicht der MV auslösen. Dies ist der Fall, wenn die Schädigung bei der obligatorischen Gesundheitsbefragung zu Beginn des Dienstes festgestellt und der Versicherte trotz dieser Feststellung im Dienst behalten worden ist und wenn sich das zu Beginn des Dienstes gemeldete Leiden noch während des Dienstes verschlimmert.

Wie bei allen Sozialversicherungen ist der Gesuchsteller zur Mitwirkung verpflichtet und hat Auskunft zu erteilen, Dritte zur Auskunft zu ermächtigen oder sich einem Gutachten zu unterziehen.

3.3.5. Krankenversicherung (KV)

¹⁰ Versichert sind Dienstleistende der Armee, Zivilschutz- und Zivildienstleistende, Aktionen des Schweizerischen Katastrophenhilfskorps oder friedenserhaltende Aktionen des Bundes. In zeitlicher Hinsicht ist die ganze Dauer des Dienstes, auch der Hin- und Rückweg sowie der allgemeine und persönliche Urlaub gedeckt, ausser der Dauer einer «zeitgleichen» Ausübung einer nach UVG-versicherten angestellten Erwerbstätigkeit während des Urlaubs.

Im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) gibt es selten Gutachten; Fragen zur Vergütung, zur Tarifierung und zur Überprüfung der Leistungspflicht der Versicherer obliegen i.d.R. einem Vertrauensarzt, ebenso Fragen zur Indikation von Langzeit-Physiotherapie, Rehabilitationsaufenthalten oder zur Nutzenbewertung von Medikamenten (gemäss Art. 71 a-d der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV; SR 832.102).

In Einzelfällen werden z.B. Gutachten beauftragt zur Beurteilung der psychischen Auswirkungen und damit Krankheitswertigkeit von «kosmetischen» Störungen oder auch der Wirksamkeit von Langzeittherapien.

3.3.6. Arbeitslosenversicherung (AVI) und Altersversicherung (AHV)

Aufgrund des versicherten Risikos, das nicht ein gesundheitliches ist, sind medizinische Gutachten für diese Sozialversicherungszweige äusserst selten. Denkbar ist die medizinische Abklärung der Arbeitsmarktfähigkeit für die Arbeitslosenversicherung oder der medizinischen Voraussetzungen für eine Hilflosenentschädigung der AHV.

3.3.7. Privatversicherung

Privatversicherungspolizen können jegliches Gesundheitsrisiko wie Krankheit, Tod, Invalidität abdecken. Die Fragestellungen für ein medizinisches Gutachten richten sich dann nach dem Versicherungsgegenstand. Zur Anwendung kommt das Versicherungsvertragsgesetz VVG, die jeweiligen allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und die Bestimmungen der Einzelpolizen. Die Definitionen des ATSG zu Arbeitsunfähigkeit, Invalidität etc. können nicht einfach übernommen werden, sondern müssen Teil der AVB sein, bzw. können dort anders definiert sein.

In der Krankentaggeldversicherung, die in der Schweiz grösstenteils nach VVG als Privatversicherung durchgeführt wird, gilt in der Regel eine analoge Definition der für die Leistungspflicht massgeblichen Arbeitsunfähigkeit, wie sie das ATSG enthält.

Für die Abdeckung von Invaliditätsfolgen findet sich in den AVB häufig eine sogenannte Gliedertabelle. In wenig differenzierten Positiv- und Negativkatalogen werden Gesundheitsschädigungen aufgeführt, die zu einer festgelegten

Entschädigungssumme übernommen werden (z.B. Muskelzerrungen, Verrenkungen von Gelenken, Sehnenrisse, Gebrauchsunfähigkeit einer Hand) oder vom Vertrag ausgeschlossen werden (z.B. Infektionskrankheiten, Suizid oder andere). Die Schätzung der «medizinisch theoretischen Invalidität» erfolgt in der Somatik abstrakt nach solchen Gliedertabellen, dies ohne Berücksichtigung des Berufes. Bei partieller Gesundheitsstörung erfolgt die Einschätzung unter Anwendung der Gliedertabelle entsprechend prozentual. Die gutachterliche Einschätzung der medizinisch-theoretischen Invalidität ist angesichts des sehr groben Rasters der Gliedertabellen nicht einfach und erfordert den abwägenden Vergleich mit diversen anderen Gesundheitsstörungen oder Organverlusten. Die Invaliditätsentschädigung erfolgt meist in einer Einmalzahlung, evtl. Rente.

3.3.8. Haftpflicht und Haftpflichtversicherungen

Gutachten im Haftpflichtbereich werden in der Regel über den Haftpflichtversicherer des Schädigers organisiert, doch es geht primär um die Klärung von Ansprüchen zwischen Privaten (Schädiger und Geschädigtem). Es steht die Klärung des zivilrechtlichen Schadens im Vordergrund, nicht die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit oder der medizinisch-theoretischen Invalidität. Hierunter fällt z.B. auch der sogenannte Haushaltschaden oder der Verlust an Lebensqualität. Der Gutachter orientiert sich an allen im Auftrag gestellten Fragen zu Schadensanteilen und sollte sich der Unterschiede zur Sozial- und Privatversicherung im Haftpflichtbereich bewusst sein. Praktische Bedeutung hat v.a. die Motorfahrzeughaftpflichtversicherung, die unabhängig aber oft auch zusammen mit dem obligatorischen Unfallversicherer oder auch diesem vor- oder nachgeordnet medizinische Gutachten in Auftrag gibt. Im Bereich der ebenfalls bedeutsamen Arzthaftpflichtfälle oder der Haftpflichtfälle bei anderen medizinischen Behandlungen stellt sich gutachterlich immer zusätzlich die Frage nach dem Vorliegen einer Sorgfaltspflichtverletzung und deren Kausalität.

4. Praktisches allgemeingültiges Vorgehen

4.1 Abwicklung des Gutachtauftrages

Die Akten sind in einer dem Gutachter verständlichen und handhabbaren Form bereitgestellt (Sprache, Leserlichkeit, nachvollziehbare Ordnung etc.).

Die Fragen sind (versicherungs-)medizinisch beantwortbar.

Der Gutachter prüft bei Entgegennahme des Gutachtensauftrages, ob alle für die Gutachtensabwicklung notwendigen Informationen vollständig sind. Diese sollten enthalten:¹¹

Zur Person des Exploranden:

- Personalien der zu begutachtenden Person (Name, Geburtsdatum, Adresse, wenn möglich mit Telefonkontaktdaten)
- Allfällige spezielle Hinweise wie Notwendigkeit einer Begleitung durch Hilfspersonen, zeitliche Einschränkungen
- Information hinsichtlich Vertretung durch bevollmächtigten Anwalt resp. gesetzlicher Vertretung
- Die Sprachkompetenz der zu begutachtenden Person. Im Zweifelsfall Beiziehen eines professionellen Dolmetschers (BGE 140 V 260 E. 3.2.1).

Zum Auftraggeber:

- Kontaktadresse mit Telefon für Rückfragen
- Kennzeichnung des rechtlichen Rahmens, in welchem der Auftrag erteilt wird, bspw. obligatorischer Unfallversicherer, (Motorfahrzeug-)Haftpflichtversicherer, private Erwerbsunfähigkeitsversicherung usw.

Formale Aspekte des Auftrags:

- Frist, bis wann spätestens der Auftrag erledigt werden sollte
- Hinweis auf anzuwendende Tarifpositionen respektive Regelung der Vergütung

Inhaltliche Aspekte des Auftrags:

- Festlegung der begutachtenden Fachdisziplin(en), unter Vorbehalt der Fachbeurteilung durch die beauftragte Stelle, inkl. Kennzeichnung der federführenden Disziplin
- Zusammengefasster Sachverhalt
- Gegenstand und Grund der Begutachtung (z.B. Rentenprüfung, Revision)

¹¹ Riemer-Kafka, G. (2017): Versicherungsmedizinische Gutachten. Ein interdisziplinärer juristisch-medizinischer Leitfaden, 3. Auflage. Stämpfli Verlag AG Bern, S. 41-43

- Spezifische Fragestellung (allenfalls in Form von Fragekatalogen) inkl. Stellenbeschriebe/Arbeitsanforderungsprofil der bisherigen Tätigkeit für Arbeitsfähigkeitsbeurteilung. Gegebenenfalls Anpassung der Fragestellung zusammen mit dem Auftraggeber

Vorakten:

- Vollständige und aktualisierte Vorakten mit
 - vollständigen medizinischen Akten, inkl. Bildgebung und Befundberichte, wobei der Auftraggeber für die Beschaffung der Akten verantwortlich ist
 - Auskünften der Parteien
 - früheren Gutachten (manche Gutachten wie z.B. forensische, zivilrechtliche und verkehrsmedizinische sind dabei nicht zwingend oder mit hohem Aufwand über den Auftraggeber verfügbar)
 - allfälligen früheren Gerichtsurteilen
 - versicherungsmedizinisch relevanten anderen Aktenstücken der Versicherung wie Berichte von Eingliederungsmassnahmen, IK-Auszug, frühere Entscheide, Einsprachen etc.
 - allfällig vorhandenen Videoaufnahmen, Observationsberichten, Fotos etc. inklusive Stellungnahme des Exploranden zu diesen Materialien
- Für Kausalitätsbeurteilungen: Echtzeitakten wie
 - Polizeirapporte und -protokolle, Unfallbilder
 - Unfallmeldung
 - Unfallanalysen und biomechanische Gutachten
 - Berichte der Schadeninspektoren
 - medizinische Akten vor Unfallereignis
 - Akten der Erstversorger (Notarzt, Sanität, Rega)
- Bei der Einholung von Akten ist der rechtliche Kontext zu berücksichtigen, im Zweifelsfall ist Rücksprache mit dem Auftraggeber zu nehmen. Im Sozialversicherungsbereich darf der Gutachter Akten selbst beschaffen, muss sich dabei aber an die rechtlichen Voraussetzungen halten (aktuelle Vollmacht des Exploranden). Im privatrechtlichen Bereich (Haftpflcht etc.) und bei

Gerichtsaufträgen ist es dem Gutachter untersagt, von sich aus zusätzliche Akten ohne Einverständnis des Auftraggebers einzuholen. Allgemein müssen rechtlich wirksame, zeitnahe Vollmachten vorliegen (siehe Glossar).

BVM-Unterlagen

- Bei der Bewertung von «BVM»¹²-Unterlagen allgemein, bei Ergebnissen von Recherchen, von Observationsberichten, dabei gefertigter Videoaufnahmen wird davon ausgegangen, dass diese unverfälscht, korrekt dokumentiert und vollständig sind. Ebenso wird davon ausgegangen, dass die entsprechenden Unterlagen und Ergebnisse den Betroffenen vor Auftragserteilung vollständig und aktiv eröffnet wurden. Der aktuelle Verfahrensstand (bspw. Stellungnahmen der Betroffenen, Einleitung eines Strafverfahrens) muss aus den Akten hervorgehen.

Der Gutachter prüft bei der Untersuchung:

- Die Identität der zu begutachteten Person, z.B. mittels Identitätsausweises oder Führerschein.
- Das Zulassen der Anwesenheit einer dritten von der zu begutachteten Person gewünschten Person; bei psychiatrischen Gutachten ist die Anwesenheit von Drittpersonen (ausgenommen ein professioneller Dolmetscher) in der Regel ausgeschlossen, ausser der Gutachter erachtet eine solche als notwendig. Es muss in diesen Fällen aus dem Gutachten klar hervorgehen, welche Angaben vom Exploranden direkt und welche von Angehörigen oder anderen Personen stammen (BGE 140 V 260 E. 3.2.3).
- Den korrekten Einsatz eines allfälligen Dolmetschers. Angehörige oder Bekannte des Exploranden dürfen damit nicht beauftragt werden (Schleifer et al. 2015; BGE 140 V 260 E. 3.2.1). Zu Beginn der Exploration wird der Dolmetscher vorgestellt, eine allfällige Befangenheit eines Dolmetschers geklärt und die Regeln der Zusammenarbeit (Schweigepflicht, vollständige

¹² Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch

Übersetzung etc.) werden erläutert. Der Dolmetscher selbst wird instruiert, dass er eine – möglichst – wörtliche und vollständige Übersetzung zu machen hat und auf Klärungsbedarf hinweist. Er sollte sich äussern zu sprachlichen Besonderheiten wie Wortschatz, Dialekte, offensichtliche Denkstörungen, Benennung (und Klärung) allfälliger Unsicherheiten, kulturelle Besonderheiten, welche bei wörtlicher Übersetzung zu Missverständnissen führen können, etc.

- Die Vollständigkeit der Anamnese.
- Die Vollständigkeit der klinischen Untersuchung.

Der Gutachter hat den Exploranden über Ziel, Zweck, Ablauf und die besonderen Bedingungen bezüglich Schweigepflicht im Rahmen der Begutachtung zu informieren (siehe Glossar).

5. Allgemeiner Aufbau eines Gutachtens/Struktur

Die folgenden Ausführungen stellen in etwa die Inhalte eines Gutachtens dar; sie dienen der allgemeinen Orientierung; im Einzelfall können sie abgeändert werden.

5.1. Einleitung/Ausgangslage/Auftrag

Im Auftrag wird je nach Sachverhalt festgehalten, ob eine mono-, bi- oder poly-/interdisziplinäre Begutachtung notwendig ist. Der Auftrag wird erteilt nach Durchführung des rechtlichen Gehörs.¹³

Der Auftrag sollte eine kurze Schilderung der Fallproblematik enthalten und über den Anlass der Begutachtung und den aktuellen administrativen Verfahrensstand Auskunft erteilen. Es ist sinnvoll, diese Sachlage, die zur Begutachtung führte, in der Einleitung des Gutachtens kurz zu erwähnen.

Aufbau und Gutachtensstruktur richten sich im Detail nach den Anforderungen des anwendbaren Rechtsgebietes (IV, UV Privatrecht). Für IV-Gutachten bestehen auf der Basis von Bundesgerichtsentscheiden (insbesondere BGE 141 V 281 mit der Einführung des indikatorenorientierten Abklärungsverfahrens) behördliche Weisungen (BSV resp. IV-Stellen) mit detaillierter Vorgabe sowohl der Gutachtenstruktur wie der Fragestellungen. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts sind die Indikatoren bei sämtlichen psychischen, nicht aber bei somatischen Leiden zu berücksichtigen (BGE 143 V 109; 143 V 418).

¹³ Bei polydisziplinären Gutachten in der IV erfolgt die Vergabe nach dem Zufallsprinzip (Art. 72bis Abs. 2 IVV; «SuisseMED@P»).

5.2. Aktenlage / Aktenauszug

Die medizinisch relevanten Akten sind in chronologischer Reihenfolge zu zitieren: Angaben über Autor, Datum des Berichts, ev. Auftraggeber respektive Adressat, obligat relevante Diagnosen und Befunde. Alle in einer späteren Begründung verwendeten Inhalte aus den Akten müssen in diesem Abschnitt aufgeführt werden. Eine bloße Auflistung der Vorakten ohne inhaltliche Zusammenfassung genügt nicht. Bewertungen des Akteninhalts sind an dieser Stelle zu unterlassen. Solche gehören üblicherweise in das Kapitel «Zusammenfassende Beurteilung im versicherungsmedizinischen Kontext». Kurze wichtige Hinweise können dennoch ausnahmsweise – entsprechend gekennzeichnet – vorgenommen werden (zum Beispiel mit: «Anmerkung des Gutachters:... »). Die Aktenauszüge werden so dargestellt, dass sich daraus deren Herkunft ergibt (z.B. a) mit dem Gutachtauftrag zur Verfügung gestellte Akten, b) vom Gutachter angeforderte Unterlagen, c) vom Exploranden oder dessen Rechtsvertreter zur Verfügung gestellte Unterlagen, d) aus Dossier der xx-Versicherung nach UVG, aus Dossier der Invalidenversicherung, etc.). Auch Angaben zu allfälligen Akten-Unvollständigkeiten sind in diesem Kapitel zu machen.

5.3. Anamnese (Befragung)

5.3.1 Persönliche Anamnese

- Spontane Angaben des Versicherten im Rahmen eines offenen Interviews: Dem Exploranden wird zunächst die Möglichkeit gegeben, sich spontan zu äussern.
- Aktuelle Beschwerden und bisheriger Krankheitsverlauf (spontan und nachgefragt). Speziell Unfälle/UV: Vorzustand, Unfallhergang, Initialsymptome, Verlauf, durchgeführte Therapien und deren Wirkung. Umgang mit den Beschwerden respektive Bewältigungsstrategien
- Sonstige persönliche Anamnese, Vorzustand/Vorerkrankungen, ggf. Unfallereignisse, Operationen
- Systemanamnese, vegetative Anamnese, Konsum psychotroper Substanzen, ev. Sexualität
- Familienanamnese

- Aktuelle und bisherige Behandlungen (bei Medikation einschl. Dosierung und Einnahmezeitpunkt)
- Tagesablauf (inkl. ausserberufliche Tätigkeiten/Aktivitäten)
- Soziales/Integration: familiär, beruflich, gesellschaftlich
- Berufliche Tätigkeiten und Stellungen im Beruf, Datum und Umstände der Arbeitsaufgabe, Erfahrungen mit Eingliederungsmassnahmen oder Arbeitsversuchen
- Biographische Belastungsfaktoren
- Schulbildung und beruflicher Werdegang
- Selbsteinschätzung, Krankheitsmodell, Zukunftsperspektiven

5.3.2. Fremdanamnese (nur mit Einwilligung des Exploranden)

5.4. Fachärztliche Untersuchung/Befunddokumentation

Die klinische Untersuchung ist in der fallbezogen notwendigen Ausführlichkeit, insbesondere bezüglich pathologischer Befunde, mit Datum, Zeitpunkt und Dauer zu dokumentieren. Aus letzteren sollen sich die Funktionseinschränkungen ergeben, welche die Grundlage für allfällige Aktivitäts- und Partizipationsdefizite bzw. berufliche Einschränkungen bilden.

Art und Umfang der klinischen Untersuchung richten sich nach den Erfordernissen des jeweiligen Fachgebietes und der Fragestellung des Auftraggebers. In der Befunddokumentation verwendete Graduierungen/Scores und Skalen sind mit Quellenangabe zu versehen. Nicht klar definierte Schweregradeinteilungen sind nach Möglichkeit zu vermeiden.

Bei der Dokumentation von Umfangsmassen sind die zur einheitlichen Vermessung verwendeten anatomischen Landmarken klar zu benennen.

Beobachtungen während der Exploration respektive Untersuchung, wie z.B. Selbstlimitierung, eingeschränkte Anstrengungsbereitschaft, inkonstante Befunde, wechselhafte Angaben, sind durch den Gutachter festzuhalten und bei der späteren Konsistenzprüfung zu diskutieren.

5.5. Zusatzuntersuchungen

Zusatzuntersuchungen sind durchzuführen, wenn sie für die Klärung des medizinischen Sachverhalts und zur Beantwortung der auftraggeberseitigen

Fragestellung notwendig sind und das Einverständnis des Exploranden vorliegt. Art und Umfang zusätzlicher Untersuchungen richten sich nach den Erfordernissen des jeweiligen Fachgebietes.¹⁴

5.5.1. Laboruntersuchungen

Laboruntersuchungen können bei entsprechender Indikation veranlasst werden (z.B. differentialdiagnostische Abgrenzungen, Bestimmung der Serumspiegel von Medikamenten).

Bei Laboruntersuchungen, insbesondere Medikamentenspiegelbestimmungen, sind der Blutentnahmezeitpunkt und die vom Exploranden angegebene letzte Einnahme (Datum und Uhrzeit) der zu bestimmenden Substanz festzuhalten, um die Plausibilität der angegebenen Medikamenteneinnahme anhand der Halbwertszeit überprüfen zu können.

5.5.2. Bildgebungen

Bei bildgebenden Untersuchungen ist festzuhalten, wer die Befundung durchgeführt hat (untersuchender Radiologe). Grundsätzlich sollen bildgebende Untersuchungen aus dem eigenen Fachgebiet vom Gutachter selbst eingesehen und befundet werden. Wird für die Bildbeurteilung ein weiterer Fachexperte beigezogen, ist dies auszuweisen.

5.5.3. Neuropsychologie

Neuropsychologische Testungen stellen Zusatzbefunde dar, welche in die versicherungsmedizinische Gesamtbeurteilung einfließen (Stöckli et al. 2005, S. 1182-1187)¹⁵. Die Gesamtbeurteilung der entsprechenden Befunde und Schlussfolgerungen erfolgt über den jeweiligen medizinischen Gutachter (Facharzt für Psychiatrie oder Neurologie).¹⁶

¹⁴ Das Bundesgericht misst Zusatzuntersuchungen i.S. von testmässigem Erfassen der Psychopathologie nur ergänzende Funktion zu, entscheidend ist die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (z.B. BGer 9C_190/2016 vom 20. Juni 2016 E. 4.1).

¹⁵ Stöckli, H. R. et al. (2005): Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der chronischen Phase nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma (ckZBT, sog. Schleudertrauma) (ohne Commotio cerebri/mild traumatic brain injury). Pragmatische Empfehlungen der multidisziplinären Konsensusgruppe Olten vom 13.01.2005. In: Schweizerisches Medizinisches Forum 5 (47), S. 1182–1187.

¹⁶ Gemäss Bundesgericht ist die neuropsychologische Testuntersuchung allein nicht ausreichend, um die Kausalitätsfrage eines Beschwerdebildes selbstständig und abschliessend zu beantworten; BGer 8C_636/2018 vom 28. November 2018 E. 4.2.

5.5.4. Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit EFL

Diese Verfahren stellen Zusatzbefunde dar, welche in die versicherungsmedizinische Gesamtbeurteilung einfließen. Die Gesamtbeurteilung der entsprechenden Befunde und Schlussfolgerungen erfolgt über den mit der EFL-Methodik vertrauten jeweiligen medizinischen Gutachter.¹⁷

5.5.5 Interventionelle Diagnostik

Sie sollte durch den Gutachter selbst zurückhaltend und nur bei einem relevanten Informationsgewinn durchgeführt werden. Um nicht in einen Konflikt zwischen Begutachtung und behandelnder Arzt-Patientenbeziehung zu geraten, können solche Interventionen auch an Drittpersonen delegiert werden.

5.6. Zusammenfassende Beurteilung im versicherungsmedizinischen Kontext

Dem Diskussionsteil des Gutachtens, der die gutachterlichen Kernaussagen enthält, ist die grösste Aufmerksamkeit zu schenken. Nach kurzer zusammenfassender Darstellung des Falles sind die Überlegungen und Schlüsse des Gutachters bezüglich Diagnosen und deren funktionellen Auswirkungen und Folgen und Kausalitätsaspekten medizinisch-argumentativ nachvollziehbar darzustellen und allfällige widersprüchliche Vormeinungen zu diskutieren. Aus diesem zentralen Diskussionsteil sollten sich die daran anschliessenden Fragenbeantwortungen herleiten lassen.

Ferner ist Folgendes zu beachten:

- kriteriengestützte Herleitung und nachvollziehbare Begründung der Diagnosen
- medizinisch-argumentative Auseinandersetzung mit widersprüchlichen Meinungen in den Vorakten
- umfassende systematische Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung
- keine «post hoc ergo propter hoc» Begründung (BGE 119 V 335 E. 2b/bb; vgl. auch BGE 142 V 325 E. 2.3.2.2; BGer 8C_8/2018 vom 23. April 2018 E. 3.2),

¹⁷ Bei zuverlässiger ärztlicher Einschätzung der Arbeitsfähigkeit besteht nach Bundesgericht in der Regel keine Notwendigkeit, die Rechtsfrage der Erwerbsunfähigkeit durch eine EFL zu überprüfen. Ausnahmsweise kann eine solche erforderlich sein, wenn mehrere involvierte Ärzte diese angesichts eines multiplen und schwierig einzuschätzenden Krankheitsbildes ausdrücklich befürworten (z.B. BGer 9C_433/2018 vom 5. Oktober 2018 E. 4.2).

sondern argumentative Darstellung verschiedener Kausalitätsmöglichkeiten und Plausibilisierung derselben

- detaillierte, medizinisch nachvollziehbar begründete Beschreibung resp. Beurteilung der funktionellen Auswirkungen der Gesundheitsstörungen (gegebenenfalls ICF, EFL, inkl. kritische Diskussion)
- eventuell Stellungnahme zu medizinischen Massnahmen, bisherige und zukünftige
- Aussagen zur Prognose, allfällige Empfehlung zur Verlaufsbeurteilung
- keine versicherungsmedizinische Beurteilung ausserhalb des eigenen Fachgebietes
- allfällige Empfehlungen für weitere Abklärungen

5.7. Fachbezogene Diagnose(n)

Der Gutachter soll nur Diagnosen stellen, die sein Fachgebiet betreffen und sich nach anerkannten Klassifikationssystemen orientieren. «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 dem Auftraggeber das weitere Vorgehen zu besprechen.

5.8. Beantwortung des Fragenkatalogs

Die Beantwortung des Fragekataloges erfolgt mit Bezug zu den Aussagen in der versicherungsmedizinischen Diskussion. Keinesfalls dürfen versicherungsmedizinische Beurteilungen ausserhalb des eigenen Fachgebietes abgegeben werden. Bei interdisziplinären Gutachten erachtet das Bundesgericht eine zusammenfassende Beurteilung aufgrund einer Konsensdiskussion als ideal, aber nicht zwingend (BGE 143 V 124 E. 2.2.4).¹⁸

5.9. Literaturverzeichnis

¹⁸ Das BSV kann die Gutachtenstellen verpflichten, eine Konsensdiskussion durchzuführen und die Art der Diskussion zu dokumentieren. Bei den bidisziplinären Gutachten können IV-Stellen eine Konsensdiskussion vertraglich vereinbaren und einfordern.

Literaturzitate oder ein abschliessendes Literaturverzeichnis sind keine zwingenden Elemente in der Begutachtung. In besonderen Fällen können solche allerdings zur Untermauerung des aktuellen medizinischen Kenntnisstandes oder zur eingehenden Begründung der gutachterlichen Schlüsse sinnvoll oder sogar notwendig sein, dies besonders bei seltenen Krankheiten oder fallbezogen geringer eigener Berufserfahrung.

6. Glossar¹⁹

Aggravation

Bewusst intendierte, verschlimmernde oder überhöhende Darstellung einer vorhandenen Störung zum Zweck der Erlangung von (materiellen) Vorteilen.

Aktivität (nach ICF)

Als Aktivität bezeichnet man die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung durch einen Menschen.

Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit ist 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 (Art. 6 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist letztlich ein Rechtsbegriff und wird abschliessend vom Rechtsanwender festgelegt (BGE 140 V 193). Der Gutachter beurteilt die medizinisch zumutbare Arbeitsunfähigkeit aus medizinischer Sicht in Form einer Einschätzung der Leistungsfähigkeit und des zeitlichen Umfanges im Vergleich zu den Arbeitsanforderungen zu Handen des Rechtsanwenders. Diese soll möglichst transparent unter Anwendung möglichst objektivierbarer medizinischer Befunde begründet werden.

ATSG

Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (SR 830.1).

¹⁹ Quellen siehe auch Leitlinien für die orthopädische, rheumatologische und psychiatrische versicherungsmedizinische Begutachtung

Ausschlussgründe

In BGE 131 V 49 und erneut in BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht folgende Ausschlussgründe genannt: «Aggravation, sekundärer Krankheitsgewinn, vage Schilderung der Beschwerden, erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen (Beschwerden) und dem gezeigten Verhalten, Diskrepanz zwischen geschilderten Beschwerden und Inanspruchnahme von Therapien, demonstrativ vorgetragene Klagen, Behauptung von schweren Einschränkungen im Alltag bei weitgehend intaktem Umfeld.» Liegen wesentliche Ausschlussgründe vor, wird in der Regel eine geltend gemachte Behinderung nicht als Invalidität im Rechtssinn anerkannt.

Behinderung

Art. 2 des Behindertengleichstellungsgesetzes (BehiG) hält fest: «In diesem Gesetz bedeutet Mensch mit Behinderungen (Behinderte, Behinderter) eine Person, der es eine voraussichtlich dauernde körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigung erschwert oder verunmöglicht, alltägliche Verrichtungen vorzunehmen, soziale Kontakte zu pflegen, sich fortzubewegen, sich aus- und fortzubilden oder eine Erwerbstätigkeit auszuüben.»

Beweisgrad

Für die Anerkennung durch die Sozialversicherung muss ein Sachverhalt (z.B. Unfallkausalität) mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Eine Vermutung oder die blosse Möglichkeit reichen nicht aus.

BGE

Bundesgerichtsentscheid: In der amtlichen Sammlung veröffentlichte Entscheide des Bundesgerichts. Alle materiellen Entscheide sind im Internet zugänglich [www.bger.ch].

Bundesgericht

Höchstes Schweizer Gericht. Die zwei sozialrechtlichen Abteilungen befinden sich in Luzern, die restlichen Abteilungen und der Hauptsitz in Lausanne.

Dissimulation

Bewusstes Herunterspielen oder Verneinen von Beschwerden/Krankheitssymptomen.

EBM

Evidenzbasierte Medizin

EFL

Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit der IG Ergonomie der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (SAR): bidisziplinäre, mit Physiotherapeut und Arzt durchgeführte Untersuchung. Sie beinhaltet neben einer Befragung und problemorientierten Untersuchung durch den Arzt eine umfassende Leistungserprobung mittels insgesamt 29 (mindestens 15) standardisierter funktioneller Tests für physische Funktionen der Arbeit (zum Beispiel Heben, Tragen, Arbeit über Brusthöhe etc.) im Hinblick auf eine realitätsnahe Beurteilung der arbeitsbezogenen, ergonomisch sicheren Belastbarkeit. Zusätzlich erfolgt im Rahmen der Tests eine standardisierte Einschätzung von Einsatzbereitschaft und Konsistenz. Mit einer EFL beauftragte Institutionen müssen durch die IG Ergonomie akkreditiert sein.

Ergänzungsleistungen

Die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV helfen dort, wo die Renten und das übrige Einkommen die minimalen Lebenskosten nicht decken. Auf sie besteht ein rechtlicher Anspruch, wenn die entsprechenden Bedingungen erfüllt sind.

Erwerbsunfähigkeit

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

Funktionale Gesundheit (nach ICF)

Eine Person gilt nach ICF als funktional gesund, wenn ihre körperlichen Funktionen und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen, sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem

erwartet wird, und sie zu allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, Zugang hat und sich in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung erwartet wird.

Gesundheitsproblem (nach ICF)

Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit als Resultat der komplexen Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Komponenten der ICF. Die negative Auswirkung entspricht dem Begriff der Behinderung.

Hilflosigkeit

Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art 9. ATSG). Es werden drei Schweregrade von Hilflosigkeit unterschieden.

Hilfsmittel

Der Versicherte hat im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, deren er für die Ausübung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich, zur Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, für die Schulung, die Aus- und Weiterbildung oder zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung bedarf. Kosten für Zahnprothesen, Brillen und Schuheinlagen werden nur übernommen, wenn diese Hilfsmittel eine wesentliche Ergänzung medizinischer Eingliederungsmassnahmen bilden (Art. 21 IVG).

ICF

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): Die ICF wurde von der Weltgesundheitsorganisation WHO als Ergänzung zur Klassifikation der Krankheiten (International Classification of Diseases ICD) geschaffen. Leitend war die Erkenntnis, dass sich aus der Diagnose keine direkten Hinweise auf den funktionalen Gesundheitszustand der Menschen ableiten lassen. Die ICF basiert auf einem biopsychosozialen Krankheitsmodell.

Integritätsentschädigung

«Die Integritätsentschädigung will anerkennen, dass über die Sach- und Geldleistungen hinaus durch Unfallereignisse ein dauerhafter immaterieller Schaden entsteht, der nicht wieder gutzumachen ist.»²⁰ Es handelt sich dabei um eine Einmalzahlung. Die Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität muss dauerhaft und erheblich, die Behandlungsmöglichkeiten müssen ausgeschöpft sein. «Die Unfallfolgen müssen identifiziert und von Krankheitsfolgen abgegrenzt werden.»²¹

Im Rahmen des UVG finden sich entsprechende Tabellen zu deren prozentualen Berechnung in Tabellen der SUVA (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt Suva 2002, 2004).

Im Rahmen des VVG gelten die diesbezüglichen Vertragsinhalte der AGB.

Im Rahmen der MV ist auf die dort festgehaltenen Bestimmungen zur Integritätsschadenrente abzustellen, wo dem Element der resultierenden Beeinträchtigung zentrale Bedeutung zukommt.

Invalidität

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG).

Invaliditätsgrad

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Bei der Berechnung des Invaliditätsgrades wird das bei Eintritt des zu beurteilenden lang andauernden Gesundheitsschadens erzielte Einkommen (sog. Valideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum potenziell mit Behinderung erzielbaren Einkommen (sog. Invalideneinkommen):

$IV\text{-Grad} = 1 - (\text{Invalideneinkommen} / \text{Valideneinkommen}).$

²⁰ Hoffmann-Richter, Ulrike; Jeger, Jörg; Schmidt, Holger (2012): Das Handwerk ärztlicher Begutachtung. Theorie, Methodik und Praxis. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

²¹ Ebenda

IVG

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (SR 831.20)

IVV

Verordnung über die Invalidenversicherung (SR 831.201)

Kausalität

«Beim Kausalzusammenhang geht es um die Beziehung zwischen Risikoeintritt und dessen Folgen, oder mit anderen Worten zwischen Ursache und Wirkung. Der zeitliche Zusammenhang für sich alleine genügt nicht (<post hoc ergo propter hoc>); er bedarf einer besonderen medizinischen Begründung.»²² Man unterscheidet den *natürlichen* Kausalzusammenhang vom *adäquaten* Kausalzusammenhang.

Natürlicher Kausalzusammenhang: «Ursachen im Sinne eines *natürlichen* Kausalzusammenhangs sind *alle* Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise (hinsichtlich der Form oder Intensität) bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann (BGE 129 V 177 ff. [181], E. 3.1). Beim Risikoeintritt kann es sich um eine alleinige Ursache handeln oder um eine, nicht zwingend unmittelbare, Teilursache. Der Risikoeintritt muss folglich für Art und Umfang des eingetretenen Erfolges <conditio sine qua non> sein.»²³ *Teilursache*: Beeinträchtigt zusammen mit anderen Ursachen die körperlich-geistige-psychische Integrität (gilt bspw. auch für eine Verschlimmerung eines bereits «bestehenden Vorzustandes durch eine hinzutretende (Teil)-Ursache). Unterscheide hiervon die Gelegenheitsursache, die ein anderes bereits latent vorhandenes Risiko erst auslöst bzw. manifest werden lässt.»²⁴ *Monokausalität*: Einzige, alles erklärende Ursache.

Der Mediziner nimmt ausschliesslich zum natürlichen Kausalzusammenhang Stellung. Für den Gutachter stellt sich bei dessen Beurteilung zusätzlich die Frage, ob und wann (im weiteren Verlauf) die Kausalität als erloschen gelten kann (status quo ante vel sine, siehe dort im Glossar).

²² Riemer-Kafka, Gabriela (2012): Versicherungsmedizinische Gutachten. Ein interdisziplinärer juristisch-medizinischer Leitfaden. Bern, Basel: Stämpfli; EMH Schweizerischer Ärzteverlag.

²³ Ebenda

²⁴ Ebenda

Adäquater Kausalzusammenhang: Dieser besteht gemäss Rechtsprechung, wenn ein Umstand nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 125 V 456 ff. [461 f.], E. 5a).

Bei psychischen Unfallfolgen hat das Bundesgericht Kriterien benannt, anhand welcher – je nach Schwere und Umständen des Unfalls und dessen Folgen – die adäquate Kausalität festgelegt wird (Schweizerisches Bundesgericht, BGE 115 V 133) Sinngemäss wurden vom Bundegericht für das HWS-Distorsionstrauma entsprechende Kriterien benannt (Schweizerisches Bundesgericht, BGE 134 V 109 vom 28.05.2008).

Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs obliegt dem Rechtsanwender. Der Gutachter hat die hierfür notwendigen medizinischen Grundlagen zu liefern.

Kontemporalitätsprinzip

Dieser Begriff gilt speziell in der Militärversicherung (MV). Damit die Militärversicherung überhaupt leistungspflichtig wird, gilt es den Beweis dafür zu erbringen, dass die Gesundheitsschädigung durch die Einwirkungen des Dienstes entstanden ist oder dass sich eine gemeldete, bestehende Gesundheitsschädigung unter der Einwirkung des Dienstes massgeblich verschlimmert hat. Tritt eine Gesundheitsschädigung während des Dienstes in Erscheinung und wird auch dann gemeldet oder sonst festgestellt, so wird die Haftung der Militärversicherung von Gesetzes wegen vermutet (Kontemporalitätsprinzip).

Kontextfaktoren (nach ICF)

Sind alle Gegebenheiten des Lebenshintergrundes einer Person. Sie bestehen aus Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren.

Körperfunktion (nach ICF)

Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschliesslich psychologischer Funktionen).

Körperstrukturen (nach ICF)

Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers wie Organe, Gliedmassen und ihre Bestandteile.

Krankheit (im Rechtssinn)

Jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (Art. 3 ATSG). Im Bereich der Invaliden-, Unfall- und Militärversicherung sind der medizinische und der juristische Krankheitsbegriff nicht identisch, der medizinische Krankheitsbegriff (biopsychosoziales Krankheitsmodell) ist weiter gefasst als der juristische, der psychosoziale Faktoren als invaliditätsbegründende Ursachen ausschliesst.

Kranksein und Krankheit

Die Medizinsoziologie macht eine Unterscheidung zwischen Kranksein (illness) und Krankheit (disease). Kranksein, sich krank fühlen, drückt die Befindlichkeit, die Beschwerden einer Person aus. Krankheit hingegen ist ein objektiv feststellbarer, diagnostizierbarer Zustand, welcher jedoch noch nicht als Beschwerde wahrgenommen werden muss (z.B. hoher Blutdruck). Dem Kranksein wiederum muss nicht in jedem Fall auch ein objektiv feststellbarer, diagnostizierbarer Zustand zugrunde liegen.

Leistung bzw. Performance (nach ICF)

Ist die tatsächliche Durchführung einer Aufgabe oder Handlung einer Person in ihrem gegenwärtigen Kontext. Leistung ist ein Aspekt des Aktivitätskonzeptes.

Leistungsfähigkeit bzw. Capacity (nach ICF)

Ist das maximale Leistungsniveau einer Person bezüglich einer Aufgabe oder Handlung unter Test-, Standard- oder hypothetischen Bedingungen. Der Begriff «maximal» ist in Abhängigkeit der Fragestellung zu interpretieren. Leistungsfähigkeit ist ein Teil des Aktivitätskonzeptes.

Listendiagnose

Der Gesetzgeber hat in Art. 6 Abs. 2 UVG, gültig ab 01.01.2017 nebst den Berufs- und Nichtberufs-Unfällen sowie Berufskrankheiten neu auf Gesetzesebene den

Gegenstand der Listendiagnosen geschaffen. Der neue Absatz listet die gleichen Körperschädigungen auf wie früher in Art. 9 UVV. Die Positionierung auf Gesetzesebene unterstreicht jedoch deren Gleichwertigkeit zu den anderen gesetzlich definierten Gegenständen «Unfall» und «Berufskrankheit». Weiter ist im Gesetz kein Ereignis mehr vorausgesetzt, wobei dem Vorhandensein oder Fehlen eines solchen in der Rechtsprechung im Sinne sowohl der Bedeutung eines zeitlichen Anknüpfungspunktes (Versicherungsdeckung; Zuständigkeit des Unfallversicherers) wie auch bei Fehlen eines Ereignisses in der Führung des Entlastungsbeweises Relevanz zukommt. Der Unfallversicherer kann sich lediglich aus seiner Leistungspflicht befreien, wenn er mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit darlegen kann, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. In der Umsetzung der Formulierung «vorwiegend» hilft die bereits im Kontext der Berufskrankheiten vorkommende Analogie, wo «vorwiegend» mit zumindest 50% Verursachungsanteil gleichgesetzt wird. Bei dieser Beurteilung ist das gesamte Ursachenspektrum zu berücksichtigen. Nebst dem Vorzustand sind auch die Umstände des erstmaligen Auftretens der Beschwerden näher zu beleuchten.

Medizinische Massnahmen

Als medizinische Massnahmen im Sinne von Art. 12 IVG gelten namentlich chirurgische, physiotherapeutische und psychotherapeutische Vorkehren, die eine als Folgezustand eines Geburtsgebrechens, einer Krankheit oder eines Unfalls eingetretene Beeinträchtigung der Körperbewegung, der Sinneswahrnehmung oder der Kontaktfähigkeit zu beheben oder zu mildern trachten, um die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Die Massnahmen müssen nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sein und den Eingliederungserfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 IVV).

Partizipation bzw. Teilhabe (nach ICF)

Sie ist das Einbezogenensein in eine Lebenssituation, z.B. in bezahlte Arbeit.

Rendement

Bei der Einschätzung von Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit betrachtet man zuerst getrennt die folgenden zwei Komponenten:

- Leistungskomponente (Belastbarkeit oder sogenanntes «Rendement»)
- Zeitkomponente (Präsenzzeit am Arbeitsplatz)

Ressourcen

Mit Ressourcen sind die gesunden Anteile des Menschen gemeint: Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse, Geschicke, Erfahrungen, Talente, Neigungen und Stärken. Dazu gehören auch die Fähigkeiten, sich im Leben zurechtzufinden, sich an Neues anzupassen und Stürme zu überstehen. Gute Beziehungen zu Mitmenschen und ein tragfähiges soziales Netz sind ebenso bedeutende Bestandteile der persönlichen Ressourcen. Das Ausmass der persönlichen Ressourcen hat wesentlich mit der zugrundeliegenden Persönlichkeit zu tun.

Schadenminderungspflicht

Die Schadenminderungspflicht besagt, dass dem Geschädigten Massnahmen zuzumuten sind, die ein vernünftiger Mensch in der gleichen Lage ergreifen würde, wenn er keinerlei Leistungen zu erwarten hätte. Beispiele schadenmindernder Vorkehrungen sind die Arbeitssuche und die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, deren Kosten die Krankenversicherung vergütet. Einer versicherten Person können nur Massnahmen zugemutet werden, die auch verhältnismässig sind. Der medizinische Experte liefert die Grundlagen für diesen Entscheid. Bei evtl. aufzuerlegenden Therapien müssen voraussichtlicher Nutzen und mögliche Risiken im vorliegenden Einzelfall genau gegeneinander abgewogen werden.

Selbstlimitierung

«Mangelnde Leistungsbereitschaft bzw. Selbstlimitierung bei einer Belastungserprobung oder im Rahmen eines Trainingsprogramms: Der Patient bricht Tests oder Trainingsübungen sehr rasch ab, bevor Zeichen von Anstrengung oder einer funktionellen Limitierung wie etwa Muskelanspannung, Ausweichbewegungen, ungenügende Stabilisierungsfähigkeit oder erhöhter Puls zu beobachten sind»²⁵

²⁵ Oliveri, Michael; Kopp, Hans Georg; Stutz, Klaus; Klipstein, Andreas; Zollikofer, Jürg (2006b): Grundsätze der ärztlichen Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit. Teil 2. In: *Schweizerisches Medizin-Forum*, S. 448–454.

Simulation

Bewusstes Vortäuschen einer krankhaften Störung oder von Symptomen mit offensichtlicher Motivation. Die Beschwerden werden präsentiert, aber nicht erlebt, im Gegensatz zu psychosomatischen und somatoformen Beschwerden. Das Verhalten kann nicht durch eine psychische Störung (z.B. durch eine artifizielle Störung) erklärt werden.

Somatisierung

Präsentation körperlicher Symptome ohne adäquaten organischen Befund, z.B. bei psychischem Stress (ältere Bezeichnung: funktionelle Störung).

SR

Systematische Sammlung des Bundesrechts. Gesetze und Verordnungen sind unter der entsprechenden SR Nummer im Internet zu finden [www.admin.ch].

Status quo ante

Ist ein unfallfremdes (krankhaftes) Grundleiden vorhanden, kann dieses durch den Unfall eine Verschlimmerung erfahren. Ist diese nur vorübergehend, wird zu einem bestimmten Zeitpunkt (Terminierung) der Status quo ante erreicht, in dem sich lediglich noch der Vorzustand auswirkt, die Unfallfolgen aber abgeheilt sind.

Status quo sine

Hat das vorbestandene Grundleiden ohnehin einen progredienten Verlauf, ist der Status quo sine in jenem Zeitpunkt erreicht, in dem sich die vorübergehende unfallbedingte Verschlimmerung nicht mehr auf den schicksalsmässigen Verlauf der Krankheit auswirkt.

Symptomausweitung

Der Begriff «Symptomausweitung» ist keine Diagnose und kein nosologisches Konstrukt. Er beschreibt nur ein Phänomen, welches im Wesentlichen folgende Beobachtungen umfasst: Der Patient beklagt übermässig starke und allenfalls auch topographisch ausgeweitete Symptome (im Widerspruch zur klinischen Erfahrung bei

der gegebenen medizinischen Problematik), er zeigt eine ausgeweitete Funktionseinschränkung im Sinne einer Selbstlimitierung und Einschränkung von Aktivitäten und eine mangelnde Leistungsbereitschaft bei der Belastungserprobung. Bei der Untersuchung finden sich deutliche Inkonsistenzen.

Umschulung

Der Versicherte hat Anspruch auf Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder verbessert werden kann (Art. 17 IVG).

Umweltfaktoren (ICF)

Sie bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.

Unfall (im Rechtssinn)

Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat

(Art. 4 ATSG).

Verschlimmerung

Das vorbestandene Grundleiden kann durch ein Unfallereignis

- eine dauernde Verschlimmerung erfahren, in dem der Status quo ante nie mehr erreicht wird und ein Defektzustand zurückbleibt
- eine richtunggebende Verschlimmerung erfahren, wenn es durch den Unfall früher zur Entwicklung gebracht bzw. in seinem zeitlichen Ablauf beschleunigt oder erst in ein bleibend schmerzhaftes Stadium gebracht worden ist
- vorübergehend temporär eine Verschlimmerung erfahren. Hierbei wird ein Vorzustand durch den Unfall verschlimmert; danach wird wieder der Status quo ante (Terminierung) erreicht.

Zumutbarkeit

Zumutbarkeit ist ein juristischer Begriff, der bisher in keinem Gesetz definiert wurde. Zumutbarkeit als Rechtsbegriff dient der Begrenzung von Versicherungsansprüchen. Der Begriff steht in enger Beziehung zum Begriff der Verhältnismässigkeit: zumutbare Massnahmen müssen verhältnismässig sein. Nach allgemeinem Sprachgebrauch versteht man unter dem Begriff Zumutbarkeit, dass man von einer bestimmten Person ein bestimmtes Verhalten erwarten oder verlangen darf, auch wenn dieses Verhalten mit Unannehmlichkeiten und Opfern verbunden ist. Aus medizinischer Sicht orientiert sich die Zumutbarkeit grundsätzlich an den vorhandenen Fähigkeiten und Defiziten der betreffenden Person in Bezug auf arbeitsbezogene Anforderungen. Die Begriffe Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit sind eng miteinander verknüpft. Für den Mediziner ist die Zumutbarkeit in der Regel dann nicht mehr gegeben, wenn eine Krankheit von erheblichem Schweregrad mit schlechter Prognose vorliegt, welche die Fähigkeit, angepasste Arbeit zu leisten, ganz oder teilweise aufhebt oder ein erhebliches Risiko einer Verschlechterung der Gesundheitssituation durch die Arbeitsbelastung besteht. Zudem gibt es die Zumutbarkeit von Therapiemassnahmen, von denen nach wissenschaftlicher Erkenntnis eine erhebliche Verbesserung der Symptomatik erwartet werden kann. Eine genaue Prüfung im Einzelfall (Nutzen, Risiken, Kosten) ist erforderlich.

7. Abkürzungen

AGB	Allgemeine Geschäftsbedingungen
AHV	Alters- und Hinterbliebenen-Versicherung
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
AVB	Allgemeine Versicherungsbedingungen
AVI	Arbeitslosenversicherung
BGE	Bundesgerichtsentscheid
BV	Berufliche Vorsorge / Pensionskassenversicherung
BVM	Bekämpfung Versicherungsmissbrauch
EBM	Evidenzbasierte Medizin
EFL	Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (siehe auch Glossar)

ICF	International Classification of Functioning and Disability and Health (siehe auch Glossar)
IE	Integritätsentschädigung (siehe auch Glossar)
IV / IVG / IVV	Invalidenversicherung / Invalidenversicherungsgesetz / Invalidenversicherungsverordnung
KV / KVG / KVV	Krankenversicherung / Krankenversicherungsgesetz / Krankenversicherungsverordnung
MV / MVG / MVV	Militärversicherung / Militärversicherungsgesetz / Militärversicherungsverordnung
UV / UVG / UVV	Unfallversicherung / Unfallversicherungsgesetz / Unfallversicherungsverordnung
VVG	Versicherungsvertragsgesetz