

Grundlagen der ärztlichen Begutachtung

Nach der curricularen Fortbildung der Bundesärztekammer
„Grundlagen der medizinischen Begutachtung“

Herausgegeben von
Stephan Becher
Elmar Ludolph

 Online-Version in der eRef

2., aktualisierte und erweiterte Auflage



Thieme

Grundlagen der ärztlichen Begutachtung

Nach der curricularen Fortbildung der Bundesärztekammer
„Grundlagen der medizinischen Begutachtung“

Herausgegeben von
Stephan Becher
Elmar Ludolph

Mit Beiträgen von
Andreas Bahemann
Stephan Becher
Ulrike Diedrich
Ulrich Freudenberg
Peter W. Gaidzik
Gabriela Gallos
Erika Gebauer
Elmar Ludolph

Simone Reck
Wolfgang Reuter
Harald Scheele
Frank Schröter
Cornelis Stadtland
Klaus-Dieter Thomann
Dieter J. Ziegenhagen

2., aktualisierte und erweiterte Auflage

29 Abbildungen

Georg Thieme Verlag
Stuttgart • New York

Impressum

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Ihre Meinung ist uns wichtig! Bitte schreiben Sie uns unter

www.thieme.de/service/feedback.html



1. Auflage 2011

© 2017 Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstr. 14
70469 Stuttgart
Deutschland
www.thieme.de

Printed in Germany

Zeichnungen: Angelika Brauner, Hohenpeißenberg
Umschlaggestaltung: Thieme Verlagsgruppe
Umschlaggrafik: Martina Berge, Stadtbergen; verwendete Abbildungen von © Kurhan – Fotolia.com und © viz4biz – Fotolia.com
Redaktion: Dr. Antje Merz-Schönplflug, Eitelborn
Satz: L42 AG, Berlin
Druck: Westermann Druck Zwickau GmbH, Zwickau

DOI 10.1055/b-004-134461

ISBN 978-3-13-145792-9

1 2 3 4 5 6

Auch erhältlich als E-Book:
eISBN (PDF) 978-3-13-166452-5
eISBN (epub) 978-3-13-205852-1

Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen ®) werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen oder die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die abgebildeten Personen haben in keiner Weise etwas mit der Krankheit zu tun.

Geleitwort zur 2. Auflage

von Univ.-Prof. Dr. Wilfred A. Nix

Die sachverständige Beurteilung einer Fragestellung ist eine verantwortungsvolle ärztliche Aufgabe. Sie wird zur Entscheidungsfindung von zahlreichen staatlichen wie privatwirtschaftlichen Institutionen benötigt, von Versicherungen, Versorgungseinrichtungen oder Gerichten. Die fachliche Kompetenz ärztlicher Gutachter setzt voraus, dass der Gutachter über das Medizinische hinaus Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen für seine Tätigkeit erwirbt und danach darüber verfügt.

Die 1. Auflage dieses Buches gab gutachtlich tätigen Ärzten einen hilfreichen Ratgeber unter Einschluss von Fallbeispielen an die Hand. Die jetzt vorliegende, sehr viel umfangreichere 2. Auflage zeigt: Die Autoren haben eine Informationslücke erkannt und füllen können. In der 2. Auflage sind alle Kapitel einer gründlichen Überarbeitung unterzogen worden. Zudem wurden neue Sachgebiete wie das Patientenrechtegesetz, das 2. Pflege-Stärkungsgesetz und die Umsetzung der aktuellen Rechtsprechung des BGH zur Invaliddität ergänzend berücksichtigt.

Eigentlich gehört die Erstellung eines Gutachtens zu den Herausforderungen, die in der Weiter-

bildung bewältigt, erledigt und auch erlernt werden müssten. Jedoch führten die Gutachtertätigkeit und die zugehörigen Kenntnisse über die rechtlichen Grundlagen ärztlicher Tätigkeit bei der Ausbildung ein stiefmütterliches Dasein. An Weiterbildungsstätten können diese Inhalte oft nicht in systematischem und ausreichendem Maß gelehrt werden. So entstehen Defizite, die anderweitig abgedeckt werden müssen.

Das vorliegende Buch vermittelt somit die aktuellen Grundlagen für Ärztinnen und Ärzte, die sich mit der ärztlichen Begutachtung beschäftigen oder zu einzelnen Fragen etwas nachschlagen möchten. Um die Fort- und Weiterbildung zu verbessern, hat die Bundesärztekammer curriculare Fortbildungsreihen entwickelt. An den Inhalten der Fortbildung „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ orientiert sich das vorliegende Werk. Es ist damit ein geeignetes Begleit- und Nachschlagewerk zum Curriculum, aber auch nützlich für jeden Arzt, der sich auf diesem Fachgebiet kundig machen will.

Mainz im September 2016

Univ.-Prof. Dr. Wilfred A. Nix

Direktor der Akademie für Ärztliche Fortbildung
Rheinland-Pfalz

Geleitwort zur 1. und 2. Auflage

von Frau Dr. med. Justina Rozeboom

Der Arzt in Weiterbildung wird früh in seinem klinischen Alltag mit der medizinischen Begutachtung konfrontiert. Nur selten wird er dabei durch eine strukturierte Wissensvermittlung auf diese Aufgabe vorbereitet.

Daher haben Bundes- und Landesärztekammern seit den 1990er Jahren regelmäßig Fortbildungsseminare zu diesem Thema angeboten. Aus den Erfahrungen dieser Seminare ist dann im Jahr 2003 (2., überarbeitete Auflage 2009) das Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ entstanden, in dem die Lernziele und Inhalte sowie der zeitliche Umfang eines Grundlagenkurses definiert wurden. Das 40-stündige Curriculum besteht aus 3 Modulen:

- Modul I: Allgemeine Grundlagen, Zustandsbegutachtung I (Leistungsfähigkeit im Arbeits- und Erwerbsleben, Rehabilitation, Schwerbehindertenrecht)
- Modul II: Kausalitätsbezogene Begutachtung
- Modul III: Zustandsbegutachtung II (Pflegeversicherung, Private Krankenversicherung, Berufsunfähigkeitsversicherung, spezielle Begutachtungsfragen)

Um Ärzten aller Fachgebiete offen zu stehen, wurde das Curriculum bewusst als interdisziplinäre Fortbildungsmaßnahme konzipiert. Die Idee war, dass die fachspezifischen Aspekte, z.B. Berufskrankheiten, in Seminaren der Berufsverbände und medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften vermittelt werden.

Das Curriculum stellt jedoch nur einen inhaltlichen und formalen Rahmen dar.

Umso erfreulicher ist es, dass die Autoren mit diesem Werk ein Lehrbuch und Nachschlagewerk vorgelegt haben, in dem alle Lerninhalte des Curriculums aufgenommen und vertieft dargestellt werden. Hierbei kommt es dem Werk zugute, dass die Autoren als langjährige Gutachter und Referenten der Kurse zur medizinischen Begutachtung wertvolle Erfahrungen aus der ärztlichen Praxis sammeln und in dieses Buch einbringen konnten. So erhält der Leser eine systematische Einführung in die ärztliche Begutachtung und – angereichert durch viele Beispiele – einen guten Praxisbezug.

Dr. med. Justina Rozeboom
Bundesärztekammer, Berlin

Vorwort

Medizin als Wissenschaft ist in einem stetigen Fluss. Diese Erkenntnisflut hat auch Einfluss auf das spezielle Gebiet der ärztlichen Begutachtung. Neben dem medizinischen Erkenntnisgewinn, der häufig seinen Niederschlag in einschlägigen Leitlinien findet, deren Beachtung und Kenntnis wiederum immer häufiger von den Auftraggebern ärztlicher Gutachten erwartet werden, ist der Gesetzgeber nicht untätig geblieben. Durch das Patientenrechtegesetz (§ 630a BGB - § 630h BGB) wurde für den medizinischen Behandlungsfehler, dessen Begutachtung sich bisher auf Richterrecht stützte, nunmehr eine gesetzliche Grundlage geschaffen. Geändert oder ergänzt wurden zwischenzeitlich viele bestehende Gesetze, Regeln, Vorschriften im Sozialversicherungsrecht. So ist neben den neuen Pflegestufen bei der Pflegeversicherung eine Vielzahl von Änderungen seit der 1. Auflage im Jahr 2011 dazugekommen, die aber zur Bewertung von Krankheiten im Hinblick auf eine Entschädigungsleistung erheblich sein können. Dazu gehören z.B. die neu in den Anhang zur Berufskrankheitenverordnung aufgenommenen Berufskrankheiten. Auch wurde das Curriculum der Bundesärztekammer inhaltlich angepasst und die Akademien der einzelnen regionalen Ärztekammern

haben entsprechend ihre Ausbildungsinhalte geändert. Berücksichtigt und umgesetzt wurde zudem die aktuelle Rechtsprechung des BGH und des BSG.

Neben diesen Änderungen haben wir einige neue Gutachtenbeispiele aufgenommen. Auch haben wir uns bemüht, ergänzende Bemerkungen unserer Leser in die neue Auflage einzuarbeiten. Wir hoffen, dass wir somit ein gutes Stück auf dem Weg zu einer hochwertigen ärztlichen Begutachtung vorangekommen sind.

Dieses Bemühen kann nicht ohne die Hilfe des Verlages und seiner Mitarbeiter, namentlich Frau Dr. Heike Tegude und Frau Marion Holzer, zum Erfolg führen, die wiederum mit viel Fleiß, Sachverstand und auch unendlicher Geduld das Projekt vorangetrieben haben. Dafür dürfen wir uns herzlich bedanken.

Es bleibt nun nur noch der Wunsch, dass die „Grundlagen der ärztlichen Begutachtung“ zu einem ständigen Wegbegleiter der jungen Ärzte in der Facharztausbildung werden und auch der ein oder andere „alte Hase“ sich Anregungen aus der 2. Auflage holen kann.

Köln und Düsseldorf
Oktober 2016

Stephan Becher
Elmar Ludolph

Anschriften

Herausgeber

PD Dr. med. habil. Stephan **Becher**
SCOR Global Life
Goebenstr. 1
50670 Köln

Dr. med. Elmar **Ludolph**
Institut für ärztliche Begutachtung
Sonnenacker 62
40489 Düsseldorf

Mitarbeiter

Dr. med. Andreas **Bahemann**
Bundesagentur für Arbeit
Zentrale Ärztlicher Dienst
Regensburger Str. 104
90478 Nürnberg

Dr. med. Ulrike **Diedrich**
Gotenring 33
50679 Köln

Dr. Ulrich **Freudenberg**
Landessozialgericht
Nordrhein-Westfalen
Zweigertstr. 54
45130 Essen

Prof. Dr. med. Peter W. **Gaidzik**
Universität Witten/Herdecke
Institut für Medizinrecht
Alfred-Herrhausen-Str. 50
58455 Witten

Dr. med. Gabriela **Gallos**
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
Nordrhein
Beratungs- und Begutachtungszentrum Köln
Cäcilienkloster 6
50676 Köln

Dr. med. Erika **Gebauer**
Böddingheideweg 13
48167 Münster

Dr. med. Simone **Reck**
Deutsche Rentenversicherung Westfalen
Abteilung für Sozialmedizin
Gartenstr. 194
48147 Münster

Dr. med. Wolfgang **Reuter**, M. A.
ERGO Versicherungsgruppe AG
Leistungsmanagement Gesundheit
Medizinische Beratung
Aachener Str. 300
50933 Köln

Dr. med. Harald **Scheele**
ERGO Versicherungsgruppe AG
Leistungsmanagement Gesundheit
Medizinische Beratung
Aachener Str. 300
50933 Köln

Dr. med. Frank **Schröter**
Interdisziplinäre medizinische Begutachtung
Landgraf-Karl-Str. 21
34131 Kassel

PD Dr. med. Cornelis **Stadtland**
Institut für psychiatrische Gutachten
Jagdhornstr. 4
81827 München

Prof. Dr. med. Klaus-Dieter **Thomann**
Institut für Versicherungsmedizin
Sozialmedizinische Untersuchungsstelle
Am Lindenbaum 6a
60433 Frankfurt am Main

PD Dr. med. Dieter J. **Ziegenhagen**
ERGO Group AG
Medizinische Beratung
Aachener Str. 300
50933 Köln

Inhaltsverzeichnis

I Allgemeine Grundlagen und Zustandsbegutachtung I

1	Allgemeine und rechtliche Grundlagen der ärztlichen Begutachtung	20
	<i>S. Becher, E. Ludolph</i>	
1.1	Editorial	20
1.2	Wann werden ärztliche Gutachten benötigt?	20
1.3	Welches ist die Zielsetzung des Sozialrechts und welche Pflichten resultieren daraus für den ärztlichen Gutachter?	21
1.4	Welche Besonderheiten ergeben sich im Verwaltungsrecht?	21
1.5	Welche Zielsetzung haben das Zivilrecht und die Private Unfallversicherung? Welche Besonderheiten ergeben sich für den ärztlichen Gutachter?	22
1.6	Welche Besonderheiten ergeben sich im Strafrecht?	22
1.7	Wie ist die rechtliche Stellung des ärztlichen Gutachters?	23
1.8	Worin besteht der Unterschied zwischen der Rolle des Arztes als Therapeut und Gutachter?	23
1.9	Was ist die Aufgabe des ärztlichen Gutachters im Verhältnis zum Auftraggeber?	23
1.10	Hat der ärztliche Gutachter ein eigenes Ermittlungsrecht?	24
1.11	Wie vermittelt der ärztliche Gutachter sein Wissen?	24
1.12	Welcher Sprache bedient sich der ärztliche Gutachter?	25
1.13	Welche Länge darf ein Gutachten haben?	26
1.14	Welche Meinung wird vom ärztlichen Gutachter erwartet? ..	26
1.15	Welche Fragen muss der ärztliche Gutachter beantworten? ..	26
2	Erstellung von Gutachten	27
	<i>E. Ludolph, S. Becher</i>	
2.1	Editorial	27
2.2	Wie ist der Untersuchungstermin vorzubereiten?	27
2.3	Wie ist ein Gutachten aufgebaut?	28
2.4	Wie erfolgt die klinische Befunderhebung?	29
2.5	Wann ist eine bildtechnische Befunderhebung geboten?	32
2.6	Tipps für die Beurteilung	33
2.7	Welcher Weg führt zu einer überzeugenden Beurteilung? ...	34
2.8	Was ist bei der Zustandsbegutachtung zu beachten?	35
2.9	Wie wird ein ärztliches Gutachten vergütet?	36

3	Begutachtung der Leistungsfähigkeit	40		
3.1	Grundsätzliche Überlegungen ..	40	3.3	Begutachtung der Leistungs-
	<i>S. Becher</i>			fähigkeit aus Sicht der Gesetz-
3.1.1	Editorial	40		lichen Rentenversicherung
3.1.2	Einleitung	40		<i>E. Gebauer, S. Reck</i>
3.1.3	International Classification of		3.3.1	Editorial
	Functioning, Disability and Health.	40	3.3.2	Gesetzliche Rentenversicherung als
3.1.4	Arbeits- und Sozialanamnese	43		Auftraggeber von Rentengutachten
3.1.5	Beurteilung des körperlichen		3.3.3	Begriff der Erwerbsminderung
	Leistungsvermögens	43	3.3.4	Gutachtliche Beurteilung der Leis-
3.1.6	Beurteilung des psychischen			tungsfähigkeit
	Leistungsvermögens	45	3.3.5	Besondere rechtliche Konsequenzen
3.1.7	Instrumente zur Überprüfung der		3.3.6	Gutachtenbeispiele und Kommen-
	Leistungsfähigkeit	46		tierung
3.1.8	Literatur	49	3.3.7	Literatur
3.2	Begutachtung der Leistungs-		3.4	Begutachtung der Leistungs-
	fähigkeit aus Sicht der Gesetz-			fähigkeit für Arbeitsagenturen
	lichen Krankenversicherung	50		und Jobcenter als „gemeinsame
	<i>G. Gallos</i>			Einrichtungen“
3.2.1	Editorial	50		<i>A. Bahemann</i>
3.2.2	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch		3.4.1	Editorial
	(SGB V), Gesetzliche Krankenver-		3.4.2	Rechtliche Grundlagen im SGB III
	sicherung	50		(Arbeitsförderung)
3.2.3	Leistungsdiagnosen in der GKV (ICF)	51	3.4.3	Rechtliche Grundlagen im SGB II
3.2.4	Rechtliche Grundlagen der Begut-			(Grundsicherung für Arbeit-
	achtung bei Arbeitsunfähigkeit ...	51		suchende)
3.2.5	Beschreibung der Leistungsfähigkeit	52	3.4.4	Ärztlicher Dienst der Bundesagen-
3.2.6	Medizinischer Dienst der Kranken-			tur für Arbeit
	versicherung	54	3.4.5	Begutachtungs- und Beratungsauf-
3.2.7	Krankengeld	55		gaben des ÄD der BA
3.2.8	Maßnahmen zur Beendigung der		3.4.6	Gutachtenmuster
	Arbeitsunfähigkeit	56	3.4.7	Gutachtenbeispiele
3.2.9	Gutachtenbeispiele und Kommen-		3.4.8	Literatur
	tierung	57		
3.2.10	Literatur	66		
4	Rehabilitation	97		
	<i>K.-D. Thomann</i>			
4.1	Editorial	97	4.5	Begutachtung der funktionalen
4.2	Gesetzliche Grundlagen	97		Gesundheit (ICF)
4.3	Leistungen zur Teilhabe und		4.6	Aufbau und Inhalt eines Gutach-
	Rehabilitation	97		tens zur Rehabilitation (Empfeh-
4.4	Begutachtung des			lungen der Rehabilitationsträger)
	Rehabilitanden	98	4.7	Literatur
				101
			4.8	Weiterführende Literatur
				271

5	Schwerbehindertenrecht	102		
	<i>K.-D. Thomann</i>			
5.1	Editorial	102	5.6	Verfahren zur Feststellung einer Schwerbehinderung
5.2	Rechtliche Grundlagen	102		104
5.3	Aufgabe des Schwerbehindertenrechts	102	5.6.1	Ermittlung des Einzel-GdB
5.4	Begutachtung im Schwerbehindertenrecht	103	5.6.2	Ermittlung des Gesamt-GdB (Teil A 3 „Versorgungsmedizinische Grundsätze“)
5.5	Definitionen	103	5.6.3	Merkzeichen (Teil D „Versorgungsmedizinische Grundsätze“)
5.5.1	Nationale Definition einer Behinderung	103	5.7	Gutachtenbeispiel und Kommentierung
5.5.2	Internationale Definition einer Behinderung	103	5.7.1	Sozialgerichtsfall
			5.8	Literatur
				109

II Kausalitätsbezogene Begutachtung

6	Kausalitäts- und Beweisregeln im Straf-, Zivil- und Öffentliches Recht	112		
	<i>P. W. Gaidzik</i>			
6.1	Editorial	112	6.3	Beweisregeln
6.2	Kausalität	112		122
6.2.1	Kausalität im Strafrecht	112	6.3.1	Beweisregeln im Strafrecht
6.2.2	Kausalität im Zivilrecht	114	6.3.2	Beweisregeln im Zivilrecht
6.2.3	Kausalität im Öffentlichen Recht	117	6.3.3	Beweisregeln im Öffentlichen Recht
			6.4	Literatur
				125
7	Haftpflichtversicherung	126		
	<i>E. Ludolph</i>			
7.1	Editorial	126	7.5	Wie wirkt sich ein Ursachenbeitrag des Verletzten/Geschädigten aus? ..
7.2	Grundlagen	126		129
7.3	Für welches Verhalten wird gehaftet?	127	7.6	Wer muss was wie beweisen? ..
7.4	Für welchen „Erfolg“ wird gehaftet (Gefährdung ≠ Schaden)?	129	7.7	Wie bemisst sich der Schadensersatz?
			7.7.1	Aufbau der Tabelle („Münchener Modell“)
				132

7.8	Wie kann man sich gegen eine Inanspruchnahme auf Schadensersatz schützen?	135	7.9	Gutachtenbeispiel und Kommentierung	135
			7.10	Literatur	137
8	Gesetzliche Unfallversicherung	138			
8.1	Einführung	138	8.2	Kausalitätsbegutachtung	151
	<i>E. Ludolph</i>			<i>E. Ludolph</i>	
8.1.1	Editorial	138	8.2.1	Editorial	151
8.1.2	Welches sind die Aufgaben der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen?.....	138	8.2.2	Welche Beurteilungskriterien sind aus ärztlicher Sicht für die Sicherung eines Gesundheitsschadens und dessen Unfallzusammenhang maßgeblich?	151
8.1.3	Was ist ein Arbeitsunfall?	139	8.2.3	Welche Anforderung stellt die Rechtsprechung des BSG an die Sicherung eines Gesundheitsschadens und dessen Unfallzusammenhang?	155
8.1.4	Wann wird nach einem Arbeitsunfall eine Rente gezahlt?	140	8.2.4	Gutachtenbeispiele und Kommentierung	156
8.1.5	Welche Arten von Rentengutachten kennt die GuV?	140	8.3	Berufskrankheiten	158
8.1.6	Wie wird die unfallbedingte MdE ermittelt?	141		<i>S. Becher</i>	
8.1.7	Welche Anforderungen sind an den Beweis des unfallbedingten konkreten (individuellen) Gesundheitsschadens zu stellen?	142	8.3.1	Editorial	158
8.1.8	Wie erfolgt die abstrakte Einschätzung der konkreten Funktionseinbußen bezogen auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt?	143	8.3.2	Begriff der Berufskrankheiten.	159
8.1.9	Wann ist eine „Gesamt“-MdE einzuschätzen?	143	8.3.3	Berufskrankheitenliste	159
8.1.10	Wie wirkt sich eine eingeschränkte Vorerwerbsfähigkeit aus?	144	8.3.4	Meldung einer Berufskrankheit ...	165
8.1.11	Was wird unter einer Gesamtvergütung verstanden?	145	8.3.5	Einleitung des Verwaltungsverfahrens	165
8.1.12	Zusammenfassung	145	8.3.6	Zusammenhangsbegutachtung ...	167
8.1.13	Welche Besonderheiten sind bei der Schülerunfallversicherung zu beachten?	145	8.3.7	Bestimmung der medizinisch begründeten Einschränkung	168
8.1.14	Gutachtenbeispiele und Kommentierung	147	8.3.8	Beispiel Lärmschwerhörigkeit – BK Nr. 2301	168
			8.3.9	Gutachtenbeispiele und Kommentierung	169
9	Private Unfallversicherung	173	8.4	Literatur	172
	<i>H. Scheele, W. Reuter</i>				
9.1	Editorial	173	9.4	Einschlüsse	175
9.2	Bedingungswerk	173	9.5	Ausschlüsse	175
9.3	Kausalität	174			

9.6	Vorrang der Gliedertaxe	176	9.9.4	Erhöhte Kraftanstrengung (§ 1 IV AUB 88/94, Nr.1.4 AUB 99/2008/2010/2014) der körperfernen Bizepssehne	180
9.6.1	Schultergelenk, Handgelenk, Sprunggelenk: die dazu ergangene BGH-Rechtsprechung	177	9.9.5	Infektion als Ausschlussstatbestand (§ 2 II (3) AUB 88/94, Nr.5.2.4 AUB 99/2008/2010/2014).	181
9.7	Bemessungskriterien außerhalb der Gliedertaxe	178	9.9.6	Ausschluss Bandscheibenschaden (§ 2 III (2) AUB 88/94, Nr.5.2.1 AUB 99/2008/2010/2014).	181
9.7.1	Bemessung von Mehrfachverletzungen	178	9.9.7	Beispiele für die Bemessung der Invalidität nach der Gliedertaxe . . .	182
9.8	Invalidität „auf Dauer“	179	9.9.8	Dauerschaden	183
9.9	Gutachtenbeispiele und Kommentierung	179	9.9.9	Künstliches Hüftgelenk.	184
9.9.1	Unfallbegriff: Äußeres Ereignis . . .	179	9.9.10	Beispiele für die Bemessung bei Mehrfachverletzungen	184
9.9.2	Nachweis einer unfallbedingten Gesundheitsschädigung.	179	9.9.11	Berücksichtigung der Vorinvalidität	185
9.9.3	Nachweis der unfallbedingten Erst-Gesundheitsschädigung.	180	9.10	Weiterführende Literatur	186
10	Bemessungsempfehlungen für die Private Unfallversicherung	187			
	<i>E. Ludolph, F. Schröter</i>				
10.1	Editorial	187	10.8	Thrombosefolgen	195
10.2	Aufbau der Systematik	187	10.9	Nervenschäden	195
10.3	Gutachtliches Vorgehen	188	10.10	Anhang zur Gliedertaxe	196
10.4	Bemessungsmaßstäbe	189	10.11	Invaliditätsbemessung außerhalb der Gliedertaxe	197
10.5	Funktionsstörungen an Gelenken	190	10.12	Schlusswort	199
10.6	Längen- und Achsabweichungen	194	10.13	Literatur	199
10.7	Arthroserisiko	194			
11	Soziales Entschädigungsrecht	200			
	<i>K.-D. Thomann</i>				
11.1	Editorial	200	11.3.3	Zivildienstgesetz (ZDG)	201
11.2	Rechtliche Grundlagen	200	11.3.4	Opferentschädigungsgesetz (OEG) .	201
11.3	Aufgaben der Gesetze des Sozialen Entschädigungsrechts .	200	11.3.5	Infektionsschutzgesetz (IfSG) – früher Bundesseuchengesetz.	201
11.3.1	Bundesversorgungsgesetz (BVG). . .	200	11.3.6	Häftlingshilfegesetz (HHG)	201
11.3.2	Soldatenversorgungsgesetz (SVG). .	200	11.3.7	SED-Unrechtsbereinigungsgesetz (SED-UnBerG) und Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG) .	201
			11.3.8	Leistungen nach dem BVG	201

11.4	Begutachtung im Sozialen Entschädigungsrecht	201	11.4.2	Bewertung einer gesundheitlichen Schädigung – Grad der Schädigungsfolgen	202
11.4.1	Kausalitätsbegutachtung	201	11.4.3	Ermittlung des Gesamt-GdS	203
			11.5	Weiterführende Literatur	203
12	Arzthaftpflichtrecht	204			
	<i>E. Ludolph</i>				
12.1	Editorial	204	12.3.6	Ist ein Verzicht auf die Aufklärung möglich (§ 630e Abs.3 BGB)?	218
12.2	Definition des Behandlungs- fehlers	205	12.3.7	Wer kann die Einwilligung erteilen und ist deshalb aufzuklären (§ 630e Abs.4 i. V. m. § 630d Abs.1 Satz2) BGB)?	218
12.2.1	Welche Bedeutung haben Leit- linien?	206	12.3.8	Wann kann von einer mutmaß- lichen Einwilligung ausgegangen werden (§ 630d Abs.1 Satz4 BGB)?	219
12.2.2	Welche Bedeutung kommt dem Facharztstandard zu?	207	12.3.9	Wer muss in welcher Form aufklä- ren (§ 630e BGB)?	220
12.2.3	Unterscheidet sich der zu fordern- de Standard in Abhängigkeit von der Behandlungssituation?	208	12.3.10	Wann ist aufzuklären (§ 630e Abs.2 Nr.2 BGB)?	221
12.2.4	Inwiefern sind ambulante Opera- tionen besonders fehleranfällig? ..	208	12.3.11	Wann entfällt die Haftung des Arz- tes trotz Verletzung der Aufklä- rungspflicht?	221
12.2.5	Wie muss die (horizontale) Arbeits- teilung zwischen Ärzten unter- schiedlicher Fachgebiete organi- siert sein (Organisationsverschul- den)?	210	12.4	Ärztliche Dokumentation	223
12.2.6	Zahlen zu Behandlungsfehlern	210	12.5	Wie ist die Beweislast nach dem Patientenrechtegesetz verteilt?	225
12.3	Ärztliche Informations- und Auf- klärungspflicht – Voraussetzung für die Einwilligung in die Behandlung	211	12.5.1	Beweislastumkehr bei „voll be- herrschbarem“ Risiko	225
12.3.1	Welche Informationen werden geschuldet? Wie wirkt sich ein Verstoß gegen die „Informationspflichten“ aus?	213	12.5.2	Beweislastumkehr bei grobem Behandlungsfehler	226
12.3.2	Welche Informationspflicht besteht zu wirtschaftlichen Folgen?	214	12.6	Gutachtenbeispiele und Kommentierung	229
12.3.3	Welche Aufklärung wird zur Diagnose geschuldet?	214	12.6.1	Organisationsmangel (OLG Naumburg, Urteil vom 14.09.2004 – 1 U 97/03)	229
12.3.4	Welche Konsequenzen hat die Informationspflicht zu eigenen und fremden Behandlungsfehlern?	216	12.6.2	Dokumentation	229
12.3.5	Wann liegt ein Verstoß gegen die Risikoaufklärung vor?	216	12.6.3	Beweislast bei Verstoß gegen Leitlinien	230
			12.6.4	Unzureichende Diagnostik	232
			12.7	Literatur	232

III Zustandsbegutachtung II

13	Pflegeversicherung	234		
	<i>D. J. Ziegenhagen, U. Diedrich</i>			
13.1	Editorial	234	13.5	Weitere Aufgaben des Pflegegutachters
13.2	Begriff der Pflegebedürftigkeit .	234		242
13.3	Vorgehensweise bei der Begutachtung des Pflegegrades	235	13.5.1	Empfehlungen zur Förderung der Selbstständigkeit
13.3.1	Bewertungsmaßstäbe für Selbstständigkeit und Fähigkeiten in den einzelnen Modulen	235	13.5.2	Erhebung weiterer versorgungsrelevanter Informationen
13.3.2	In den Modulen zu bewertende Einzelkriterien	236		242
13.4	Berechnung des Grades der Pflegebedürftigkeit	240	13.6	Gutachtenbeispiele und Kommentierung
13.4.1	Begutachtung von Kindern	240		243
13.4.2	Überleitung früherer Begutachtungsergebnisse	241	13.6.1	Querschnittslähmung ohne Leistungsanspruch in der Pflegeversicherung
				243
			13.6.2	Beginnende Demenz
			13.6.3	Bedarf an Hilfsmitteln und Verbesserung des Wohnumfelds nach Schlaganfall
			13.6.4	Zahlreiche Diagnosen und kein Pflegegrad?
				245
14	Private Krankenversicherung / Private Krankentagegeldversicherung	246		
	<i>H. Scheele, W. Reuter</i>			
14.1	Editorial	246	14.4	Gutachtenbeispiele und Kommentierung
14.2	Leistungsvoraussetzungen der Privaten Krankheitskostenversicherung	246		251
14.2.1	Krankheit	246	14.4.1	Beispiele für den Nachweis von Arbeitsunfähigkeit
14.2.2	Heilbehandlung	247	14.4.2	Rückwirkender Nachweis von Arbeitsunfähigkeit: Versicherungsvertreter
14.2.3	Medizinische Notwendigkeit	247	14.4.3	Fehlender Nachweis von AU, Fortzahlung von Krankentagegeld, Nachweis von Berufsunfähigkeit nach MB/KT: Bruch des Oberarmkopfes bei einem Berufskletterer ..
14.2.4	Präzisierung/Konkretisierung der Leistungspflicht	247		255
14.3	Private Krankentagegeldversicherung	248	14.4.4	Arbeitsunfähigkeit bei Hirnleistungsstörungen
14.3.1	Begriff der AU in der Privaten Krankentagegeldversicherung	248	14.4.5	Berufsunfähigkeit nach Sicherung der Prognose: komplexe Verletzung des körperfernen Oberschenkels und des Kniegelenks bei einem Fliesenleger
14.3.2	Berufsunfähigkeit in der Privaten Krankentagegeldversicherung	250		256

14.4.6	Berufsunfähigkeit bei psychischen Störungen	257	14.5	Weiterführende Literatur	258
15	Private Berufsunfähigkeitsversicherung.....	259			
	<i>E. Ludolph, S. Becher</i>				
15.1	Editorial	259	15.4	Gutachtenbeispiele und Kommentierung	268
15.2	Begriff der Berufsunfähigkeit ...	259	15.4.1	Nachprüfung der Berufsunfähigkeit	268
15.2.1	Medizinische Komponente	261	15.4.2	Verweisung auf alternative Tätigkeit	269
15.2.2	Berufsbezogene Komponente	264	15.4.3	Orthopädisches Gutachten	269
15.2.3	Zeitbezogene Komponente	267	15.4.4	Augenärztliches Gutachten	271
15.2.4	Beweisregeln	267	15.5	Weiterführende Literatur	271
15.3	Ausschlüsse in den Versicherungsbedingungen	268			
IV Spezielle Begutachtungsfragen					
16	Besonderheiten in der psychiatrischen Begutachtung	274			
	<i>C. Stadtland</i>				
16.1	Editorial	274	16.5.2	Suchterkrankungen (Störungen durch psychotrope Substanzen) ...	279
16.2	Diagnostik (ICD-10 und DSM-V).	274	16.5.3	Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen	279
16.3	Körperliche Untersuchung	274	16.5.4	Affektive Störungen	280
16.4	Vorgehensweise bei der Begutachtung	275	16.5.5	Neurosen, psychosomatische Störungen und Belastungsreaktionen.	281
16.4.1	Stufen der Begutachtung und Minimal-kriterien	275	16.5.6	Psychogene Reaktionen nach Unfällen und iatrogene Fixierung ...	282
16.4.2	Rehabilitation	275	16.5.7	Konzept der somatoformen Schmerzstörung	282
16.4.3	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)	276	16.5.8	Chronic Fatigue Syndrom (CFS), Multiple Chemical Sensitivity (MCS) oder Idiopathic Environmental Intolerance (IEI), Sick Building Syndrome (SBS)	283
16.4.4	Fragenkatalog	276	16.5.9	Persönlichkeitsstörungen	283
16.4.5	Versorgungsmedizin-Verordnung mit den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen	277	16.5.10	Suizid	284
16.5	Einzelne Erkrankungen und häufige Fragestellungen im Sozial- und Zivilrecht	278	16.6	Gutachtenbeispiel und Kommentierung	285
16.5.1	Organisch bedingte Störungen ...	278	16.6.1	Rezidivierende depressive Störung	285
			16.7	Literatur	286

17	Besonderheiten in der forensischen Begutachtung	288		
	<i>C. Stadtland</i>			
17.1	Editorial	288	17.3.4	Kriminalprognose..... 292
17.2	Grundsätze der Begutachtung ..	288	17.4	Gutachtenbeispiel und Kommentierung 292
17.3	Strafrecht	288	17.4.1	Schizophrenie
17.3.1	Häufig gestellte Fragen.....	288	17.5	Literatur 293
17.3.2	Schuldunfähigkeit (§§ 20, 21 StGB).	288		
17.3.3	Unterbringung und therapeutische Möglichkeiten	290		
18	Besonderheiten bei der Begutachtung von Migranten	294		
	<i>E. Ludolph</i>			
18.1	Editorial	294	18.7	Rolle des Schmerzes 298
18.2	Einleitung	294	18.8	Fallbeispiele und Kommentierung
18.3	Besonderheiten des Ausländerrechts	294	18.8.1	Zweier-Situation oder Anwesenheit des Ehemanns
18.4	Ziel der Begutachtung	295	18.8.2	Problematik bei Unterschenkelprothese
18.5	Untersuchungssituation	295	18.9	Literatur 300
18.6	Objektivierung von Unfallfolgen	296		
19	Besonderheiten in der Begutachtung von Schmerz-„Syndromen“	301		
	<i>S. Becher</i>			
19.1	Editorial	301	19.5.1	Schmerzgutachten – Knie- und Hüftgelenksarthrose
19.2	Einleitung	301	19.5.2	Schmerzgutachten – Verletzungsfolgen am Sprunggelenk.
19.3	Klassifikation von Schmerzen ...	302	19.5.3	Schmerzgutachten – Impingement-Syndrom
19.4	Vorgehensweise bei der Schmerzbegutachtung	303	19.6	Literatur 308
19.5	Gutachtenbeispiele und Kommentierung	305		
20	Medizinische Begutachtung aus richterlicher Sicht	309		
	<i>U. Freudenberg</i>			
20.1	Editorial	309	20.3	Fachkompetenz 310
20.2	Einführung	309	20.4	Unabhängigkeit 310

20.4.1	Besondere Beziehung zu den Parteien	311	20.8.2	Erstattung ergänzender Stellungnahmen	315
20.4.2	Vorbefassung	311	20.8.3	Der Sachverständige in der mündlichen Verhandlung	315
20.4.3	Verhalten bei Gutachtenerstellung	311			
20.4.4	Befangenheit aufgrund von Äußerungen im Gutachten oder anschließenden Stellungnahmen	311	20.9	Inhaltliche Mangelfreiheit	315
20.5	Persönliche Erstellung	312	20.9.1	Vollständige Tatsachenfeststellung	315
20.6	Befolgung der gerichtlichen Weisungen	313	20.9.2	Beantwortung und Begründung der Beweisfragen	316
20.7	Ordnungsgemäße Durchführung der Begutachtung	313	20.10	Gutachtenbeispiele/Falldarstellungen und Kommentierung . . .	317
20.7.1	Zwingende Verfahrensstandards . .	313	20.10.1	Besorgnis der Befangenheit wegen Überschreitens des Gutachtauftrags	317
20.7.2	Zufriedenheit des Probanden mit der Begutachtung selbst	313	20.10.2	Das „Wir“-Gutachten	318
20.8	Erstattung in der gebotenen Frist und Form	314	20.10.3	„Irrungen und Wirrungen“ in einem Rentengutachten	318
20.8.1	Fristsetzung und zügige Gutachtenerstattung	314	20.10.4	Anknüpfungstatsachen und Beziehung von Fremdbefunden	319
			20.11	Literatur	319

V Anhang

21	Glossar und Abkürzungsverzeichnis	322			
	<i>E. Ludolph, S. Becher</i>				
21.1	Glossar	322	21.2	Abkürzungsverzeichnis	339
22	Weiterführende/ergänzende Literatur	341			
	Sachverzeichnis	342			

I Allgemeine Grundlagen und Zustandsbegutachtung I

1	Allgemeine und rechtliche Grundlagen der ärztlichen Begutachtung	20
2	Erstellung von Gutachten	27
3	Begutachtung der Leistungsfähigkeit	40
4	Rehabilitation	97
5	Schwerbehindertenrecht	102

1 Allgemeine und rechtliche Grundlagen der ärztlichen Begutachtung

S. Becher, E. Ludolph

1.1 Editorial

Ärzte, die als Gutachter/Sachverständige tätig werden, erfüllen diese Aufgabe als Helfer/Erfüllungsgehilfe für den Auftraggeber. Dieser kann eine staatliche oder eine private Instanz sein. Wesentlich ist, dass der Gutachter mit seinem medizinischen Sachverstand nur als Berater dient. Niemals ist er zu einer definitiven Entscheidung berufen. Diese obliegt dem Auftraggeber, der sich i. d. R. den Ausführungen des Gutachters anschließt, wobei dies aber nicht zwingend ist. Voraussetzung zur Anfertigung ärztlicher Gutachten sind Kenntnisse in den verschiedenen Rechtsgebieten. Unabdingbar sind die Lösung aus der Arzt-Patienten-Beziehung und die Einnahme einer unabhängigen Position. Ebenso wesentlich ist die Pflicht, sich strikt an die Vorgaben des Auftraggebers zu halten. Der Gutachter muss sich an den

Anknüpfungstatsachen orientieren und darf diese eigenmächtig nicht infrage stellen. Zu den notwendigen Fähigkeiten des ärztlichen Gutachters gehört die Darlegung seiner gewonnenen Erkenntnisse in einer für medizinische Laien verständlichen Art und Weise, wozu insbesondere auch die Sprache gehört.

1.2 Wann werden ärztliche Gutachten benötigt?

Ärztliche Gutachten sind zur Entscheidungsfindung im Wesentlichen in den in ► Tab. 1.1 aufgeführten Rechtsgebieten erforderlich.

Tab. 1.1 Rechtsgebiete, in denen ärztliche Gutachten zur Entscheidungsfindung erforderlich sind.

Rechtsgebiet	Gesetze/vertragliche Regelungen
Sozialrecht	<ul style="list-style-type: none"> • Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) • Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) – Schwerbehindertenrecht • Soziales Entschädigungsrecht (BVG und Nebengesetze), Bundesentschädigungsgesetz (BEG) • Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) • Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) • Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) • Arbeitsförderung (SGB III)
Verwaltungsrecht	<ul style="list-style-type: none"> • Dienstunfallrecht (BeamtVG) • Dienstunfähigkeitsrecht (BBG) • Straßenverkehrsrecht (FeV)
Zivilrecht	<ul style="list-style-type: none"> • Private Unfallversicherung (VVG und Versicherungsvertrag) • Private Krankenversicherung (VVG, VAG und Versicherungsvertrag) • Private Pflegeversicherung (dem Sozialrecht angelehnt, § 110 SGB XI) • Berufsunfähigkeitsversicherung (VVG und Versicherungsvertrag) • Lebensversicherung (VVG und Versicherungsvertrag) • Haftpflichtrecht (Schadensersatz und Schmerzensgeld, BGB) • Familienrecht (BGB) • Betreuungsrecht (BGB)
Strafrecht	<ul style="list-style-type: none"> • Zurechnungsfähigkeit, Schuldfähigkeit (StGB) • Verhandlungsfähigkeit (StPO) • Fahrtüchtigkeit, Todesursache, Ausmaß einer Körperverletzung, Alkohol- und Drogenmissbrauch (StGB)

1.3 Welches ist die Zielsetzung des Sozialrechts und welche Pflichten resultieren daraus für den ärztlichen Gutachter?

Einer der Schwerpunkte ärztlicher Gutachtertätigkeit ist das Sozialrecht. In § 1 SGB I ist das Grundanliegen wie folgt definiert:

§ 1 SGB I

Aufgaben des Sozialgesetzbuchs

(1) Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit Sozialleistungen einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen gestalten. Es soll dazu beitragen,

- ein menschenwürdiges Dasein zu sichern,
- gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen zu schaffen,
- die Familie zu schützen und zu fördern,
- den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen,
- besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen.

In insgesamt 7 Teilen des Sozialgesetzbuchs (SGB I–XII), wobei noch nicht alle Teile in das Sozialgesetzbuch integriert sind, und in einer ganzen Reihe weiterer Gesetze versucht der Staat, die oben definierten Ziele umzusetzen. Die Schwerpunkte ärztlich-gutachtlicher Tätigkeit betreffen die Sozialgesetzbücher V (Gesetzliche Krankenversicherung), VI (Gesetzliche Rentenversicherung), VII (Gesetzliche Unfallversicherung), IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) und XI (Soziale Pflegeversicherung).

Während die Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V), die Rehabilitationsträger (SGB IX) und die Träger der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) in aller Regel über einen eigenen Medizinischen Dienst verfügen – wobei auch in der Gesetzlichen Rentenversicherung angestellte Ärzte als Gutachter tätig werden dürfen –, ist dies in der Gesetzlichen Unfallversicherung anders geregelt:

§ 200 SGB VII

Einschränkung der Übermittlungsbefugnis

(2) Vor Erteilung eines Gutachtauftrages soll der Unfallversicherungsträger dem Versicherten mehrere Gutachter zur Auswahl benennen.

Die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung, aufgeführt in § 114 SGB VII, verfügen zwar über Beratende Ärzte, also Ärzte, die aufgrund einer vertraglichen Bindung für sie beratend tätig sind. Die Begutachtung eines Versicherten hat aber durch einen externen Gutachter zu erfolgen, wobei dem Versicherten ein Auswahlrecht zusteht. Dies besagt gleichzeitig, dass der ausgewählte Gutachter dann auch *persönlich* tätig werden muss und Gutachtaufträge nicht, wie es in Kliniken häufig der Fall ist, an einen anderen Arzt weitergegeben werden dürfen.

Grundsätzlich besteht auf Sozialleistungen ein Rechtsanspruch (§ 38 SGB I). Sind die Leistungsträger ermächtigt, nach ihrem Ermessen zu handeln, muss ihre Entscheidung entsprechend dem Zweck der Ermächtigung „pflichtgemäß“ ausgeübt und begründet werden (§ 39 SGB I). Dies bedeutet aber für den ärztlichen Gutachter, dass – insbesondere wenn es um die Ausübung von Ermessen geht – die Anknüpfungstatsachen und die Befunde gezielt auf die darauf basierende Beurteilung abgestimmt sind. Wenn also die Gewährung einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation zur Diskussion steht (§ 23 Abs. 2 SGB V), reicht es nicht, wenn zu lesen ist, dass der Rehabilitationserfolg auch durch eine ambulante Maßnahme erreicht werden könnte. Vielmehr muss der Beratende Arzt oder der Gutachter die Gründe, d. h. die medizinischen und familiären Umstände, benennen, aus denen sich dies ergibt.

1.4 Welche Besonderheiten ergeben sich im Verwaltungsrecht?

Die Rolle des ärztlichen Gutachters im Verwaltungsrecht, dem Recht, das die hoheitliche Wahrnehmung von Aufgaben des Staates regelt, folgt weitgehend dem Sozialrecht. In aller Regel stehen die Dienstfähigkeit des Betroffenen oder ein Ausgleich für erlittene Dienstunfälle zur Diskussion.

In der „Verordnung über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr“ (Fahrerlaubnis-Verordnung – FeV) sind ärztliche Gutachten gefordert, wenn die „Eignung“ (§ 11) zum Führen von Kraftfahrzeugen zur Diskussion steht, insbesondere Sehtests (§ 12 FeV), die „Klärung von Eignungszweifeln bei Alkoholproblematik“ (§ 13 FeV), die „Klärung von Eignungszweifeln im Hinblick auf Betäubungsmittel und Arzneimittel“ (§ 14 FeV) und die „Entziehung, Beschränkung, Auflagen“ (§ 46 FeV), wobei der letzte Paragraph an Bedeutung gewinnt durch das zunehmende Alter unserer Bevölkerung.

1.5 Welche Zielsetzung haben das Zivilrecht und die Private Unfallversicherung? Welche Besonderheiten ergeben sich für den ärztlichen Gutachter?

Das Zivilrecht, das in seinem gesamten Spektrum sehr breit gefächert ist, kann schwerpunktmäßig, bezogen auf den ärztlichen Gutachter, unterteilt werden in

- Haftpflichtrecht und
- Private Unfallversicherung.

Das **Haftpflichtrecht** unterteilt sich in Ansprüche auf

- Ersatz des konkreten Schadens und
- Schmerzensgeld.

Der ärztliche Gutachter hat die Aufgabe, konkret anzugeben, welche Funktionen dem Betroffenen unfallbedingt verschlossen sind, z.B. Überkopfarbeit, Zurücklegung von Wegen von mehr als 1 km, Heben und Tragen schwerer Lasten. Die Umsetzung der Funktionseinbußen auf den Beruf oder die Tätigkeit als Hausfrau/-mann ist grundsätzlich nicht seine Aufgabe. Ähnlich wie zur MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit) in der Gesetzlichen Unfallversicherung wird er dazu jedoch in aller Regel befragt. Entsprechend den sog. MdE-Tabellen in der Gesetzlichen Unfallversicherung wurde deshalb für die Tätigkeit als Hausfrau/-mann das sog. **Münchener Modell** entwickelt. Es handelt sich um eine abstrahierende Bemessung des aus einer konkreten Behinderung resultierenden Haushaltsschadens (s. Kap. 7.7.1, ► Tab. 7.1).

Zur Höhe des Schmerzensgeldes wird der ärztliche Gutachter in aller Regel, wenn er sich dazu abstrahierend äußern soll, nach dem GdB (Grad der Behinderung), ansonsten nach den konkreten Unfallfolgen und ihren funktionellen Auswirkungen befragt. Zum Schmerzensgeld gibt es sog. Schmerzensgeldtabellen, die sich an den konkret erlittenen Verletzungen und den verbliebenen Funktionseinbußen orientieren und die dazu ergangenen Gerichtsentscheidungen tabellarisch auflisten (z.B. Hacks/Wellner/Häcker – Deutscher Anwaltverlag).

Die **Private Unfallversicherung** (PUV, Individualversicherung) beruht auf einer Vereinbarung der Parteien. Die AUB, die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen, sind vergleichbar den Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Banken. Es existieren zwar Musterbedingungen, von denen jedoch die einzelnen Versicherungsunternehmen abweichen können. Der Versicherungsnehmer bestimmt durch die Höhe seiner Beiträge die Höhe der Versicherungssumme, die ihm – je nach der Art der verbleibenden Unfallfolgen – ausgezahlt wird. Es handelt sich also um eine Summenversicherung. Die PUV ist eine reine Unfallversicherung. Ausgleich soll nur für Unfallfolgen geleistet werden. Dies spiegelt sich wider in dem Ausschluss von Leistungen für die Vorinvalidität (die vor einem Unfall bestehende Invalidität) und für die Mitwirkung unfallfremder Krankheiten und Gebrechen an den Unfallfolgen. Aus der Partialkausalität, der Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an den Unfallfolgen, resultieren besondere Anforderungen an den ärztlichen Gutachter.

1.6 Welche Besonderheiten ergeben sich im Strafrecht?

Die Rolle des ärztlichen Gutachters im Strafrecht beschränkt sich zum einen auf die Begutachtung der Person des Beschuldigten/Angeklagten, zum anderen auf die Begutachtung der Folgen und Umstände seiner Tat, wenn zu deren Beurteilung ärztlicher Sachverstand erforderlich ist. Die Besonderheit ist, dass der ärztliche Sachverständige sein Gutachten in aller Regel mündlich erstattet.

1.7 Wie ist die rechtliche Stellung des ärztlichen Gutachters?

Während zwischen Arzt und Patient ein Dienstvertrag geschlossen wird, der Arzt also keinen Erfolg, sondern eine sachgerechte Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst schuldet, bestehen zwischen dem ärztlichen Gutachter und dem von ihm zu Begutachtenden keine vertraglichen Beziehungen. Der ärztliche Gutachter ist – soweit er nicht aufgrund gesetzlicher Bestimmungen verpflichtet ist, tätig zu werden (§ 407 ZPO – auf den § 118 SGG und § 98 VerwGO verweisen –, § 75 StPO) – nur dem Auftraggeber aus Werkvertrag verpflichtet. Er schuldet diesem ein Werk, ein Gutachten, das den Regeln, dem Standard seines Fachgebiets entspricht.

Die gesetzlichen Vorschriften, wobei nur noch die ZPO (Zivilprozessordnung) nachfolgend zitiert wird, gelten im Kern auch für den aufgrund vertraglicher Verpflichtung tätigen Gutachter – mit Ausnahme der Übernahmepflicht.

§ 407 ZPO

Pflicht zur Gutachtenerstattung

Der zum Sachverständigen Ernannte hat der Ernennung Folge zu leisten, wenn er zur Erstattung von Gutachten der erforderlichen Art öffentlich bestellt ist oder wenn er die Wissenschaft, die Kunst oder das Gewerbe, deren Kenntnis Voraussetzung der Begutachtung ist, öffentlich zum Erwerb ausübt oder wenn er zur Ausübung derselben öffentlich bestellt oder ermächtigt ist.

Der Gutachter ist, wenn er den Auftrag annimmt, verpflichtet, diesen **persönlich** auszuführen, wenn der Auftraggeber das erwartet, wenn dies also Vertragsinhalt ist. Wer den Chefarzt einer großen Klinik beauftragt, weiß, dass dieser i. d. R. das Gutachten nicht selbst erstellt, sondern nur die Verantwortung dafür übernimmt. Der Auftraggeber ist also grundsätzlich damit einverstanden, dass Gutachten an nachgeordnete Mitarbeiter weitergegeben werden, wobei dies nicht für den vom Gericht beauftragten Sachverständigen gilt.

§ 407a ZPO

Pflichten des Sachverständigen

(II) Der Sachverständige ist nicht befugt, den Auftrag auf einen anderen zu übertragen. Soweit er sich der Mitarbeit einer anderen Person bedient, hat er diese namhaft zu machen und den Umfang ihrer Tätigkeit anzugeben, falls es sich nicht um Hilfsdienste von untergeordneter Bedeutung handelt.

1.8 Worin besteht der Unterschied zwischen der Rolle des Arztes als Therapeut und Gutachter?

Während der Arzt als Therapeut von den subjektiven Angaben seines Patienten so lange ausgehen darf und muss, bis die Diagnostik abgeschlossen ist, hat der ärztliche Gutachter einen Rollentausch vorzunehmen. Er **objektiviert** Funktionseinbußen und Beschwerden. Er hat also objektiv und unvoreingenommen – weder als Sachwalter des Auftraggebers noch des Betroffenen – diese zu sichern oder auszuschließen.

1.9 Was ist die Aufgabe des ärztlichen Gutachters im Verhältnis zum Auftraggeber?

Die Aufgabe des ärztlichen Gutachters besteht darin, dem Auftraggeber, z. B. dem Gericht, das Fachwissen zur Beurteilung der Tatsachen zu vermitteln, das dieser für die Entscheidung benötigt. Er ist „Hilfsorgan“ (Helfer, Berater, Lotse) des Auftraggebers. Das ärztliche Gutachten dient als Entscheidungshilfe einem konkreten Zweck, der vom Auftraggeber vorgegeben wird.

Der ärztliche Gutachter muss deshalb die Grundzüge des Rechtsgebiets, auf dem er beauftragt wird, kennen, weil

- den einzelnen Rechtsgebieten unterschiedliche Kausalitätsnormen zugrunde liegen,
- die Beweisanforderungen unterschiedlich sind und
- die Rechtsfolgen jeweils andere sind.

Der ärztliche Gutachter ist Lotse zu einer sachgerechten Entscheidung. Als Lotse gibt er zwar das Ziel nicht vor; er ist für den Ausgang des zu entscheidenden Falls nicht verantwortlich. Verantwortlich ist er aber für einen Teil des Wegs.



**§ 404a ZPO
Anleitung des Sachverständigen**

(1) Das Gericht hat die Tätigkeit des Sachverständigen zu leiten und kann ihm für Art und Umfang seiner Tätigkeit Weisungen erteilen.

(2) Soweit es die Besonderheit des Falles erfordert, soll das Gericht den Sachverständigen vor Abfassung der Beweisfragen hören, ihn in seine Aufgabe einweisen und ihm auf Verlangen den Auftrag erläutern.

1.10 Hat der ärztliche Gutachter ein eigenes Ermittlungsrecht?



**§ 404a ZPO
Leitung der Tätigkeit des Sachverständigen**

(3) Bei Streitigem Sachverhalt bestimmt das Gericht, welche Tatsachen der Sachverständige der Begutachtung zugrunde legen soll.



Merke

Die Vorgabe des Sachverhalts ist Aufgabe des „Kapitäns“, des Auftraggebers. Die Antwort auf die oben gestellte Frage nach einem eigenen Ermittlungsrecht heißt daher in Bezug auf den Sachverhalt, der nicht der medizinischen Sachkunde unterliegt, d. h. in Bezug auf die Anknüpfungstatsachen: „Nein“. Die Ermittlung der Befundtatsachen gehört demgegenüber zum Kern der gutachtlichen Tätigkeit (► Tab. 1.2).

Diese Aussage ist zu den Anknüpfungstatsachen zwar für einzelne Rechtsgebiete und Verfahrensschritte umstritten. Eine klare Abgrenzung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten folgt aber dem Grundsatz, dass jeder Verfahrensbeteiligte

Tab. 1.2 Aufgabenverteilung zwischen Auftraggeber und ärztlichem Gutachter.

Anknüpfungstatsachen	Befundtatsachen
Tatsachen, für die der ärztliche Gutachter nicht sachverständig ist, die i. d. R. vom Auftraggeber ermittelt und vorgegeben werden.	Tatsachen, die der ärztliche Gutachter aufgrund seiner besonderen Sachkunde im Rahmen der Begutachtung erhebt/ermittelt.

das und nur das beizusteuern hat, wozu er kompetent ist. Zur Ermittlung der Anknüpfungstatsachen stehen den Auftraggebern bessere Möglichkeiten zur Verfügung als dem ärztlichen Gutachter.

Verstößt der Gutachter gegen diesen Grundsatz und erfragt er den Ablauf des zur Diskussion stehenden Unfalls – um diesen geht es i. d. R. – vom Betroffenen selbst, so wird dieser infolge unbewusster und gelegentlich auch bewusster Beeinflussung durch Therapeuten und andere Dritte sowie durch die Vorstellungskraft und das Kausalitätsbedürfnis des Betroffenen mit zunehmendem zeitlichen Abstand immer „passender“. Die Gutachten sind dann i. d. R. ihr Papier nicht wert. Eine Ausnahme gilt, wenn der ärztliche Gutachter ausdrücklich beauftragt wird, bei der Ermittlung des zur Diskussion stehenden Lebenssachverhalts Hilfestellung zu leisten. Dies ist z. B. bei Gutachten für die PUV gelegentlich der Fall. Dem Auftraggeber stehen auf diesem Rechtsgebiet nicht die gleichen Ermittlungsmöglichkeiten zur Verfügung wie etwa im Bereich der Gesetzlichen Unfallversicherung.

1.11 Wie vermittelt der ärztliche Gutachter sein Wissen?

Die gutachtlichen Überlegungen müssen für den medizinischen Laien nachvollziehbar sein.

Im Kerngebiet der Naturwissenschaften steht das Experiment. Dies ist jedoch am lebenden Menschen nicht möglich. Deshalb muss auf andere Erkenntnisquellen zurückgegriffen werden. Dies sind

- anatomisch-biomechanisches Wissen,
- Verlaufsbeobachtungen, wobei diese dem Erfahrungsschatz des jeweiligen Fachgebiets zu entnehmen sind, und
- die Statistik.

Fallbeispiel

B

Ein 60-jähriger Mann stößt mit der rechten Schulter gegen einen Türrahmen. Er sucht nach 2 Tagen erstmals einen Arzt auf. Äußere Verletzungszeichen finden sich nicht. Die Beweglichkeit des Armes im Schultergelenk wird deutlich eingeschränkt vorgeführt. 14 Tage nach der „Schulterprellung“ werden kernspintomografische Aufnahmen angefertigt. Zur Darstellung kommt eine in ihrem Zusammenhang getrennte Sehne des Obergrätenmuskels (Supraspinatussehne) ohne jegliche Ödeme. Zu beurteilen ist die Frage nach dem Unfallzusammenhang dieser Zusammenhangstrennung (Dehiszenz).

Anatomisch-biomechanisch ist folgende Überlegung:

Die Sehne des Obergrätenmuskels liegt in der Tiefe unter dem Deltamuskel und dem knöchernbindegewebigen Schulterdach. Sie kann also durch eine direkte Krafteinwirkung nur verletzt werden, wenn diese über die vorgelagerten Strukturen die Sehne trifft. Dies setzt aber äußere Verletzungszeichen voraus. Diese fehlten im Beispielfall. Es fehlten auch kernspintomografisch jegliche zur Darstellung kommende Zeichen einer stattgehabten Krafteinwirkung (Ödeme).

Es entspricht gesicherter unfallchirurgisch-orthopädischer Erfahrung (**Verlaufsbeobachtung**), dass eine Verletzung der Sehne des Obergrätenmuskels i. d. R. unmittelbar zum Arzt führt. Die Sehne durchläuft den engen knöchernbindegewebigen Raum unter dem Schulterdach. Sie unterliegt bereits im unverletzten Zustand dort einer Art Hobelmechanismus. Ist sie verletzt, führt dies zu einer schmerzbedingten Pseudolähmung des betroffenen Armes. **Statistisch** sind

Veränderungen der Rotatorenmanschette, zu der die Sehne des Obergrätenmuskels gehört, im Alter von 60 Jahren fast schon ein Regelbefund.

Daraus ist für den medizinischen Laien nachvollziehbar der Schluss zu ziehen, dass der 60-jährige Mann keine unfallbedingte Verletzung der Rotatorenmanschette erlitten hat. Das Beschwerde- und Schadensbild war/ist allein anlagebedingt. Es wurde nur infolge der völlig harmlosen Schulterprellung manifest (handgreifbar) und dem Betroffenen dadurch bewusst.

Die anatomisch-biomechanischen Überlegungen können z. B. durch **apparative, feingewebliche** und **laborchemische** Untersuchungen noch ergänzt werden. Nicht jeder Sachverhalt ist so einfach wie der Beispielfall. Die Art, medizinisches Wissen zu vermitteln, bleibt aber im Prinzip gleich.

1.12 Welcher Sprache bedient sich der ärztliche Gutachter?

Die Sprache des Gutachters ist deutsch. Fachausdrücke und nicht allgemein gebräuchliche und verständliche Abkürzungen sind, wenn sie unvermeidbar sind, zu übersetzen. An die Grenzen stößt dieser Grundsatz zwar, wenn aus dem juristischen Sprachgebrauch aus Gründen der Klarheit oder Vereinfachung Begriffe übernommen werden müssen wie z. B. MdE oder GdB. Dies sind klar umschriebene Rechtsbegriffe, die der ärztliche Gutachter in ihrer inhaltlichen Bedeutung kennen und verwenden muss (► Tab. 1.3).

Tab. 1.3 Bezeichnung (Terminus technicus) der unfall-/krankheitsbedingten Schäden und der daraus resultierenden Rechtsfolgen.

Rechtsgebiet	Begriffe
Haftpflichtrecht	Erster Verletzungserfolg/Erstschaden, Schmerzensgeld und Ersatz des konkreten Schadens („Münchener Modell“)
Private Unfallversicherung	Gesundheitsschädigung, Invaliditätsleistungen innerhalb und außerhalb der Gliedertaxe
Gesetzliche Unfallversicherung	Gesundheitsschaden, MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit)
Dienstunfallrecht	Körperschaden, MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit)
Soziales Entschädigungsrecht	Schädigung, GdS (Grad der Schädigungsfolgen)
Schwerbehindertenrecht	Behinderung, GdB (Grad der Behinderung)

1.13 Welche Länge darf ein Gutachten haben?

In der Kürze liegt die Würze. Das heißt nicht, dass ein besonders kurzes Gutachten erstrebenswert ist. Erforderlich sind alle zur Beurteilung relevanten Befunde. Wenn also ein stattgehabter Sprunggelenksverrenkungsbruch oder eine eindeutig periphere unfallbedingte Lähmung des Wadenbeinnervs zu begutachten ist, sind in aller Regel nur die Befunde im Bereich der unteren Gliedmaßen im **Seitenvergleich** erforderlich. Nicht erforderlich und ein unnötiger, ärgerlicher Ballast ist dann das Erheben von Befunden im Bereich der oberen Gliedmaßen, des Kopfes und des Brustkorbs, wie es immer wieder in sog. wissenschaftlichen Gutachten praktiziert wird.

Sinn eines ärztlichen Gutachtens ist es, den Auftraggeber „schlau zu machen“.

Es kommt also nicht darauf an, dass der ärztliche Gutachter sich selbst produziert und seitenlang z. B. alle in der Vergangenheit vertretenen Thesen und aufgestellten „Checklisten“ zur Beurteilung des Unfallzusammenhangs von Veränderungen der Rotatorenmanschette zitiert und ihre Entwicklung aufzeigt. Ausreichend ist, wenn auf der Grundlage der **herrschenden Meinung** (z. B. „Empfehlungen zur Begutachtung von Schäden der Rotatorenmanschette“ der DGU und der DGOOC) der konkret zur Beurteilung anstehende Sachverhalt erörtert und beurteilt wird. Gelingt dem Gutachter dies, ist sein Gutachten qualitativ hochwertig.

1.14 Welche Meinung wird vom ärztlichen Gutachter erwartet?

Das ärztliche Gutachten ist Grundlage von Rechtsentscheidungen. Geschuldet wird deshalb die **herrschende Meinung**, nicht weil sie herrscht, sondern weil sie die Gleichbehandlung aller Betroffenen gewährleistet. Vertritt ein Gutachter eine andere Meinung, so muss er sich nicht „verbiegen“. Er muss dies aber offenlegen, damit der Auftraggeber nicht auf eine falsche Fährte gelockt wird. Dies gilt auch für Gutachten nach § 109 SGG, die zwar auf Antrag der Partei, aber ebenso wie die Gutachten nach § 106 SGG im Auftrag des Gerichts erstattet werden. Die herrschende Meinung ist vielfach in Leitlinien, Empfehlungen, Mitteilungen der für das jeweilige Fachgebiet zuständigen medizinischen Fachgesellschaften niedergelegt.

1.15 Welche Fragen muss der ärztliche Gutachter beantworten?

Zu beantworten sind nur gestellte Fragen. Äußert sich der Gutachter darüber hinaus, kann dies gegen seine Neutralität sprechen. Die gestellten Fragen müssen aber nur beantwortet werden, wenn dies möglich ist. Auch ein „non liquet“, die Aussage also, dass eine bestimmte Frage nicht beantwortet werden kann, ist eine Antwort. Der ärztliche Gutachter muss sich also nicht unter Antwortzwang setzen. Die Entscheidung des Auftraggebers richtet sich dann nach den Beweisregeln.

B

Fallbeispiel

Ein 75-jähriger Versicherter, der seit Jahrzehnten Rollstuhlfahrer ist, den Rollstuhl in aller Regel durch Drehen der Räder mit den Händen fortbewegt, leidet unter umformenden (arthrotischen) Veränderungen der Schultergelenke und unter vorzeitigen Texturstörungen der Rotatorenmanschette, die er auf den Unfall, durch den er zum Rollstuhlfahrer geworden ist, zurückführt. Es fragt sich, ob die vorzeitigen Veränderungen im Bereich beider Schultern, insbesondere der Rotatorenmanschette, bedingt sind durch die dauernde Beanspruchung der Hände/Arme durch das Drehen der Räder.

Vergleichbar ist folgender Sachverhalt: Ein Versicherter nach nicht prothesenfähigem Verlust eines Beines im Oberschenkel benutzt für die Fortbewegung seit Jahrzehnten 2 Unterarmgehstützen. Dieser bekommt jenseits des 50. Lebensjahres Schulterbeschwerden aufgrund vorzeitiger Texturstörungen der Rotatorenmanschette. Auch hier stellt sich die Frage, ob diese mit dem Unfall (Verlust des Beines im Oberschenkelbereich) zusammenhängen.

Es gibt Argumente für einen Unfallzusammenhang: Die Arme sind für diese stereotype Belastung nicht vorgesehen. Sie ersetzen nicht die Beine. Es gibt Argumente gegen einen Unfallzusammenhang: Das sind das jahrzehntelange Training einer im Grundsatz physiologischen Belastung und die Tatsache, dass vorzeitige Texturstörungen der Rotatorenmanschette im Alter der Versicherten weit verbreitet sind.

Der Gutachter kann die ihm gestellte Frage letztlich nicht beantworten. Dann hat er die unterschiedlichen Argumente aufzuzeigen und diese zu erläutern. Er unterliegt aber keinem Antwortzwang.

2 Erstellung von Gutachten

E. Ludolph, S. Becher

2.1 Editorial

Wie bei jeder ärztlichen Aufgabe ist auch bei der Erstellung von Gutachten ein standardisiertes Arbeiten notwendig und Garant für eine gute Qualität. Neben der Beherrschung des klassischen ärztlichen Handwerkzeugs, einer ausführlichen Anamnese und einer für das jeweilige Fachgebiet speziellen Untersuchung gehört die Beachtung einer vorgegebenen Reihenfolge im Gutachtaufbau zu den wesentlichen Aufgaben des ärztlichen Gutachters. Er sollte die in seinem Fachgebiet üblichen Vorgaben – z. B. die aktuellen Messblätter nach der Neutral-Null-Methode – verwenden und sich an antizipierten Erkenntnissen orientieren. Unabdingbare Voraussetzung ist, dass der Gutachter sich an die Grenzen seines Fachgebietes hält und sich das Rechtsgebiet vergegenwärtigt, auf dem er sich gutachtlich äußern soll. Kernstück eines ärztlichen Gutachtens ist die medizinische Würdigung, in der der Sachverständige die herrschende Meinung kompetent darlegen muss. Dabei ist es für den Gutachter nicht ehrenrührig, wenn er zugibt, dass die gestellte Frage medizinisch nicht eindeutig beantwortet werden kann,

zumal, wenn es sich um Sachverhalte handelt, die in der Vergangenheit liegen und eine Kausalitätsfrage zum Inhalt haben.

2.2 Wie ist der Untersuchungstermin vorzubereiten?

Die Mehrzahl der ärztlichen Gutachten ist mit einer Nachuntersuchung verbunden, dies schon wegen der besseren Akzeptanz von Gutachten, die aufgrund eines persönlichen Eindrucks erstattet werden. Folgende Vorbereitungs-handlungen sind zu treffen (► Tab. 2.1):

Die gutachtliche Untersuchung ist grundsätzlich eine Zweiersonnen-situation. Anwesenheitsrecht haben der Proband und der Gutachter. Diese Regel hat aber Ausnahmen, z. B. wenn der anwaltliche Vertreter des Probanden teilnehmen möchte und der Proband damit einverstanden ist. Bei der Begutachtung von Minderjährigen ist der Erziehungsberechtigte zuzulassen, es sei denn, der einsichtsfähige Minderjährige widerspricht oder ist mit der Untersuchung ohne den Beistand des Erziehungsberechtigten einverstanden. Einsichtsfähigkeit kann ab einem Alter von 14 Jahren unterstellt

Tab. 2.1 Vorbereitung des Untersuchungstermins.

Zeitpunkt	Tätigkeiten
Was ist beim Auftragseingang zu beachten?	Prüfung der Akten auf Vollständigkeit
	Anforderung fehlender Anknüpfungstatsachen/Befund- und Behandlungsinformationen über den Auftraggeber
	unverzügliche Einbestellung des Probanden (Beachtung vorgegebener Fristen)
	Mitteilung des Untersuchungstermins an den Auftraggeber
Was ist bei der Mitteilung des Untersuchungstermins an den Probanden zu beachten?	Der Proband ist zur Untersuchung zu bitten oder einzuladen. Er ist nicht zu laden (Fehlen hoheitlicher Befugnis).
	Der Proband ist um Überlassung/Vorlage vorhandener Befund- und Behandlungsunterlagen – insbesondere bildtechnischer Aufnahmen – zu bitten, wobei der Hinweis erforderlich ist, dass Kosten für z. B. aktuelle auswärts angefertigte bildtechnische Aufnahmen nicht übernommen werden.
	Dem Probanden sind eine Wegskizze und Informationen über die Erreichbarkeit des Untersuchungsortes mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu übersenden.
	Der Proband ist um unverzügliche Mitteilung zu bitten, wenn er den Termin nicht wahrnehmen kann.
	Ggf. ist abzuklären, ob ein Dolmetscher erforderlich ist.

werden. Analoges gilt für Probanden, die unter Betreuung stehen bzw. wenn im Betreuungsverfahren ein Gutachten eingeholt wird. Zuzulassen ist dann die Anwesenheit einer Vertrauensperson (OLG Zweibrücken vom 02.03.2000 – 3 W 35/00).

2.3 Wie ist ein Gutachten aufgebaut?

Beim Gutachtenaufbau ist eine vorgegebene Reihenfolge zu beachten (► Tab. 2.2).

► **Sachverhalt/Vorgeschichte.** Zu den Verlaufsinformationen, die unter dem Gliederungspunkt Sachverhalt/Vorgeschichte in das Gutachten aufzunehmen sind, gehört insbesondere die Wiedergabe der nicht-medizinischen Anknüpfungstatsachen, des Lebenssachverhalts, auf dem der Körperschaden/die Gesundheitsschädigung/der Gesundheitsschaden/der Erstschaden beruhen soll. Es darf wiederholt werden: Die Anknüpfungstatsachen sind vom Auftraggeber vorzugeben, nicht den bis zur Begutachtungssituation in aller Regel vielfach mutierten Angaben des Probanden zu entnehmen. Es ist jedoch eine Gratwanderung zwischen einer sinnvollen Entspannung der Begutachtungssituati-

on durch Mitteilenlassen der Informationen durch den Probanden und Wahrung der erforderlichen Distanz gegenüber seinen Angaben. Die in der Untersuchungssituation gemachten Angaben des Probanden zum Sachverhalt sind ausdrücklich als solche zu kennzeichnen. Gegebenenfalls ist der Auftraggeber auf die widersprüchlichen Angaben hinzuweisen und um Vorgaben zu bitten.

Stimmt der Sachverhalt nicht, fehlen für die medizinischen Ausführungen die Grundlagen. Der Sachverhalt hat sich auf die medizinisch relevanten Informationen zu beschränken.

Fallbeispiel

(Eidgenössisches Versicherungsgericht [U 209] vom 24.08.1994)

Ein Versicherter kam ½ Stunde zu spät zur gutachtlichen Untersuchung. Er erklärte dies mit einer Verspätung der Schweizerischen Bundesbahn. Der ärztliche Gutachter misstraute dem Versicherten und rief bei der Bundesbahn an. Die Angaben des Versicherten entpuppten sich als un wahr. Dies war zusammen mit Angaben des Versicherten über seine Jugend, die ebenfalls mit der gutachtlich zu überprüfenden Gesundheits-

Tab. 2.2 Aufbau eines ärztlichen Gutachtens.

Gliederung	Erläuterungen
Sachverhalt/ Vorgeschichte	Aufbereitung des Akteninhalts, d. h. chronologische Wiedergabe der für die Beantwortung der Beweisfragen erheblichen – und nur diese – Befund- und Verlaufsinformationen unter Angabe der Fundstelle
	keine Wiederholung der gestellten Fragen zu Beginn des Gutachtens (wird z. B. von den Sozialgerichten nicht vergütet); Wiederholung der Fragen nur, wenn für das Verständnis der Antworten erforderlich unter den Gliederungspunkten „Beurteilung/Zusammenfassung“
	kein Aktenauszug (kann der Auftraggeber besser), nur Anknüpfungstatsachen (nicht-medizinische Tatsachen, an denen die ärztliche Beurteilung anknüpft)
	keine Angabe der Verfahrens- und Prozessgeschichte (in aller Regel für die ärztliche Beurteilung irrelevant)
	keine (mit Ausnahme psychiatrischer Gutachten) Angaben zur Lebenssituation (Familienstand, Kinder, Wohnsituation usw. – in aller Regel für die ärztliche Beurteilung irrelevant)
Klagen	Wiedergabe der in der Untersuchungssituation angegebenen subjektiven Beschwerden
Befund	Die Befunde sind – bezogen z. B. auf die Unfallfolgen – vollständig und aussagekräftig zu erheben.
	Die Erhebung ist jedoch auf die für die Beantwortung der Beweisfragen erheblichen Befunde zu beschränken. Dies gilt insbesondere in Bezug auf belastende (z. B. bildtechnische) Untersuchungen.
Beurteilung	Die Beurteilung ist Wissensvermittlung (der ärztliche Gutachter als Lotse).
	Die Beurteilung setzt die gutachtlich erhobenen Informationen entsprechend der herrschenden Meinung um.
	Das Gutachten ist nur dem Auftraggeber gegenüber zu erstatten. Das Ergebnis ist nur diesem mitzuteilen. Eine Information des Probanden ist nicht zulässig.

schädigung – Unfallfolgen im Bereich des Kniegelenks – nichts zu tun hatten, dem Gericht zu viel. Es gab dem Antrag, den Gutachter als befangen abzulehnen, mit folgender Begründung statt: „Die Anamnese hat sich indes auf die für eine Beurteilung wesentlichen/geeigneten Tatsachen zu beschränken: Dementsprechend sind im Gutachten nur solche Tatsachen zu erwähnen, die in Zusammenhang mit dem zu beurteilenden Sachverhalt von Bedeutung sind.“

► **Befunderhebung.** Vornehmste Aufgabe des ärztlichen Gutachters ist die sorgfältige und vollständige Erhebung der Befunde. Im Vordergrund steht die klinische Untersuchung des Probanden.

Die Begutachtungssituation ist so zu gestalten, dass die erforderlichen Erkenntnisse im Rahmen der eigentlichen Begutachtung gewonnen werden und nicht auf – unzulässige und unwürdige – Kontrollbeobachtungen außerhalb der Begutachtungssituation (beim Verlassen der Klinik, beim Besteigen des Pkw) zurückgegriffen werden muss. Dies ist nicht Teil des Gutachtauftrags, lässt auf eine unzureichende Befunderhebung rückschließen und kann zur Ablehnung des Gutachters wegen Befangenheit führen.

Haltung und Bewegung des Probanden sind wichtige Indizien für Verletzungs-/Krankheitsbedingte Funktionseinbußen. Es ist also grundsätzlich erforderlich, dass sich der Proband in Anwesenheit des Gutachters aus- und ankleidet, dass Wege in der Begutachtungssituation zurückgelegt werden können und dass die verschiedenen Stand- und Gangarten sowie Körperpositionen im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen unbehindert geprüft werden können. Der Proband, der – mit den Röntgenaufnahmen in der Hand – bis auf die Unterhose entkleidet auf der Untersuchungsliege sitzt, spart zwar Zeit, verschließt aber wichtige und notwendige Erkenntnismöglichkeiten.

► **Klagen.** Die subjektiven Klagen sind möglichst in wörtlicher Rede und in Gegenwart des Probanden niederzulegen.

► **Befunde.** Zu unterscheiden sind

- objektive (z. B. Muskulatur, Beschwiellung/Arbeitspuren, Kalksalzgehalt),
- semiojektive bzw. semisubjektive (z. B. Bewegungsausschläge) und
- subjektive (z. B. Schmerzen) Befunde.

Dies ist auch sprachlich zum Ausdruck zu bringen. Beim objektiven Befund ist die richtige Ausdrucksform „*ist, hat*“, z. B.: „Die Muskulatur ist seitengleich ausgeprägt.“ Die semi-objektiven/semi-subjektiven Befunde werden gekennzeichnet durch Formulierungen wie z. B.: „Die Beweglichkeit wird seitengleich *vorgeführt*.“ Die subjektiven Befunde kennzeichnen Formulierungen wie: „Der Proband *gibt* Schmerzen *an*.“

Nicht benutzt werden darf der Begriff „*scheint*“: „Die Muskulatur *scheint* seitengleich ausgeprägt.“ Die Muskulatur *ist* entweder seitengleich ausgeprägt oder sie *ist es nicht*.

► **Beurteilung**

- Sie ist der Teil der Begutachtung, der dem Auftraggeber die Einschätzung/Bemessung/Bewertung der Unfallfolgen/Schädigungsfolgen/Krankheitsfolgen/Berufskrankheit ermöglichen soll. Es handelt sich um die Schlussfolgerungen des Gutachters aus den von ihm erhobenen Befunden. Diese kann der Auftraggeber übernehmen oder nicht. Dem Auftraggeber steht es also frei, sich dem Gutachten anzuschließen.
- Sie hat auf der Grundlage der herrschenden Meinung zu erfolgen, dies nicht, weil sie herrscht, sondern weil nur so eine Gleichbehandlung aller Betroffenen gewährleistet ist. Wird eine Mindermeinung vertreten, ist dies kenntlich zu machen.

2.4 Wie erfolgt die klinische Befunderhebung?

Die Befunderhebung ist von Fachgebiet zu Fachgebiet unterschiedlich. Die große Zahl der Gutachten betrifft jedoch das unfallchirurgisch-orthopädische Gebiet.

M!

Merke

Ablauf der unfallchirurgisch-orthopädischen klinischen Untersuchung

- Angaben zur Person
 - Alter, Körperlänge, Gewicht, Händigkeit
- Inspektion
- Palpation
- Funktionsprüfung (aktiv und geführt)
 - unverzichtbar ist das sorgfältig und vollständig in Übereinstimmung mit der Legende ausgefüllte aktuelle Messblatt