

Methodik & Aufbau

Medizinische Gutachten und methodenkritische Stellungnahmen

Priv.-Doz. Dr. med. Robert Winker · Facharzt für Innere Medizin · Facharzt für Arbeitsmedizin · Wien Habilitation im Fach Arbeitsmedizin · winker-gutachten.at

Stand: August 2026 — Informationsdossier für Rechtsanwaltskanzleien und Rentenberater

1. Zweck dieses Dossiers

Dieses Dokument beschreibt, **nach welcher Methodik und in welchem Aufbau** meine Gutachten und Stellungnahmen erstellt werden. Es richtet sich an Kanzleien und Rentenberater, die außergerichtliche Privatgutachten oder methodenkritische Stellungnahmen in Verfahren zu Dienstunfähigkeit (Beamte), Berufsunfähigkeit (private BU-Versicherung) und Erwerbsminderung (DRV) beauftragen.

Es enthält bewusst **kein Beispielgutachten mit fiktiver Kritik** an einem erfundenen Fall. Eine anonymisierte Leseprobe aus einem realen Mandat stelle ich nach Vorliegen entsprechender Mandate und Einwilligungen zur Verfügung.

2. Sechs Qualitätsgrundsätze

1. **Trennung von Befund und Bewertung.** Was die Akte belegt, was daraus abgeleitet wird und was offen bleibt, wird sprachlich und strukturell getrennt. Jede Bewertung ist auf die zugrunde liegenden Befunde rückführbar.
2. **Methodenehrlichkeit.** Ein Aktengutachten trägt einen ausdrücklichen Einschränkungsvermerk: Es beruht auf den vorgelegten Unterlagen, ohne eigene Untersuchung. Was ein Aktengutachten nicht leisten kann, steht im Gutachten.
3. **Funktionsorientierung statt Diagnosenliste.** Maßstab ist nicht die Diagnose, sondern die daraus folgende Funktionseinschränkung im Bezug zur konkreten Tätigkeit — orientiert am bio-psycho-sozialen Modell der ICF (WHO).

4. **Tätigkeitsbezug.** Ohne erhobenes Anforderungsprofil (Arbeitsschwere, Haltungs- und Expositionsprofil, Pausen- und Toilettenzugang, Weg- und Reiseanteile) ist eine Aussage zur Berufs- oder Dienstfähigkeit nicht begründbar. Das Anforderungsprofil wird dokumentiert erhoben.
5. **Objektivierung, wo möglich.** Leistungsaussagen werden — wo verfügbar oder im Rahmen der Stufe 3 erhebbar — an Messwerte gebunden (Ergometrie, Spiroergometrie, Lungenfunktion, Gehtest), nicht allein an klinische Eindrücke.
6. **Ergebnisoffenheit.** Beauftragung ist keine Ergebniszusage. Trägt die Aktenlage die Position des Auftraggebers nicht, wird das klar gesagt — auf Wunsch vorab als kostengünstige Ersteinschätzung („geringe Chancen“ ist ein zulässiges und häufiges Ergebnis).

3. Aufbau eines Aktengutachtens (Stufe 1) —

kommentierte Gliederung

§	Abschnitt	Inhalt und methodischer Zweck
1	Auftrag und Fragestellung	Wörtliche Wiedergabe der Beweis-/Prüffragen; Abgrenzung, was medizinisch beantwortbar ist und was Rechtsfrage bleibt.
2	Unterlagenverzeichnis	Vollständige Liste aller ausgewerteten Dokumente mit Datum und Quelle. Fehlende, aber entscheidungsrelevante Unterlagen werden ausdrücklich benannt.
3	Einschränkungsvermerk	Klarstellung Aktenlage-Basis (Grundsatz 2); Bedingungen, unter denen eine persönliche Untersuchung die Aussagekraft erhöhen würde.
4	Befund-Chronologie	Tabellarische Aufarbeitung aller Befunde (Datum, Quelle, Kernaussage, Messwerte). Macht Verläufe — Verschlechterung, Stabilisierung, Therapieeskalation — sichtbar und zitierfähig.
5	Diagnosen	Diagnosenliste nach ICD-10-GM, je mit Beleg aus der Akte; Trennung gesicherter, verdachtsweiser und anamnestischer Diagnosen.
6	Funktionsanalyse (ICF-orientiert)	Übersetzung der Diagnosen in Funktions- und Aktivitätseinschränkungen: Belastbarkeit, Ausdauer, Haltungs-/Bewegungsprofil, Kontinenz/Pausenbedarf, Wegefähigkeit.
7	Anforderungsprofil der Tätigkeit	Konkrete Tätigkeit (BU/DU) bzw. Referenz allgemeiner Arbeitsmarkt (EM): Arbeitsschwere, Zeitanteile, Umgebungsbedingungen. Quellen: Tätigkeitsbeschreibung, Arbeitgeber-/Innungsangaben, arbeitsmedizinische Klassifikationen.
8	Abgleich Funktion ↔ Anforderung	Kernstück: begründete Gegenüberstellung je Anforderungsdimension. Hier entscheidet sich die

§	Abschnitt	Inhalt und methodischer Zweck
		Frage Dienst-/Berufs-/Erwerbsfähigkeit — nachvollziehbar statt pauschal.
9	Methodenkritische Würdigung vorliegender Gutachten	Prüfung nach dem Raster in § 4 dieses Dossiers — kriteriengeleitet, ohne polemische Formulierungen; Übereinstimmungen werden ebenso benannt wie Abweichungen.
10	Beantwortung der Fragestellung	Jede Frage aus § 1 wird einzeln, direkt und mit Verweis auf die tragenden Abschnitte beantwortet; Sicherheitsgrad der Aussage wird angegeben.
11	Offene Punkte	Welche Zusatzbefunde/Untersuchungen die verbleibende Unsicherheit reduzieren würden — inklusive realistischer Einschätzung, ob sich der Aufwand lohnt.
12	Literatur- und Standardverzeichnis	Zitierte Leitlinien und Werke (vgl. § 7).

Stufe 2 ergänzt § 6 um eine **telemedizinische Video-Anamnese** (dokumentiert, mit Identitätsprüfung); Stufe 3 ergänzt eine **persönliche Untersuchung mit Ergometrie in Wien** (vgl. § 5).

4. Prüfraster Methodenkritik

Vorgutachten und Bescheide werden entlang derselben Kriterien geprüft, an denen sich dieses Gutachten selbst messen lässt:

1. Wurden die **Beweisfragen vollständig und einzeln** beantwortet?
2. Ist die **Unterlagenbasis** vollständig dokumentiert? Wurden nachgereichte oder aktuelle Verlaufsbefunde berücksichtigt?
3. Wurde das **konkrete Anforderungsprofil der Tätigkeit erhoben** — oder wird ohne Tätigkeitsbezug bewertet?
4. Sind Leistungsaussagen **objektiviert** (Messwerte, standardisierte Tests) oder beruhen sie allein auf klinischem Eindruck?

5. Ist die **Untersuchungs-/Explorationstiefe** dem Gegenstand angemessen und dokumentiert (Dauer, Umfang, erhobene Befunde)?
6. Werden **Diskrepanzen** zwischen Befunden, Verlauf und Schlussfolgerung erklärt oder übergangen?
7. Wird der **Verlauf** gewürdigt (Progredienz, Therapieeskalation, Exazerbationen) oder nur eine Momentaufnahme bewertet?
8. Bei EM-Verfahren: wurde die **Wegefähigkeit** nach dem sozialgerichtlichen Maßstab (viermal täglich Fußwege von mehr als 500 m in zumutbarer Zeit sowie zumutbare Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel) geprüft?
9. Sind Aussagen zur **zeitlichen Leistungsfähigkeit** (unter 3 / 3–6 / über 6 Stunden, § 43 SGB VI) begründet und mit der Befundlage konsistent?
10. Ist die **Trennung von Befund und Bewertung** eingehalten; sind Bewertungen rückführbar?

Das Ergebnis dieser Prüfung kann auch lauten, dass ein Vorgutachten methodisch tragfähig ist. Auch das ist für die Verfahrensstrategie eine verwertbare — und ehrlich mitgeteilte — Information.

5. Objektivierung der Leistungsfähigkeit (Stufe 3)

Für die Frage „Was kann die betroffene Person körperlich tatsächlich leisten?“ stehen in der Wiener Ordination standardisierte Verfahren zur Verfügung:

- **Fahrradergometrie** nach kardiologischem Standard (Abbruchkriterien, Blutdruck-/EKG-Monitoring): maximale und Dauer-Leistung in Watt, umrechenbar in metabolische Äquivalente (MET) und damit in Arbeitsschwere-Kategorien (leicht/mittelschwer/schwer) der sozialmedizinischen Praxis.
- **Spiroergometrie**-Befunde (soweit vorliegend) zur kardiopulmonalen Differenzierung (VO_2max , ventilatorische Schwellen).
- **6-Minuten-Gehtest** nach ATS-Standard als submaximaler Alltagsmaßstab.
- **Lungenfunktion/Labor** als Verlaufs- und Plausibilitätsanker.

Für Auftraggeber außerhalb Wiens: Auf Basis eines **standardisierten Untersuchungsprotokolls** können definierte Messungen wohnortnah durch niedergelassene Kollegen erfolgen; die Befunde werden hier eingearbeitet (entspricht Stufe 1/2 mit Fremdbefund-Objektivierung).

6. Grenzen — was ich nicht anbiete

- **Keine Gefälligkeitsgutachten.** Ergebnisoffenheit ist Bedingung jeder Beauftragung (Grundsatz 6).
- **Keine psychiatrischen Hauptdiagnosen.** Liegt der Schwerpunkt eines Falles psychiatrisch, lehne ich ab bzw. verweise an das zuständige Fachgebiet — bevor Kosten entstehen.
- **Keine Rechtsberatung.** Rechtsfragen bleiben ausdrücklich der Kanzlei vorbehalten; das Gutachten liefert die medizinische Tatsachengrundlage.
- **Kein Verkauf von Prozessaussichten.** Die Vorstufe „Ärztliche Ersteinschätzung“ ist gerade dafür gedacht, Mandate mit geringen Chancen früh und kostengünstig zu erkennen.

7. Standards und Literatur (Auswahl)

- AWMF: **S2k-Leitlinie „Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung“** (AWMF-Registernummer 094-001).
- Deutsche Rentenversicherung: **Leitlinien zur sozialmedizinischen Begutachtung** (indikationsbezogene Reihen, u. a. zur Leistungsfähigkeit bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung und bei koronarer Herzkrankheit).
- WHO: **ICF — Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit** (deutschsprachige Fassung).
- Fritze · Mehrhoff (Hrsg.): **Die ärztliche Begutachtung** (Springer, Standardwerk der Begutachtungsmedizin).
- Dörfler · Eisenmenger · Lippert · Wandl (Hrsg.): **Medizinische Gutachten** (Springer).
- Trappe · Löllgen: **Leitlinien zur Ergometrie** (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie).
- American Thoracic Society: **ATS Statement — Guidelines for the Six-Minute Walk Test** (Am J Respir Crit Care Med 2002).
- ICD-10-GM in der jeweils gültigen Fassung.

Im Einzelgutachten wird fallbezogen und mit vollständigen Fundstellen zitiert.

8. Verfasser und Rahmen

Priv.-Doz. Dr. med. Robert Winker, Facharzt für Innere Medizin und Facharzt für Arbeitsmedizin, habilitiert im Fach Arbeitsmedizin, langjährige klinische, arbeitsmedizinische und gutachterliche Tätigkeit; Ordination in Wien.

- **Leistungsstufen:** Ärztliche Ersteinschätzung (schriftlich) · Stufe 1 Aktengutachten · Stufe 2 mit Video-Anamnese · Stufe 3 mit Untersuchung und Ergometrie in Wien. Festpreise und verbindliche Liefertermine im Angebot.
- **Vertraulichkeit:** Unterlagenübermittlung ausschließlich über ein geschütztes Upload-Portal (EU-Server, verschlüsselt); keine Gesundheitsdaten per E-Mail-Anhang. Interne Aktenaufbereitung erfolgt datenschutzkonform mit pseudonymisierten Dokumenten (Auftragsverarbeitungsvertrag liegt vor).
- **Kontakt:** winker-gutachten.at · Details, Impressum und Datenschutz dort.