



Mit Beiträgen von

I. ADAMIETZ  
K. H. BERNSMANN  
P. BIELEFELD  
W. W. BOLTEN  
G. BÖNNER  
T. BRECHMANN  
J. C. BRUCK  
W. CIBIS  
R. DERTWINKEL  
U. DIEDRICH  
W. DIEDERICHS  
A. ENCKE  
A. ERDOGAN  
J. FRIEMANN  
D. FRITZE  
E. FRITZE  
J. FRITZE  
M. GASTPAR  
A. GRABOSCH  
A. HAGER  
J. HARENBERG  
A. HEDTMANN  
C. HEGELMAIER  
S. HERINGLAKE  
H. HENKE  
H. HILDMANN  
B. H. HOLMER  
A. JENSEN  
S. M. JOHN  
TH. KATZORKE  
F. B. KOLODZIEJ  
S. KOTTERBA  
J. KRÄMER  
M. KRIEG  
J. LAUTERMANN  
M. LINK  
E. LODEMANN  
A. MATZDORFF  
B. MAY  
F. MEHRHOFF  
R. MERGET  
A. MINNE  
CH. MÖLLEKEN  
G. MUHR  
K.-M. MÜLLER  
N. NEDOPIL  
G. NEECK  
V. NICOLAS  
M. NOWAK  
A. NUSCHE  
G.-M. OSTENDORF  
M. PFAU  
C. POX  
G. RADDATZ  
K. RASCHE  
S. REINERT  
M. REISER  
M. RICKERT-FÖHRING  
F. RUBENTHALER  
O. J. RUSSE  
H.-E. SCHALLER  
H. SCHATZ  
E. SCHIFFERDECKER  
W. SCHMIEGEL  
G. SCHULTZE-WERNINGHAUS  
U. SCHWEGLER  
E. SINDERN  
A. STACHON  
R. STEFFEN  
A. STEVENS  
M. TEGENTHOFF  
M. TEPEL  
H. TILLMANNS  
G. TRIEBIG  
G.-E. TROTT  
H. D. UTZELMANN  
M. VORGERD  
F. WEBER  
W. WEHRMANN  
H. WEISSER  
H. J. C. WENISCH  
M. WIESE  
TH. WIETHEGE  
M. ZENZ  
W. ZIDEK

J. FRITZE F. MEHRHOFF (HRSG.)

# ■ Die ärztliche Begutachtung

- Rechtsfragen
- Funktionsprüfungen
- Beurteilungen

Begründet von E. FRITZE

Siebte, vollständig überarbeitete Auflage  
mit 90 Abbildungen, 208 Tabellen und 17 Bildtafeln

STEINKOPFF  
VERLAG

Prof. Dr. med. JÜRGEN FRITZE  
Universität Frankfurt am Main  
und  
Verband der privaten Krankenversicherung e. V.  
Bayenthalgürtel 26  
50968 Köln

Dr. iur. FRIEDRICH MEHRHOFF  
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)  
Stabsbereich für Rehabilitationsstrategien und -grundsätze  
Mittelstraße 51–55  
10117 Berlin

ISBN 978-3-7985-1563-5 Steinkopff Verlag

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

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Steinkopff Verlag  
ein Unternehmen von Springer Science+Business Media  
[www.steinkopff.com](http://www.steinkopff.com)

© Steinkopff Verlag 1982, 1986, 1990, 2001, 2008  
Printed in Germany

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Redaktion: Dr. Annette Gasser Herstellung: Klemens Schwind  
Umschlaggestaltung: Erich Kirchner, Heidelberg  
Satz: K+V Fotosatz, Beerfelden  
Druck und Bindung: Stürtz GmbH, Würzburg

SPIN 10871908 85/7231-5 4 3 2 1 0 – Gedruckt auf säurefreiem Papier

---

# Vorwort zur 7. Auflage

Seit dem Erscheinen der 1. Auflage von „Die ärztliche Begutachtung“ sind 25 Jahre vergangen und alle sechs bisher publizierten Auflagen wurden von den Lesern stark nachgefragt. Dies ist eine kaum zu überschätzende Anerkennung des Begründers und Herausgebers Eugen Fritze sowie der Beitragsautoren und es beweist den anhaltenden Bedarf an diesem Buch. Dem fühlte sich der Begründer E. Fritze, der mit seinem Buch nicht nur gereift, sondern inzwischen auch gealtert ist, nicht mehr vollkommen gewachsen. Deshalb entschloss sich der Verlag, den Staffelstab – quasi einer Erbschaftsregel folgend – weiter zu geben.

Damit ist keine Revolution verbunden, sondern fortgesetzte Evolution aus bewährter Tradition. Dazu gehört der Anspruch, weiterhin nahezu alle Gebiete der Medizin in diesem Werk zu erfassen – sehr wohl im Bewusstsein der damit verbundenen Risiken. Die Rechtfertigung für diesen umfassenden Ansatz wurde im Vorwort zur 6. Auflage treffend dargelegt: Fast jedes Gutachten entsteht heute durch Zusammenarbeit mehrerer Gutachter, wobei der Hauptgutachter die Beurteilungen auf den Spezialgebieten zusammenführen muss. Jeder Gutachter muss daher letztlich die Grundsätze jedes Fachgebietes verstehen. Dazu will dieses Buch auch in seiner 7. Auflage beitragen, nicht zuletzt durch viele Stichwörter im Sachverzeichnis.

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, bedurfte es einer Modernisierung des Werkes. Dazu gehören eine gewisse Umfangsreduktion durch Fokussierung, die Anordnung der medizinischen Kapitel nach Organsystemen sowie die Strukturierung nach Epidemiologie, Kernsymptomen, Ätiopathogenese, Therapieoptionen und Prognose. Das Buch wurde umfassend aktualisiert – auch bezüglich der jüngsten Gesetzgebung. Wo immer möglich, wurden die Evidenz und die Leistungsfähigkeit von Menschen gemäß der Internationalen Klassifikation der Funktionen (ICF) berücksichtigt.

Den bisherigen und den zahlreichen neu gewonnenen Autoren gebührt große Anerkennung und Dank dafür, dass sie sich den Herausforderungen gestellt und reichlich Energie und Geduld in das Werk eingebracht haben.

Besonderer Dank gilt dem Verlag, hier insbesondere Frau Sabine Ibkendanz und Frau Dr. Annette Gasser und der Lektorin Frau Heidrun Schoeler, die wesentliche Beiträge zur Umsetzung der neuen Akzente im Konzept des Buches geleistet hat, und der Geduld aller Mitarbeiter des Verlages mit den Autoren und Herausgebern.

Köln und Berlin, im Winter 2007

JÜRGEN FRITZE  
FRIEDRICH MEHRHOFF

---

# Vorwort zur 1. Auflage

Die „ärztliche Beurteilung Beschädigter“, herausgegeben von Georg Schöneberg, ist 1951 in der 1. Auflage und 1967 in der 4. Auflage erschienen. Die Thematik dieses Buches war der gutachtlichen Beurteilung der Opfer der Kriege und der durch Unfälle, Krankheiten und ähnliche Ereignisse im Dienste beschädigten Angehörigen der Bundeswehr nach dem 1950 vom Bundestag verabschiedeten Bundesversorgungsgesetz gewidmet, welches in den folgenden Jahren durch das Häftlingshilfegesetz, das Soldatengesetz und das Ersatzdienstgesetz mit den gleichen rechtlichen Regelungen ergänzt wurde. Der Inhalt des Buches beschränkte sich also auf diesen Bereich der bundesdeutschen Sozialversicherung. Der Tod von Georg Schöneberg verhinderte weitere Auflagen.

Mit zunehmendem Ausbau des Sozialrechts und der Sozialversicherung in der Bundesrepublik verlagerten sich indessen die Schwerpunkte der gesetzlichen Sozialversicherung. Mit zunehmendem zeitlichen Abstand vom letzten Weltkrieg und seinen Auswirkungen durch Gefangenschaft und Vertreibung und besonders mit der zunehmenden Bedeutung der gesetzlichen Unfallversicherung als wesentlichstem Zweig der sozialen Sicherung des berufstätigen und arbeitenden Menschen, der sich gewissermaßen den Risiken neuer Technologien an vorderster Front zu stellen hat, verlagerte und verbreiterte sich der Aufgabenbereich des Arztes als Gutachter. Heute ist der Arzt für Allgemeinmedizin, der Arbeitsmediziner, der niedergelassene Internist, Neurologe und Chirurg, aber auch der Spezialist in anderen Bereichen, schließlich und besonders aber auch der durch eigene wissenschaftliche Tätigkeit erfahrene Klinik- und Krankenhausarzt mit einem großen Teil seines Aufgabenbereiches zugleich als Gutachter tätig.

Obwohl der Umfang versicherungsmedizinischer Entscheidungen oder auch nur sozialmedizinischer Ratschläge im ärztlichen Alltag beträchtlich ist, kommt dieser Bereich ärztlicher Arbeit in der Ausbildung bei weitem zu kurz. Weder im Studium noch in der späteren Ausbildung oder Weiterbildung wird die ärztliche Begutachtung im eigentlichen Sinne gelehrt und gelernt. Hier soll dieses Buch helfen und den jungen Assistenten in die Probleme der ärztlichen Begutachtung im Bereich aller Zweige der Sozialversicherung einführen und ihm außerdem die notwendigen versicherungsrechtlichen Grundlagen und die Anwendung des medizinischen Wissens im Sozialrecht vermitteln. Aber auch dem erfahrenen Gutachter soll dieses Buch Hilfe bei der Beantwortung schwieriger Fragen sein.

Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, war naturgemäß eine völlige Umgestaltung und Neubearbeitung des Buches von Schöneberg notwendig. Es mußte die Thematik auf die gesamte Sozialversicherung verbreitert und der Kreis der Mitarbeiter stark erweitert werden.

Autoren und Herausgeber, durchweg Mitglieder der Abteilung für theoretische und klinische Medizin der Ruhr-Universität Bochum, sehen ihre Arbeit hinreichend belohnt, wenn es ihnen gelungen wäre, diese „Ärztliche Begutachtung“ als Orientierungshilfe für den Gutachter und gerecht für die Begutachteten zu gestalten. Besonderer Dank gilt Herrn Jürgen Steinkopff, der noch vor seinem zu frühen Tode den Anstoß zur Neubearbeitung dieses Buches gab.

Zu danken habe ich auch meiner lieben Frau – Ilse Fritze –, die die wichtige Aufgabe übernahm, das Stichwortverzeichnis zu gestalten.

---

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Allgemeine Grundlagen</b> .....	1
1.1	<b>Aufgaben und Bedeutung der ärztlichen Begutachtung</b> (E. FRITZE, J. FRITZE) .....	1
1.2	<b>Der Arzt als Gutachter – Pflichten und Rechte</b> (E. FRITZE, J. FRITZE) ...	4
1.3	<b>Das ärztliche Gutachten – Form und Inhalt</b> (E. FRITZE, J. FRITZE) .....	7
1.4	<b>Qualitätssicherung</b> (E. FRITZE, J. FRITZE) .....	10
<b>2</b>	<b>Rechtsgrundlagen – Struktur des sozialen Sicherungssystems</b> ...	13
2.1	<b>Soziale Sicherung in Deutschland</b> (F. MEHRHOFF) .....	13
2.1.1	Grundzüge des gegliederten Systems .....	13
2.1.2	Sozialleistungen .....	13
2.1.3	Sozialgesetzbuch, Empfehlungen, Richtlinien .....	14
2.2	<b>Gesetzliche Krankenversicherung</b> (F. MEHRHOFF) .....	14
2.2.1	Versicherungspflicht .....	15
2.2.2	Freiwillige Versicherung .....	16
2.2.3	Versicherungsfreiheit .....	16
2.2.4	Familienversicherung .....	16
2.2.5	Leistungen .....	17
2.2.6	Organisation .....	22
2.2.7	Zusammenwirken zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ...	23
2.2.8	Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen .....	25
2.3	<b>Gesetzliche Unfallversicherung</b> (F. MEHRHOFF) .....	26
2.3.1	Aufgaben .....	26
2.3.2	Geschützter Personenkreis .....	28
2.3.3	Arbeitsunfall und Berufskrankheiten .....	29
2.3.4	Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz .....	33
2.3.5	Informationsaustausch zwischen Ärzten und Unfallversicherung .....	34
2.3.6	Berufliche Verursachung .....	40
2.3.7	Beweismaßstab .....	41
2.3.8	Leistungen zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit .....	42
2.3.9	Renten .....	43
2.3.10	Minderung der Erwerbsfähigkeit .....	44
2.4	<b>Gesetzliche Rentenversicherung</b> (W. CIBIS) .....	45
2.4.1	Leistungen .....	45
2.4.2	Versicherte Personen .....	46
2.4.3	Finanzierung .....	48
2.4.4	Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation) .....	49
2.4.5	Rentenarten .....	51
2.4.6	Versicherungsträger .....	55
2.5	<b>Gesetzliche (soziale und private) Pflegeversicherung</b> (U. DIEDRICH) ...	57
2.5.1	Grundsätze .....	57
2.5.2	Leistungsberechtigte .....	57
2.5.3	Leistungen .....	58

2.5.4	Pflegerische Infrastruktur . . . . .	59
2.5.5	Begutachtung der Pflegebedürftigkeit . . . . .	60
<b>2.6</b>	<b>Soziales Entschädigungsrecht (G. RADDATZ)</b> . . . . .	<b>64</b>
<b>2.7</b>	<b>Entschädigung wegen Verfolgung (E. FRITZE, J. FRITZE)</b> . . . . .	<b>67</b>
<b>2.8</b>	<b>Schwerbehindertenrecht (G. RADDATZ)</b> . . . . .	<b>68</b>
<b>2.9</b>	<b>Betreuungsrecht (N. NEDOPIIL)</b> . . . . .	<b>71</b>
<b>2.10</b>	<b>Sozialhilfe (M. NOWAK)</b> . . . . .	<b>73</b>
<b>2.11</b>	<b>Privates Versicherungsrecht (G.-M. OSTENDORF, M. LINK)</b> . . . . .	<b>77</b>
2.11.1	Die private Krankenversicherung (G.-M. OSTENDORF) . . . . .	77
2.11.2	Private Unfallversicherung (M. LINK) . . . . .	81
2.11.3	Lebensversicherung und Berufsunfähigkeitsversicherung (G.-M. OSTENDORF) . . . . .	83
2.11.4	Haftpflichtversicherung (M. LINK) . . . . .	86
<b>■ 3</b>	<b>Arztrecht</b> . . . . .	<b>89</b>
3.1	Einwilligungsfähigkeit des Patienten (N. NEDOPIIL) . . . . .	89
3.2	Ärztliche Schweigepflicht (A. MINNE) . . . . .	91
3.3	Arzthaftung (J. FRITZE) . . . . .	95
3.4	Feststellung des Hirntodes (E. FRITZE, J. FRITZE) . . . . .	104
3.5	Bedeutung der Obduktion im Versicherungsrecht (K.-M. MÜLLER) . . . . .	104
<b>■ 4</b>	<b>Funktionsprüfungen und Diagnostik als Grundlagen der Begutachtung</b> . . . . .	<b>109</b>
4.1	Funktionsprüfungen (E. FRITZE) . . . . .	109
4.2	Labordiagnostik (A. STACHON, M. KRIEG) . . . . .	109
4.3	Nervensystem (M. TEGENTHOFF) . . . . .	114
4.4	Augen (A. HAGER) . . . . .	119
4.5	Hals, Nase und Ohren (J. LAUTERMANN, H. HILDMANN) . . . . .	122
4.5.1	Untersuchungen des Ohres . . . . .	122
4.5.2	Untersuchungen der Nase und der Nasennebenhöhlen . . . . .	125
4.5.3	Untersuchungen von Mundhöhle und Oropharynx . . . . .	126
4.5.4	Untersuchungen des Kehlkopfes, der Stimme und der Sprache . . . . .	126
4.6	Atmungsorgane . . . . .	127
4.6.1	Bronchopulmonales System (R. MERGET) . . . . .	127
4.6.2	Schlafapnoe (K. RASCHE, G. SCHULTZE-WERNINGHAUS) . . . . .	134
4.6.3	Allergische Atemwegs- und Lungenkrankheiten (G. SCHULTZE-WERNINGHAUS) . . . . .	135
4.7	Herz (H. TILLMANN) . . . . .	144
4.8	Gefäße (G. BÖNNER) . . . . .	157
4.9	Verdauungsorgane (Magen-Darm-Trakt, Bauchspeicheldrüse) (T. BRECHMANN, W. SCHMIEGEL) . . . . .	162
4.10	Leber und Galle (T. BRECHMANN, W. SCHMIEGEL) . . . . .	167
4.11	Haut . . . . .	169
4.11.1	Allergietests (W. WEHRMANN, S.M. JOHN) . . . . .	169
4.11.2	Hautfunktionstests (S.M. JOHN, W. WEHRMANN) . . . . .	179
4.12	Stoffwechsel und Endokriniem (E. SCHIFFERDECKER, H. SCHATZ) . . . . .	184
4.13	Niere (M. TEPPEL, W. ZIDEK) . . . . .	191



4.14	<b>Blut</b> .....	195
4.14.1	Blut und Blutbildung (A. MATZDORFF, D. FRITZE) .....	195
4.14.2	Blutgerinnung (J. HARENBERG) .....	197
■ 5	<b>Berufskrankheiten durch chemische Einwirkungen</b> (G. TRIEBIG) ...	199
5.1	Metalle und Metalloide .....	199
5.2	Erstickungsgase .....	204
5.3	Lösemittel, Schädlingsbekämpfungsmittel (Pestizide) und sonstige chemische Stoffe .....	205
5.4	Entschädigung nach § 9 Absatz 2 Sozialgesetzbuch VII .....	212
■ 6	<b>Krankheiten des Nervensystems</b> .....	213
6.1	<b>Traumatische Schädigungen des Nervensystems</b> (M. TEGENTHOFF) .....	213
6.1.1	Die ärztliche Begutachtung in der Neurotraumatologie .....	213
6.1.2	Traumatische Hirnschäden .....	214
6.1.3	Traumatische Rückenmarkschäden .....	219
6.1.4	Traumatische Schäden peripherer Nerven .....	220
6.2	<b>Entzündliche Erkrankungen</b> (E. SINDERN) .....	222
6.2.1	Akute Entzündungen (Meningitis, Encephalitis) .....	222
6.2.2	Multiple Sklerose .....	223
6.2.3	Neuroborreliose .....	225
6.2.4	Schutzimpfungen und ihre Folgen .....	227
6.3	<b>Neurodegenerative Systemerkrankungen/ extrapyramidale Syndrome</b> (M. VORGERD) .....	228
6.4	<b>Neuromuskuläre Erkrankungen</b> (M. VORGERD) .....	229
6.5	<b>Hirngefäßerkrankungen</b> (S. KOTTERBA) .....	231
6.6	<b>Epilepsien/Dyssomnien</b> (S. KOTTERBA) .....	233
■ 7	<b>Krankheiten der Augen</b> (A. HAGER) .....	239
7.1	Unfallversicherung .....	239
7.2	Eignungsbegutachtung, Tauglichkeit .....	245
7.3	Schwerbehindertenrecht (Teil 2, SGB IX) .....	249
7.4	Haftpflichtverfahren .....	250
7.5	Arbeitsmedizin .....	251
■ 8	<b>Krankheiten von Hals, Nase und Ohren</b> (H. HILDMANN, J. LAUTERMANN) .....	253
8.1	<b>Erkrankungen und Verletzungen des Ohrs</b> .....	253
8.1.1	Erkrankungen und Verletzungen des äußeren Ohrs .....	253
8.1.2	Erkrankungen, Verletzungen und Missbildungen des Mittelohrs .....	253
8.1.3	Erkrankungen des Innenohrs .....	254
8.1.4	Ohrgeräusch (Tinnitus) .....	255
8.1.5	Hörgeräteversorgung .....	257
8.1.6	Schwindelbeschwerden .....	257
8.2	<b>Gesichtsverletzungen</b> .....	258
8.3	<b>Nase, Nasennebenhöhlen</b> .....	258
8.3.1	Atmungsbehinderungen .....	258
8.3.2	Berufsbedingte Schäden .....	258
8.3.3	Allergische Erkrankungen .....	259

8.3.4	Riech- und Geschmacksstörungen	259
8.4	Mundhöhle und Rachen (ohne Zähne und Zahnhalteapparat)	259
8.5	Kehlkopf	259
8.6	Tumoren im Rachen- und Kehlkopfbereich	260
8.7	Trachealstenosen	260
8.8	Speiseröhrenerkrankungen	260
8.9	Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen	261
<b>9</b>	<b>Krankheiten auf dem Gebiet der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (S. REINERT)</b>	<b>263</b>
9.1	Traumatische Schäden und ihre Folgen	263
9.2	Lippen-Kiefer-Gaumenspalten	266
9.3	Dysgnathien	267
9.4	Geschwulstkranken, Tumorchirurgie	268
<b>10</b>	<b>Krankheiten der Atmungsorgane</b>	<b>271</b>
10.1	Berufskrankheiten der Atemwege und der Lungen, des Rippenfells und Bauchfells (R. MERGET)	271
10.1.1	Erkrankungen durch anorganische Stäube	272
10.1.1.1	Quarzstaublungenerkrankung (Silikose)	272
10.1.1.2	Silikotuberkulose	277
10.1.1.3	Asbestinduzierte Krankheiten	278
10.1.1.4	Pneumokoniosen durch wenig fibrogene Substanzen	282
10.1.1.5	Bronchialkarzinom	284
10.1.1.6	Chronische obstruktive Bronchitis oder Emphysem	285
10.1.1.7	Berufskrankheit durch künstlich hergestellte Mineralfasern (KMF)?	288
10.1.2	Erkrankungen durch organische Stäube	288
10.1.2.1	Asthma, „Asthma-like syndrome“, COPD	289
10.1.2.2	Allergische bronchopulmonale Aspergillose (ABPA)	289
10.1.2.3	„Organic Dust Toxic Syndrome“ (ODTS)	289
10.1.2.4	Byssinose	289
10.1.2.5	Exogen allergische Alveolitis	290
10.1.2.6	Adenokarzinome der Nasenhaupt- und -nebenhöhlen	291
10.1.3	Obstruktive Atemwegserkrankungen	292
10.1.3.1	Durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (G. SCHULTZE-WERNINGHAUS)	292
10.1.3.2	Durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (G. TRIEBIG)	294
10.1.4	Durch Isocyanate verursachte bronchopulmonale Erkrankungen (G. SCHULTZE-WERNINGHAUS)	297
10.2	Schlafapnoesyndrom (K. RASCHE, G. SCHULTZE-WERNINGHAUS)	298
10.3	Unfall- und Operationsfolgen im Bereich der Atmungsorgane (R. MERGET)	302
10.4	Spontanpneumothorax (R. MERGET)	305
10.5	Lungenembolie (R. MERGET)	305
10.6	Bronchitis, COPD, Bronchiektasen, Emphyse (R. MERGET)	306
<b>11</b>	<b>Krankheiten des Herzens (H. TILLMANN)</b>	<b>311</b>
11.1	Die koronare Herzkrankheit	311
11.2	Erworbene und angeborene Herzvitien	331

11.2.1	Aortenstenose	331
11.2.2	Aorteninsuffizienz	333
11.2.3	Mitralstenose	335
11.2.4	Mitralinsuffizienz	336
11.2.5	Pulmonalstenose	337
11.2.6	Pumonalsuffizienz	338
11.2.7	Vorhofseptumdefekt	339
11.2.8	Ventrikelseptumdefekt	340
11.2.9	Kongenitale Vitien mit Rechts-Links-Shunt	341
11.2.10	Versicherungsmedizinische Aspekte nach Herzoperationen wegen Herzklappenfehlern	341
11.3	Kardiomyopathien	342
11.4	Perikarditis	349
11.5	Chronisches Cor pulmonale	353
11.6	Reizbildungs- und Reizleitungsstörungen (A. ERDOGAN, H. TILLMANN)	359
11.7	Die traumatische Herzschädigung (H. TILLMANN)	362
■ 12	<b>Krankheiten des Kreislaufsystems</b>	375
12.1	Arterielle Hypertonie (F. WEBER)	375
12.2	Arterielle Hypotonie (F. WEBER)	380
12.3	Arterielle Durchblutungsstörungen (G. BÖNNER)	384
12.3.1	Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) und arteriosklerotisches Aneurysma	384
12.3.2	Angiitiden	388
12.3.3	Vasospastische Durchblutungsstörungen	389
12.3.4	Gefäßtrauma	390
12.4	Venenkrankheiten (G. BÖNNER)	393
12.4.1	Primäre Varikosis	393
12.4.2	Phlebothrombose	394
12.4.3	Venenverletzung	396
12.4.4	Chronisch-venöse Insuffizienz	397
12.5	Lymphödem (G. BÖNNER)	398
■ 13	<b>Krankheiten des Magen-Darm-Traktes und der Bauchspeicheldrüse</b>	401
13.1	Traumatische Schädigungen (M. REISER, S. HERINGLAKE)	401
13.2	Krankheiten von Speiseröhre und Magen (H. HENKE, W. SCHMIEGEL)	402
13.3	Entzündliche Darmkrankheiten (T. BRECHMANN, W. SCHMIEGEL)	404
13.4	Akute und chronische Pankreatitis (S. HERINGLAKE, W. SCHMIEGEL)	406
■ 14	<b>Krankheiten der Leber und Gallenwege</b>	409
14.1	Traumatische Schädigungen (M. REISER, S. HERINGLAKE)	409
14.2	Akute und chronische Virushepatitis (M. REISER, W. SCHMIEGEL)	410
14.3	Toxische Leberschädigung (CH. MÖLLEKEN, W. SCHMIEGEL)	417
■ 15	<b>Krankheiten der Wirbelsäule</b> (J. KRÄMER, K. BERNSMANN, A. HEDTMANN, R. STEFFEN, F. RUBENTHALER, M. WIESE)	421
15.1	Degenerative Wirbelsäulenerkrankungen	421
15.2	Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule (sog. Schleudertrauma)	422

15.3	Bandscheibenvorfall und Trauma . . . . .	424
15.4	Wirbelbrüche und degenerative Wirbelsäulenerkrankungen . . . . .	425
15.5	Behinderung durch degenerative Wirbelsäulenerkrankungen . . . . .	427
15.6	Begutachtung der Berufs- und Erwerbsfähigkeit . . . . .	428
15.7	Wirbelsäulenschäden als Berufskrankheit . . . . .	429
15.8	Spondylyolyse, Spondylolisthese . . . . .	433
15.9	Scheuermann-Krankheit (Adoleszentenkyphose) . . . . .	
15.10	Skoliose . . . . .	435
15.11	Sekundärschäden der Skelettstatik nach Verlust oder schwerer funktioneller Beeinträchtigung von Gliedmaßen . . . . .	436
■ 16	<b>Rheumatische Krankheiten</b> (W. W. BOLTEN) . . . . .	441
16.1	Rheumatoide Arthritis (chronische Polyarthritis, cP) . . . . .	441
16.2	Juvenile chronische Arthritis (JCA) . . . . .	444
16.3	Morbus Still des Erwachsenenalters . . . . .	445
16.4	Felty-Syndrom . . . . .	445
16.5	Rheumaknoten . . . . .	445
16.6	Sjögren-Syndrom . . . . .	445
16.7	Spondyloarthropathie . . . . .	446
16.8	Psoriasisarthritis . . . . .	446
16.9	Fibromyalgie . . . . .	447
16.10	Gichtarthritis . . . . .	447
16.11	Sternokostoklavikuläre Hyperostose . . . . .	448
16.12	Arthrose . . . . .	448
16.13	Morbus Forestier . . . . .	449
16.14	Polymyalgia rheumatica . . . . .	449
16.15	Arthritis nach akutem rheumatischem Fieber . . . . .	449
16.16	Schmerztherapie mit NSAR . . . . .	449
16.17	Chronisches Müdigkeits- oder Erschöpfungssyndrom (Chronic-Fatigue-Syndrom, CFS) und multiple Chemikalienunverträglichkeit (Multiple-Chemical-Sensitivity, MCS) (G. NEECK) . . . . .	450
■ 17	<b>Hautkrankheiten</b> (S. M. JOHN, W. WEHRMANN) . . . . .	453
17.1	Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen . . . . .	453
17.2	Hautkrebs (BK 5102) oder zu Hautkrebsbildung neigende Hautveränderungen durch Ruß, Rohparaffin, Teer, Anthrazen, Pech oder ähnliche Stoffe . . . . .	474
■ 18	<b>Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten</b> (E. SCHIFFERDECKER, H. SCHATZ) . . . . .	479
18.1	Diabetes mellitus . . . . .	479
18.2	Schilddrüsenkrankheiten . . . . .	488
18.3	Störungen des Körpergewichts . . . . .	490

18.4	Hyperurikämie und Gicht	492
18.5	Hypoparathyreoidismus	493
18.6	Hyperparathyreoidismus	493
18.7	Akromegalie und Gigantismus	494
18.8	Hypophysenvorderlappen-Insuffizienz	494
18.9	Diabetes insipidus	495
18.10	Nebennierenfunktionsstörungen	495
18.11	Männlicher Hypogonadismus	497
<b>■ 19</b>	<b>Vaskuläre und parenchymatöse Nierenkrankheiten</b>	
	(M. TEPPEL, W. ZIDEK)	501
19.1	Nephropathie bei Diabetes mellitus und arterieller Hypertonie	503
19.2	Glomerulonephritis	503
19.3	Pyelonephritis und tubulointerstitielle Nephritis einschließlich Analgetikanephropathie	506
19.4	Toxische Nierenschädigung	507
19.5	Akutes Nierenversagen	508
19.6	Chronische Niereninsuffizienz und Nierenersatztherapie (Dialyse und Nierentransplantation)	509
19.7	Lebendnierenspende	511
<b>■ 20</b>	<b>Krankheiten der Harnorgane sowie der männlichen Geschlechtsorgane</b>	
	(W. DIEDERICHS)	515
20.1	Unspezifische entzündliche Erkrankungen	516
20.2	Urolithiasis	516
20.3	Tumoren	517
20.3.1	Nierentumoren	517
20.3.2	Karzinome der Harnwege	517
20.3.3	Prostatakarzinom	517
20.3.4	Hodenkarzinom	518
20.4	Angeborene Missbildungen	518
20.5	Traumatologische Schäden	518
20.5.1	Nieren- und Harnleiterverletzungen	518
20.5.2	Harnblasenverletzungen	519
20.5.3	Verletzungen der Harnröhre	519
20.6	Neurogene Blasenfunktionsstörungen	519
20.7	Nichtneurogene Blasenfunktionsstörungen	520
20.8	Andrologie	520
20.8.1	Erektile Dysfunktion	520
20.8.2	Infertilität des Mannes	520
<b>■ 21</b>	<b>Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane</b>	
	(B. H. HOLMER, A. JENSEN)	523
21.1	Maligne Erkrankungen	523
21.2	Senkungszustände des inneren Genitale	525

21.3	Folgestände nach gynäkologischen Operationen . . . . .	526
21.4	Spezifische und unspezifische Entzündungen des Genitale, Endometriose	526
21.5	Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit von plastischen Operationen . . . . .	527
■ 22	<b>Begutachtung bei Verdacht auf Sexualdelikte</b> (B. H. HOLMER, A. JENSEN) . . . . .	529
■ 23	<b>Weibliche und männliche Fertilitätsstörungen und Risiken der assistierten Fertilisation</b> (TH. KATZORKE, M. RICKERT-FÖHRING, P. BIELFELD, F. B. KOLODZIEJ) . .	533
23.1	<b>Weibliche Fertilität</b> . . . . .	533
23.1.1	Normale weibliche Fertilität . . . . .	533
23.1.2	Weibliche Fertilitätsstörungen . . . . .	533
23.1.3	Ovarfunktion nach Malignomtherapie . . . . .	537
23.1.4	Fertilitätsprophylaxe vor onkologischer Therapie . . . . .	538
23.1.5	Komplikationen in der assistierten Fortpflanzung . . . . .	539
23.2	<b>Männliche Fertilität</b> . . . . .	542
23.2.1	Normale männliche Fertilität . . . . .	542
23.2.2	Männliche Fertilitätsstörungen . . . . .	543
23.2.3	Folgen einer Tumorthherapie auf den Hoden . . . . .	547
■ 24	<b>Geburtshilfe</b> (B. H. HOLMER, A. JENSEN) . . . . .	553
24.1	Schwangerschaftsvorsorge . . . . .	554
24.2	Geburt . . . . .	560
24.3	Dokumentation . . . . .	561
24.4	Bedeutung von Leitlinien . . . . .	562
24.5	Vertikale Arbeitsteilung . . . . .	563
24.6	Horizontale Arbeitsteilung . . . . .	563
■ 25	<b>Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe</b> (A. MATZDORFF, D. FRITZE) . . . . .	565
25.1	<b>Erythrozyten, Hämoglobin, Hämatokrit</b> . . . . .	566
25.1.1	Krankheiten mit Verminderung der Erythrozyten und des Hämoglobins (Anämien) . . . . .	567
25.1.2	Krankheiten mit Vermehrung der Erythrozytenzahl und des Hämoglobins . . . . .	569
25.1.3	Versicherungsrechtliche Beurteilung von Störungen der Erythrozytopoese . . . . .	571
25.2	<b>Leukozyten</b> . . . . .	572
25.2.1	Reaktive Veränderungen der Leukozyten . . . . .	572
25.2.2	Leukämien und myelodysplastische Syndrome . . . . .	574
25.2.3	Myeloproliferative Syndrome (MPS) . . . . .	578
25.3	<b>Thrombozyten</b> . . . . .	579
25.3.1	Thrombozytosen . . . . .	579
25.3.2	Thrombozytopenie . . . . .	580
25.4	<b>Hämostase</b> (J. HARENBERG) . . . . .	582
25.4.1	Blutungsneigungen durch Störungen der primären und sekundären Hämostase aufgrund von Berufskrankheiten, Unfällen, Giften oder Chemikalien . . . .	582

25.4.2	Störungen der Hämostase durch Medikamente: Blutungsneigung . . . . .	584
25.4.3	Störungen der Hämostase durch Medikamente: Thromboseneigung . . . . .	587
25.4.4	Medikamentöse Interaktionen im Hämostasesystem . . . . .	587
25.5	<b>Traumatische Schädigung der Milz, Milzverlust</b> (A. MATZDORFF, D. FRITZE) . . . . .	588
■ 26	<b>Krebskrankheiten</b> (A. MATZDORFF, D. FRITZE) . . . . .	591
26.1	<b>Maßstäbe der sozialmedizinischen Beurteilung</b> . . . . .	594
26.2	<b>Leukämien und myelodysplastische Syndrome</b> . . . . .	596
26.3	<b>Lymphome</b> . . . . .	597
26.4	<b>Karzinome und Sarkome</b> . . . . .	602
26.5	<b>Tumoren durch ionisierende Strahlen im Uranerzbergbau bei ehemaligen Beschäftigten der WISMUT</b> (TH. WIETHEGE, K.-M. MÜLLER) . . . . .	603
26.5.1	Lungentumoren . . . . .	603
26.5.2	Kombinationseffekte bei der Entstehung bösartiger Lungentumoren . . . . .	604
26.5.3	Extrapulmonale Tumoren . . . . .	605
26.6	<b>Rehabilitation, Berentung, Aufnahme in eine Kranken- oder Lebensversicherung von Krebskranken</b> (A. MATZDORFF, D. FRITZE) . . . . .	606
26.7	<b>Einsatz und Bewertung humoraler Tumormarker</b> (H. WEISSER, M. KRIEG) . . . . .	609
26.8	<b>Berufskrankheiten und Unfallfolgen in der Tumorgenese</b> (K.-M. MÜLLER) . . . . .	614
■ 27	<b>Infektionskrankheiten</b> . . . . .	625
27.1	<b>Viren</b> (U. SCHWEGLER) . . . . .	625
27.1.1	HIV-Infektionen (Acquired Immuno Deficiency Syndrome – AIDS) . . . . .	625
27.1.2	Tollwut (Rabies, Lyssa) . . . . .	630
27.1.3	Pocken (Variola) . . . . .	632
27.1.4	Arboviruskrankheiten . . . . .	633
27.1.5	Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) . . . . .	636
27.1.6	Rift-Valley-Fieber . . . . .	637
27.1.7	Gelbfieber . . . . .	637
27.1.8	Maul- und Klauenseuche (MKS) . . . . .	640
27.1.9	Masern . . . . .	641
27.1.10	Poliomyelitis . . . . .	642
27.1.11	Bovine spongyforme Enzephalopathie (BSE) . . . . .	643
27.1.12	Weitere Virusinfektionen . . . . .	644
27.2	<b>Pilze</b> (E. FRITZE, J. FRITZE) . . . . .	647
27.3	<b>Protozoen</b> (C. POX, W. SCHMIEGEL) . . . . .	648
27.3.1	Malaria . . . . .	649
27.3.2	Schlafkrankheit . . . . .	650
27.3.3	Chagas-Krankheit . . . . .	651
27.3.4	Toxoplasmose . . . . .	651
27.3.5	Leishmaniosen . . . . .	652
27.3.6	Amöbiasis . . . . .	652
27.3.7	Meningoenzephalitis durch Amöben . . . . .	653
27.3.8	Balantidiose . . . . .	653
27.3.9	Giardiasis . . . . .	653
27.4	<b>Helminthen</b> (E. FRITZE, J. FRITZE, B. MAY) . . . . .	654
27.4.1	Filariasis . . . . .	656
27.4.2	Askaridiasis . . . . .	657
27.4.3	Trichuriasis . . . . .	657

27.4.4	Ankylostomiasis	657
27.4.5	Strongyloidiasis	658
27.4.6	Schistosomiasis, Bilharziose	658
27.4.7	Faszioliasis	659
27.4.8	Chlonorchiasis	659
27.4.9	Fasziolopsiasis	660
27.4.10	Paragonimiasis	660
27.4.11	Taeniasis (Bandwürmer)	660
27.4.12	Trichinose	661
<b>27.5</b>	<b>Bakterien (C. POX, W. SCHMIEGEL)</b>	<b>662</b>
27.5.1	Typhus abdominalis und Paratyphus	662
27.5.2	Tonsillitis, Pharyngitis	663
27.5.3	Diphtherie	663
27.5.4	Tularämie	663
27.5.5	Listeriose	663
27.5.6	Erysipel	664
27.5.7	Erysipeloid (Schweinerotlauf)	664
27.5.8	Cholera	664
27.5.9	Milzbrand (Anthrax)	665
27.5.10	Brucellose (undulierendes Fieber, Malta-Fieber, M. Bang)	665
27.5.11	Pest	665
27.5.12	Reisediarrhö	666
27.5.13	Pseudomembranöse Kolitis	666
27.5.14	Spirochätosen	667
27.5.15	Rickettsiosen und Ehrlichiosen	668
27.5.16	Ornithose (U. SCHWEGLER)	669
27.5.17	Tuberkulose (R. MERGET)	670
<b>27.6</b>	<b>Infektionsprävention (C. POX, W. SCHMIEGEL)</b>	<b>674</b>
27.6.1	Schutzimpfungen, medikamentöse Prophylaxe, passive Immunisierung	674
27.6.2	Meldepflicht von Infektionskrankheiten	676
27.6.3	Tropentauglichkeit	676
<b>■ 28</b>	<b>Psychische Krankheiten und Störungen</b>	<b>677</b>
<b>28.1</b>	<b>Psychische Krankheiten im Erwachsenenalter (N. NEDOPIL)</b>	<b>677</b>
28.1.1	Besonderheiten psychiatrischer Begutachtung	677
28.1.2	Psychopathologie und psychiatrische Diagnostik	679
28.1.3	Die häufigsten Krankheitsbilder bei der sozialrechtlichen Begutachtung	685
28.1.4	Abgrenzungsprobleme bei der sozialrechtlichen Begutachtung auf dem Gebiet der Psychiatrie	691
28.1.5	Besondere Fragestellungen der forensischen Psychiatrie	695
<b>28.2</b>	<b>Psychische Krankheiten im Kindes- und Jugendalter (G. E. TROTT)</b>	<b>701</b>
28.2.1	Untersuchungsverfahren	702
28.2.2	Gutachterliche Beurteilung bei organischen, geistigen oder psychischen Störungen	704
28.2.3	Das Opferentschädigungsgesetz (OEG)	707
28.2.4	Sozialgesetze	708
<b>28.3</b>	<b>„Selbstverschuldete Krankheiten“, artifizielle Störungen, Pseudologie, Konversionssyndrome, Simulation und Aggravation (N. NEDOPIL)</b>	<b>710</b>
<b>28.4</b>	<b>Störungen durch psychotrope Substanzen: Intoxikation und Sucht (E. LODEMAN, M. GASTPAR)</b>	<b>712</b>
28.4.1	Klinisch-diagnostische Grundlagen	712
28.4.2	Strafrecht	714
28.4.3	Straßenverkehrsrecht	718
28.4.4	Zivilrechtliche Fragen (Auswahl)	719
28.4.5	Sozialrecht (Auswahl)	721
28.4.6	Privatversicherung	724



■ <b>29</b>	<b>Verletzungen und Verletzungsfolgen</b> .....	727
29.1	<b>Organ- und Gewebeerletzungen (C. HEGELMAIER)</b> .....	727
29.1.1	Haut .....	727
29.1.2	Wundinfektionen .....	728
29.2	<b>Verletzungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates (C. HEGELMAIER)</b> .....	730
29.2.1	Skelettmuskulatur .....	730
29.2.2	Sehnen und Sehenscheiden .....	733
29.2.3	Erkrankungen der Schleimbeutel .....	735
29.2.4	Knochen und Periost .....	736
29.2.5	Sudeck-Syndrom .....	738
29.2.6	Gelenke .....	738
29.2.7	Osteomyelitis .....	742
29.2.8	Gliedmaßenverlust, Gliedertaxe .....	743
29.3	<b>Verletzungen der Hand (H.-E. SCHALLER, A. NUSCHE, M. PFAU)</b> .....	745
29.4	<b>Verletzungen im Bauchraum (A. ENCKE, H.J.C. WENISCH)</b> .....	768
29.4.1	Allgemeine Folgeschäden .....	770
29.4.2	Leberverletzungen .....	770
29.4.3	Milztrauma .....	773
29.4.4	Pankreastrauma .....	774
29.4.5	Magen-Darm-Trakt .....	774
29.4.6	Nieren und Retroperitoneum .....	775
29.4.7	Zwerchfell und Bauchdecken .....	775
29.5	<b>Folgekrankheiten nach Verletzungen (Infektion, Malignom) (G. MUHR, O.J. RUSSE)</b> .....	776
29.5.1	Trauma und Infektion .....	776
29.5.2	Trauma und Geschwulstleiden .....	778
■ <b>30</b>	<b>Anästhesie und Schmerztherapie (M. ZENZ, R. DERTWINKEL)</b> .....	781
30.1	<b>Anästhesie</b> .....	781
30.1.1	Prämedikationsvisite .....	781
30.1.2	Lagerung des Patienten und Anästhesievorbereitung .....	782
30.1.3	Einleitung der Anästhesie .....	782
30.1.4	Intraoperative Überwachung .....	784
30.1.5	Postoperative Überwachung .....	785
30.1.6	Bluttransfusion .....	785
30.2	<b>Schmerztherapie</b> .....	787
30.2.1	Spezielle ausgewählte Schmerzsyndrome .....	789
30.2.2	Medikamentöse Schmerztherapie .....	791
30.2.3	Strafrechtliche Problematik .....	792
■ <b>31</b>	<b>Arzneimittel- und Medizinprodukteschäden (J. FRITZE)</b> .....	793
■ <b>32</b>	<b>Ionisierende Strahlung (I.A. ADAMIETZ, V. NICOLAS)</b> .....	799
32.1	<b>Biologische Wirkung, Expositionsformen, Dosiseinheiten und Dosishöhen</b> .....	799
32.2	<b>Anlass und Häufigkeit gutachtlicher Fragen aus der Radiologie</b> .....	801
32.3	<b>Systematik der Strahlenwirkungen</b> .....	803
32.3.1	Akute und chronische nichtstochastische Strahlenwirkungen auf Gewebe und Organe .....	803
32.3.2	Strahlenwirkungen <sup>232</sup> Thorium-haltiger Kontrastmittel .....	805
32.3.3	Die akute Strahlenkrankheit .....	805
32.3.4	Entwicklungsstörungen durch Bestrahlung im Kindesalter und pränatale Strahleneffekte .....	806

32.3.5	Stochastische Strahlenwirkungen: Induktion von Malignomen und genetisch vererbaren Defekten . . . . .	806
32.4	Besonderheiten der ärztlichen Begutachtung in der Radiologie . . . . .	807
32.5	Diagnostische Strahlenexposition, Zumutbarkeit radiologischer und nuklearmedizinischer Untersuchungen, Kontrastmittelreaktionen . . . . .	811
■ 33	<b>Schädigungen durch andere physikalische Einflüsse</b> . . . . .	815
33.1	Allgemeine Überwärmung (E. FRITZE, J. FRITZE) . . . . .	815
33.2	Verbrennungen . . . . .	816
33.2.1	Somatische Folgen (J. C. BRUCK, A. GRABOSCH) . . . . .	816
33.2.2	Psychische Folgen (A. STEVENS) . . . . .	820
33.3	Kälte- und Erfrierungsschäden (E. FRITZE, J. FRITZE) . . . . .	825
33.4	Nichtionisierende Strahlung, elektromagnetische Felder und statische Magnetfelder (E. FRITZE, J. FRITZE) . . . . .	827
33.5	Atmosphärischer Unter- oder Überdruck (E. FRITZE, J. FRITZE) . . . . .	830
33.6	Elektronenfall (E. FRITZE) . . . . .	832
■ 34	<b>Iatrogene Schäden</b> (J. FRIEMANN, K.-M. MÜLLER) . . . . .	837
■ 35	<b>Komplementäre und alternative Medizin</b> (G.-M. OSTENDORF) . . . . .	845
■ 36	<b>Fahreignung</b> (H. D. UTZELMANN) . . . . .	849
36.1	Zum Begriff der Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen . . . . .	849
36.2	Allgemeine Verfahrensregeln der Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) und zuständige Gutachter . . . . .	850
36.3	Regeln zur Untersuchung des Sehvermögens . . . . .	851
36.4	Regeln zur Untersuchung von Eignungszweifeln nach Alkoholauffälligkeiten . . . . .	852
36.5	Regeln zu Betäubungs- und Arzneimitteln . . . . .	853
36.6	Untersuchungen von Lkw-, Bus- und Taxifahrern bei der Erteilung der Fahrerlaubnis . . . . .	853
36.7	Grenzwerte und Beurteilungskriterien zu Sehmängeln sowie anderen Krankheiten und Eignungsmängeln gemäß FeV . . . . .	855
36.8	Allgemeine Beurteilungshinweise . . . . .	864
36.9	Qualifikationsanforderungen an ärztliche Gutachter . . . . .	865
36.10	Grundsätze . . . . .	866
36.11	Gebühren/Honorare . . . . .	867
36.12	Wiederherstellung der Eignung und präventive Maßnahmen . . . . .	867
■ 37	<b>Gutachterhonorar</b> (F. MEHRHOFF, J. FRITZE) . . . . .	869
37.1	Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG) . . . . .	870
37.2	Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) . . . . .	873
37.3	Besondere Honorarverträge mit Versicherern . . . . .	874
■	<b>Sachverzeichnis</b> . . . . .	877

---

# Autorenverzeichnis

Prof. Dr. med. I. ADAMIETZ  
Ruhr-Universität Bochum  
Klinik für Strahlentherapie  
und Radio-Onkologie  
Höltgeskampring 40  
44625 Herne

Prof. Dr. med. K. H. BERNSMANN  
Klinik ViaSana  
Hoogveldseweg 1  
NL-5451 Mill en Sint

Prof. Dr. med. P. BIELEFELD  
Novum Zentrum für Reproduktionsmedizin  
Akazienallee 8–12  
45127 Essen

Dr. med. W. W. BOLTEN  
Klaus-Miehlke-Klinik  
Innere Medizin · Rheumatologie  
Leibnizstraße 23  
65191 Wiesbaden

Prof. Dr. med. G. BÖNNER  
Reha-Kliniken Lazariterhof  
Herbert-Heilmann-Allee 38  
79189 Bad Krozingen

Dr. med. T. BRECHMANN  
BG-Universitätsklinikum Bergmannsheil  
Abteilung für Gastroenterologie  
und Hepatologie  
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1  
44789 Bochum

Doc. Dr. med. Dr. med. habil. J. C. BRUCK  
Facharzt für Plastische  
und Ästhetische Chirurgie  
Martin-Luther-Krankenhaus  
Caspar-Theyß-Straße 27–31  
14193 Berlin

Dr. med. W. CIBIS  
Bundesarbeitsgemeinschaft  
für Rehabilitation  
Walter-Kolb-Straße 9–11  
60594 Frankfurt/Main

Dr. med. R. DERTWINKEL  
St. Joseph-Hospital  
Wienerstraße 1  
27568 Bremerhaven

Dr. med. U. DIEDRICH  
Medicproof GmbH  
Leitung Ärztlicher Dienst  
Bonner Straße 324  
50968 Köln

Priv.-Doz. Dr. med. W. DIEDERICHS  
Unfallkrankenhaus Berlin  
Klinik für Urologie und Neurologie  
Warener Straße 7  
12683 Berlin

Prof. Dr. med. A. ENCKE  
Universitätsklinikum Frankfurt am Main  
Theodor-Stern-Kai 7  
60590 Frankfurt/Main

Dr. med. A. ERDOGAN  
Universitätsklinikum Gießen  
Leiter der Elektrophysiologie, Med. Klinik I,  
Abt. Kardiologie/Angiologie  
Klinikstraße 36  
35385 Gießen

Prof. Dr. med. J. FRIEMANN  
Direktor des Instituts für Pathologie  
Märkische Kliniken  
Paulmannshöher Straße 14  
58515 Lüdenscheid

Prof. Dr. med. D. FRITZE  
Städtische Klinik Darmstadt  
Medizinische Klinik V  
Grafenstraße 9  
64276 Darmstadt

Prof. em. Dr. med. E. FRITZE  
Chefarzt  
der Medizinischen Universitätsklinik a. D.  
Bergmannsheil  
Löwenzahnweg 38  
44797 Bochum

Prof. Dr. med. J. FRITZE  
Universität Frankfurt am Main  
und  
Verband der privaten  
Krankenversicherung e. V.  
Bayenthalgürtel 26  
50968 Köln

Prof. Dr. med. M. GASTPAR  
Fliedner Klinik Berlin  
Chefarzt der Ambulanz und Tagesklinik  
für psychologische Medizin  
Charlottenstraße 65  
10117 Berlin

Dr. med. A. GRABOSCH  
Mauerstraße 65  
10117 Berlin

Dr. med. A. HAGER  
Goldbekufer 28  
22303 Hamburg

Prof. Dr. med. J. HARENBERG  
Universitätsklinik Mannheim  
IV. Medizinische Klinik  
Theodor-Kutzer-Ufer  
68167 Mannheim

Priv.-Doz. Dr. med. A. HEDTMANN  
Klinik Fleetinsel in Hamburg  
Orthopädische Abteilung  
Admiralitätsstraße 3  
20459 Hamburg

Prof. Dr. med. C. HEGELMAIER  
Klinikum Schaumburg-Stadthagen  
Chefarzt Chirurgie  
Am Krankenhaus 1  
31655 Stadthagen

Dr. med. S. HERINGLAKE  
Knappschafts-Krankenhaus  
Medizinische Universitätsklinik  
In der Schornau 23–25  
44892 Bochum

Dr. med. H. HENKE  
St. Josef Krankenhaus Haan  
Chefarzt der Inneren Abteilung  
Robert-Koch-Straße 16  
42781 Haan

Prof. Dr. med. Dr. h. c. H. HILDMANN  
Gabelsbergerstraße 62  
44789 Bochum

Dr. med. B.H. HOLMER  
St.-Willehad-Hospital  
Chefarzt der Frauenklinik  
Ansgaristraße 12  
26382 Wilhelmshaven

Prof. Dr. med. A. JENSEN  
Knappschafts-Krankenhaus  
Klinikum der Ruhr-Universität  
Direktor der Universitätsfrauenklinik  
In der Schornau 23–25  
44892 Bochum

Prof. Dr. med. S.M. JOHN  
Universität Osnabrück  
Dermatologie, Umweltmedizin,  
Gesundheitstheorie  
Sedanstraße 115  
49069 Osnabrück

Prof. Dr. med. TH. KATZORKE  
Novum Zentrum für Reproduktionsmedizin  
Akazienallee 8–12  
45127 Essen

F.B. KOLODZIEJ  
Novum Zentrum für Reproduktionsmedizin  
Akazienallee 8–12  
45127 Essen

Prof. Dr. med. S. KOTTERBA  
BG-Universitätsklinikum Bergmannsheil  
Neurologische Klinik und Poliklinik  
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1  
44789 Bochum

Prof. Dr. med. J. KRÄMER  
Baumhofstraße 39  
44799 Bochum

Prof. Dr. med. M. KRIEG  
BG-Universitätsklinikum Bergmannsheil  
Institut für Klinische Chemie  
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1  
44789 Bochum

Prof. Dr. med. J. LAUTERMANN  
Krankenhaus Martha-Maria  
Chefarzt der Klinik für HNO-Krankheiten,  
Kopf- und Halschirurgie  
Röntgenstraße 1  
06120 Halle (Saale)

Dr. M. LINK  
Allianz Versicherung AG  
Königinstraße 28  
80802 München

Dipl. Psych. E. LODEMANN  
Rheinische Kliniken Essen  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Virchowstraße 174  
45147 Essen

Prof. Dr. med. A. MATZDORFF  
Caritas Klinik St. Theresia  
Rheinstraße 2  
66113 Saarbrücken

Prof. Dr. med. B. MAY  
BG-Universitätsklinikum Bergmannsheil  
Ltd. Arzt der Abt. für Gastroenterologie a. D.  
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1  
44789 Bochum

Dr. iur. F. MEHRHOFF  
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung  
(DGUV)  
Stabsbereich für Rehabilitationsstrategien  
und -grundsätze  
Mittelstraße 51–55  
10117 Berlin

Prof. Dr. med. R. MERGET  
Berufsgenossenschaftliches Forschungs-  
institut für Arbeitsmedizin (BGFA)  
Medizinische Abteilung  
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1  
44789 Bochum

A. MINNE  
Rechtsanwältin  
Autunstraße 10a  
55218 Ingelheim

Dr. med. CH. MÖLLEKEN  
BG-Universitätsklinikum Bergmannsheil  
Medizinische Klinik I  
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1  
44789 Bochum

Prof. Dr. med. G. MUHR  
BG-Kliniken Bergmannsheil  
Chirurgische Klinik und Poliklinik  
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1  
44789 Bochum

Prof. Dr. med. K.-M. MÜLLER  
Direktor des  
BG-Universitätsklinikum  
Bergmannsheil a. D.  
Institut für Pathologie  
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1  
44789 Bochum

Prof. Dr. med. N. NEDOPIL  
Klinikum Innenstadt  
der Universität München  
Abteilung Forensische Psychiatrie  
Nußbaumstraße 7  
80336 München

Prof. Dr. med. G. NEECK  
Klinikum Südstadt  
Chefarzt der Klinik f. Innere Medizin  
und des regionalen Rheumazentrums  
Südring 81  
18059 Rostock

Prof. Dr. med. V. NICOLAS  
BG-Universitätsklinikum Bergmannsheil  
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1  
44789 Bochum

Stadtrat M. NOWAK  
Büro Dezernat IV  
Kirchhofstraße 5  
44623 Herne

Dr. med. A. NUSCHE  
BG-Unfallklinik Tübingen  
Oberarzt, Klinik für Hand-, Plastische-,  
Rekonstruktive und Verbrennungschirurgie  
Schnarrenbergerstraße 95  
72076 Tübingen

Dr. med. G.-M. OSTENDORF  
R+V Versicherung  
Ärztlicher Direktor  
Taunusstraße 1  
65193 Wiesbaden

Dr. med. M. PFAU  
BG-Unfallklinik Tübingen  
Klinik für Hand-, Plastische,  
Rekonstruktive und Verbrennungschirurgie  
Schnarrenbergerstraße 95  
72076 Tübingen

Dr. med. C. POX  
Knappschaftskrankenhaus  
Oberarzt Gastroenterologie/Hepatology  
Medizinische Universitätsklinik  
In der Schornau 23–25  
44892 Bochum

Dr. med. G. RADDATZ  
Rochusstraße 1  
53123 Bonn

Prof. Dr. med. K. RASCHE  
Klinik Vogelsangstraße  
Zentrum für Innere Medizin  
Pneumologie/Allergologie  
Schlaf- u. Beatmungsmedizin  
Vogelsangstraße 106  
42109 Wuppertal

Prof. Dr. Dr. med. S. REINERT  
Universitätsklinik Tübingen  
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-  
und Gesichtschirurgie  
Osianderstraße 2–8  
72076 Tübingen

Priv.-Doz. Dr. med. M. REISER  
Paracelsus-Klinik der Stadt Marl  
Chefarzt Abteilung für Innere Medizin  
Lipper Weg 11  
45770 Marl

Dr. rer. nat. M. RICKERT-FÖHRING  
Novum Zentrum für Reproduktionsmedizin  
Akazienallee 8-12  
45127 Essen

Priv.-Doz. Dr. med. F. RUBENTHALER  
St. Marien-Hospital Borken  
Chefarzt der Orthopädischen Abteilung  
Am Boltenhof 7  
46322 Borken

Dr. med. O. J. RUSSE  
BG-Universitätsklinikum Bergmannsheil  
Chirurgische Klinik und Poliklinik  
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1  
44789 Bochum

Prof. Dr. med. H.-E. SCHALLER  
BG-Unfallklinik Tübingen  
Abteilung für Plastische-  
und Handchirurgie  
Schnarrenbergerstraße 95  
72076 Tübingen

Prof. Dr. med. H. SCHATZ  
Direktor des  
BG-Universitätsklinikum Bergmannsheil  
Medizinische Klinik a. D.  
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1  
44789 Bochum

Prof. Dr. med. E. SCHIFFERDECKER  
Elisabeth-Krankenhaus Kassel  
Abteilung für Innere Medizin  
Weinbergstraße 7  
34117 Kassel

Prof. Dr. med. W. SCHMIEGEL  
Knappschaftskrankenhaus  
Medizinische Universitätsklinik  
Direktor der Abteilung  
Gastroenterologie/Hepatologie  
In der Schornau 23-25  
44892 Bochum

Prof. Dr. med. G. SCHULTZE-WERNINGHAUS  
BG-Universitätsklinikum Bergmannsheil  
Med. Klinik III – Pneumologie,  
Allergologie, Schlaf- u. Beatmungsmedizin  
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1  
44789 Bochum

Dr. med. U. SCHWEGLER  
Martin-Luther-Krankenhaus  
Innere Medizin  
Voedestraße 79  
44866 Bochum

Priv.-Doz. Dr. med. E. SINDERN  
Diakoniekrankenhaus Friederikenstift  
Neurologische Klinik  
Humboldtstraße 5  
30169 Hannover

Dr. med. A. STACHON  
BG-Universitätsklinikum Bergmannsheil  
Institut für Klinische Chemie,  
Transfusions- und Laboratoriumsmedizin  
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1  
44789 Bochum

Priv.-Doz. Dr. med. R. STEFFEN  
St. Josefs-Krankenhaus  
Orthopädische Klinik  
Gudrunstraße 56  
44791 Bochum

Prof. Dr. med. A. STEVENS  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Abteilung forensische Psychiatrie  
Osianderstraße 22  
72076 Tübingen

Prof. Dr. med. M. TEGENTHOFF  
BG-Universitätsklinikum Bergmannsheil  
Abteilung für Neurologische Traumatologie  
und Neurorehabilitation  
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1  
44789 Bochum

Prof. Dr. med. M. TEPEL  
Charité, Campus Benjamin Franklin  
Medizinische Klinik IV Nephrologie  
Hindenburgdamm 30  
12200 Berlin

Prof. Dr. med. H. TILLMANN  
Zentrum für Innere Medizin  
Medizinische Klinik I, Abteilung Kardiologie  
Klinikstraße 36  
35385 Gießen

Prof. Dr. med. Dipl.-Chem. G. TRIEBIG  
Institut und Poliklinik  
für Arbeits- und Sozialmedizin  
Abt. Arbeits- und Sozialmedizin  
Voßstraße 2  
69115 Heidelberg

Prof. Dr. med. G.-E. TROTT  
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Luitpoldstraße 2-4  
63739 Aschaffenburg

Dr. Dipl.-Psych. H. D. UTZELMANN  
Fliederweg 125  
51143 Köln

Priv.-Doz. Dr. med. M. VORGERD  
BG-Universitätsklinikum Bergmannsheil  
Neurologische Klinik und Poliklinik  
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1  
44789 Bochum

Prof. Dr. med. F. WEBER  
Nephrologische Abteilung  
St.-Walburga-Krankenhaus GmbH  
Medizinische Fakultät Essen  
Schederweg 12  
59870 Meschede

Prof. Dr. med. W. WEHRMANN  
Universität Münster/Westfalen  
Hautklinik  
Warendorfer Straße 183  
46145 Münster

Priv.-Doz. Dr. med. H. WEISSER  
Klinikum Fulda gAG  
Direktorin des Instituts  
für Laboratoriumsmedizin  
Parcelliallee 4  
36043 Fulda

Prof. Dr. med. H. J. C. WENISCH  
Klinikum Ernst von Bergmann  
Chefarzt der Abteilung  
für Allgemein- und Viszeralchirurgie  
Charlottenstraße 72  
14467 Potsdam

Priv.-Doz. Dr. med. M. WIESE  
Viktoria Klinik Bochum  
Private Fachklinik für Orthopädie  
und Orthopädische Chirurgie  
Viktoriastraße 66–70  
44787 Bochum

Dr. rer. medic. TH. WIETHEGE  
Berufsgenossenschaftliches Forschungs-  
institut für Arbeitsmedizin (BGFA)  
Institut der Ruhr-Universität Bochum  
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1  
44789 Bochum

Prof. Dr. med. M. ZENZ  
BG-Universitätsklinikum Bergmannsheil  
Klinik für Anästhesiologie,  
Intensiv- und Schmerztherapie  
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1  
44789 Bochum

Prof. Dr. med. W. ZIDEK  
Charité, Campus Benjamin Franklin  
Medizinische Klinik IV  
Endokrinologie und Nephrologie  
Hindenburgdamm 30  
12200 Berlin

---

# 1 Allgemeine Grundlagen

Gewiß, Gebote gibt's, die uns, so scheint es, binden, doch weiß ein kluger Kopf sich damit abzufinden. Sehr dehnbar ist zum Glück das menschliche Gewissen, drum findet sich auch stets ein Weg zu Kompromissen.

MOLIÈRE, 1622

---

## 1.1 Aufgaben und Bedeutung der ärztlichen Begutachtung

E. FRITZE und J. FRITZE

Der ärztliche Gutachter ist der sachverständige Berater der Träger der gesetzlichen Sozialversicherungen, der Gerichte und der privaten Versicherungen. Er ordnet medizinische Sachverhalte unparteiisch in die rechtlichen Voraussetzungen des Sozialversicherungsrechts und des privaten Versicherungsrechts ein. Die gesetzlichen Sozialversicherungen sind Pflichtversicherungen, deren Leistungen durch die Sozialgesetzbücher geregelt sind und durch den Gesetzgeber geändert werden. Über die Konformität mit dem Gesetz wacht das Bundesversicherungsamt. Die privaten Versicherungen schließen mit den Versicherungsnehmern grundsätzlich freie, auch individualisierte Verträge ab, denen das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) und das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) den Rahmen gibt. Über die Konformität mit dem Gesetz wacht das Bundesaufsichtsamt für Finanzdienstleistungen.

Es gibt somit gesetzliche und private Krankenversicherungen und Pflegeversicherungen, gesetzliche Rentenversicherungen und private Renten- und Lebensversicherungen, gesetzliche und private Unfallversicherungen und andere durch Gesetz geregelte Sozialversicherungen wie z. B. die Versorgung nach dem Schwerbehindertenrecht und im sozialen Entschädigungsrecht, die Arbeitslosenversicherung und die Sozialhilfe sowie als einen gewissen Spezialfall die Entschädigung wegen Verfolgung.

Grundlage eines privaten Versicherungsvertrages sind „allgemeine Bedingungen“, zum Beispiel bei der privaten Krankenversicherung (PKV) die Musterbedingungen (MB/KK94, MB/KT94, etc.) des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. (► [www.pkv.de](http://www.pkv.de)), auf denen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) des einzelnen Versiche-

rungsunternehmens aufsetzen, und bei der privaten Unfallversicherung (► [www.gdv.de](http://www.gdv.de)) die „allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen“ (AUB 97) mit besonderen Bewertungskriterien. Abweichend von der gesetzlichen Unfallversicherung ist der Deckungsschutz der privaten Unfallversicherung in der Höhe vertraglich begrenzt.

Die gesetzliche Sozialversicherung finanziert sich nach dem Prinzip des Umlageverfahrens, d. h. die Ausgaben werden gleichmäßig auf die Beitragszahler umgelegt. Die privaten Versicherungen finanzieren sich dagegen nach dem Kapitaldeckungsverfahren, d. h. die Beitragshöhe des einzelnen Versicherten bestimmt sich aus seinen Risiken, künftig Versicherungsleistungen in Anspruch zu nehmen, zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses (Äquivalenzprinzip). Folglich kennt die gesetzliche Sozialversicherung als Pflichtversicherung für die Aufnahme eines Versicherten keine Risikobeurteilung, wie sie die Versicherungsunternehmen vor Abschluss eines privaten Versicherungsvertrages vom ärztlichen Gutachter erwarten. Bei der Leistungsprüfung nach eingetretener Versicherungsfall, also Krankheit, Unfall, Invalidität oder Tod des Versicherten, bedürfen aber gesetzliche wie private Versicherung gleichermaßen des gutachtlichen Rates. Medizinisch-wissenschaftliche Objektivität und strikte Neutralität bei der Einordnung medizinischer Befunde in die gegebenen rechtlichen Voraussetzungen bestimmen das Handeln des ärztlichen Gutachters.

Sozialpolitik – die Organisation und Regelung der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme – umfasst auch Maßnahmen mit dem Ziel der Prävention, das bedeutet Lebensbedingungen und Arbeitsverhältnisse bestmöglich zu gestalten. Die Anfänge der Knappschaftsversicherung reichen bis ins Mittelalter zurück. Umfassenderes sozialpolitisches Handeln begann in Deutschland, dem Vorbild Englands folgend, zunächst in Preußen 1839 mit dem Kinderschutz, dem 1848 Regelungen der täglichen Arbeitszeit folgten, die bis heute neben der Lohnpolitik und dem Erhalt des Arbeitsplatzes Inhalt der gewerkschaftlichen Arbeit sind. 1878 führte das Deutsche Reich die Fabrikinspektion ein. Bismarck etablierte 1891 das Arbeiterschutzgesetz, 1883 die Krankenversicherung, 1884 die Unfallversicherung und 1889 die Invaliden- und Altersversicherung.

Das erreichte hohe Maß an sozialer Sicherung in einem modernen Sozialstaat wie der Bundesrepublik



Deutschland weist dem Arzt als Sachverständigem nicht nur für Kranke eine zentrale Rolle zu, sondern auch für Gesunde. Zwar stehen Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Mittelpunkt der Ausbildung, um den Arzt auf seine kurativen Aufgaben vorzubereiten. Die Industrialisierung mit ihren gesteigerten oder zumindest veränderten Unfallrisiken und das in den letzten 100 Jahren entstandene und indessen nahezu perfekte Netz der sozialen Sicherung zur Vermeidung, Verringerung oder zum Ausgleich der Risiken des technischen Zeitalters und der Gefahren des Daseins überhaupt haben das Tätigkeitsfeld des Arztes erweitert. Die Erhaltung und Förderung der Gesundheit und die Verhütung von Krankheiten werden dabei immer wichtigere ärztliche Aufgaben. Hier kommt dem ärztlichen Gutachter auch für die gesetzlichen Instanzen der Selbstverwaltung der sozialen Sicherungssysteme eine zentrale, gleichermaßen ärztliche und soziale Rolle zu. Seine ärztliche Entscheidung betrifft den einzelnen wie das Gemeinwesen. Schon die Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit hat erhebliche Folgen nicht nur für den einzelnen Kranken, sondern auch für das Gemeinwesen. Der Arzt ist also immer auch sozialmedizinisch tätig.

Als Gutachter trifft der Arzt keine Entscheidungen, sondern gibt dem Auftraggeber, einer Sozialversicherung, einer privaten Versicherung oder einem Sozialgericht, sachverständige Antworten auf die gestellten Fragen. Die Antworten bilden die Grundlage für die Entscheidungen des Auftraggebers. Diese Antworten können immer nur so gut und richtig wie die Fragestellung sein. Der Arzt als Gutachter muss also darauf dringen, dass die an ihn gerichteten Fragen klar formuliert sind. Erfahrungsgemäß ist das nicht immer der Fall. Dann muss der Gutachter ihre Präzisierung verlangen. Vorgelegte Fragen hat der Gutachter nach dem Wortsinn eindeutig zu beantworten. Das ist um so wichtiger, weil der Gutachter für eine fahrlässig falsche Beurteilung haftbar gemacht werden kann. Ist eine Frage nach medizinisch-wissenschaftlichen Kriterien nicht beantwortbar, so muss dies die gutachtliche Antwort sein. Nicht gestellte Fragen hat der Gutachter nicht zu beantworten. Sachaufklärung ist nicht Aufgabe des ärztlichen Gutachters, sondern des Gerichts bzw. des Auftraggebers eines Gutachtens. Keinesfalls darf sich der Gutachter vom Gefühl leiten lassen, dem Begutachteten helfen zu wollen („in dubio pro reo“) und dadurch den Boden der wissenschaftlichen Evidenz verlassen und sich dem Vorwurf der Befangenheit aussetzen. Um dies zu vermeiden, ist dem behandelnden Arzt eines Kranken von gutachtlichen Stellungnahmen abzuraten, denn als guter Arzt muss er als auf der Seite seines Kranken stehend, also in gewisser Hinsicht als befangen angesehen werden. Die ärztliche Schweigepflicht verlangt von ihm, nichts zu äußern, was der von ihm betreute Kranke nicht wünscht und was der Kranke in sei-

nem rechtlichen Verfahren nicht offenbart wissen möchte. Das bedeutet auch, dass der behandelnde Arzt Informationen, die er außerhalb der Begutachtungssituation erhalten hat, im Gutachten niemals verarbeiten darf, es sei denn, es liegt das ausdrückliche Einverständnis des Betroffenen vor.

Im einfachsten Falle sind Fragen nach dem Vorhandensein von Gesundheitsstörungen und ihrer sozialmedizinischen Bedeutung zu beantworten. In der Regel gelten die Fragen aber auch den Ursachen und Zusammenhängen von Krankheitszuständen oder Krankheitsfolgen. Der Gutachter stützt sich bei seinen Antworten auf sein ärztlich-medizinisches Wissen, hat aber zu bedenken, dass nur allgemein als gesichert geltende oder zumindest doch wahrscheinlich gesicherte medizinische Erkenntnisse bei seiner Urteilsbildung zur Anwendung kommen dürfen. Medizinische Hypothesen oder kontroverse Ansichten über ein medizinisches Problem dürfen nicht die Grundlage seines gutachtlichen Urteils sein oder müssen, wenn sie heranzuziehen unumgänglich ist, als solche in der Argumentation zu erkennen sein.

Wann sind aber medizinische Erkenntnisse als gesichert anzusehen?

- Wenn sie methodisch erforscht wurden, ihr gedanklicher Hintergrund plausibel ist und ihre Aussage als zutreffend ermittelt wurde.
- Wenn sie mit gesicherten Methoden im Ergebnis reproduzierbar sind.
- Wenn sie in der Wissenschaft Allgemeingültigkeit besitzen.

Alle drei Kriterien müssen zutreffen.

Es liegt im Wesen biologischer Zusammenhänge und so auch der Definition dessen, was wir erfahrungsgemäß als Gesundheit oder Krankheit bezeichnen, dass sie niemals mit letzter Sicherheit erkennbar sind. Diagnosen oder Krankheiten, ihre Ursachen und pathogenetischen Mechanismen sind selten als solche „gesichert“. Der Umgang mit den Rechtsbegriffen der Wahrscheinlichkeit oder gar die an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit aber wird vom Arzt als Gutachter bei der Erläuterung seines Urteils über gesundheitliche oder medizinische Zusammenhänge als Grundlage erwartet. Keinesfalls reicht die bloße „Möglichkeit“ aus, solche Zusammenhänge oder gutachtlichen Beurteilungen zu begründen.

Die von der Weltgesundheitsorganisation gewählte Definition der Gesundheit als „Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ ist vor allem hinsichtlich des sozialen Anteils an diesem Wohlbefinden für die praktische Arbeit als Arzt und Gutachter wenig nützlich. R. Gross definiert Krankheit sinnvoller als „Erscheinungen, die eine Abweichung vom physiologischen Gleichgewicht anzeigen und durch definierte endogene oder exogene Noxen verursacht werden. Sie

können durch den Schaden selbst, durch Abwehr- oder Kompensationsmechanismen bedingt sein“ (*Dtsch. Ärztebl.* 77, 1980). Im Sinne der Kranken- und Unfallversicherung ist Krankheit als regelwidriger körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand meist mit der Folge von Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit definiert.

Der ökonomische, soziale und auch medizinische Fortschritt hat je Dekade die Lebenserwartung um ca. 18 Monate steigen lassen, wobei der Anteil des Lebens in Krankheit abgenommen hat („compression of morbidity“). Die technische Entwicklung in allen Lebensbereichen konfrontiert den Menschen aber auch mit neuen, auch höheren Belastungen bei der Arbeit, im Straßenverkehr, in der Freizeit, im Alltagsleben generell. Die Verwendung komplizierter technischer Geräte in allen Berufszweigen, im Haushalt, aber auch als Freizeitbeschäftigung, die Automatisierung in allen Lebensbereichen, übergroße Geschwindigkeiten und das Bedürfnis der Menschheit, immer mehr oder gründlichere Erkenntnisse vor allem im naturwissenschaftlichen Bereich zu gewinnen, stellen den menschlichen Organismus vor Bedingungen, die seinen natürlichen biologischen Voraussetzungen fremd sind. Durch Ermüdung, Überforderung oder unmittelbare schädliche Einwirkung werden Gefahren und Unfallvoraussetzungen geschaffen. Andererseits haben die durch diese Entwicklung veränderten Lebensgewohnheiten, die Art der Ernährung, der Mangel an körperlicher Bewegung, die Intensität der Reizbeanspruchung, aber auch die größere Lebenserwartung selbst (z. B. bei erblicher Krankheitsbelastung) zur Zunahme der so genannten degenerativen oder altersabhängigen Leiden insbesondere des Herzens und der Gefäße geführt. Ihre Abgrenzung von den Folgen äußerer Einwirkungen bedeutet eine schwierige ärztliche und so auch gutachtliche Aufgabe.

Fragen eines *Kausalzusammenhanges* etwa zwischen einem Unfall und einem Gesundheitsschaden werden im Rahmen der privaten und der gesetzlichen Unfallversicherung gestellt, auch bei der Entschädigung von Verfolgungs-, Kriegs- und Wehrdienstfolgen nach dem Bundesversorgungsgesetz. Dabei kann ein enger oder, z. B. als Inkubationszeit von Infektionskrankheiten, auch passender zeitlicher Zusammenhang gegeben oder nicht gegeben sein. Ein enger *zeitlicher* Zusammenhang ist ein Argument für die Annahme auch eines *kausalen* Zusammenhanges, aber eben nur ein Argument, das selten allein geeignet ist, eine Kausalität zu begründen.

Der gutachtende Arzt muss profunde *Kenntnisse und Erfahrungen* in seinem medizinischen Arbeitsbereich haben. Er ist verpflichtet und muss es verstehen, dieses Wissen ständig zu aktualisieren. Bisweilen wird aber sein Kenntnisstand durch eine gutachtliche Fragestellung überfordert sein. Dann muss er dies dem Auftraggeber eines Gutachtens offen-

baren und einen kompetenteren Gutachter vorschlagen, oder er wird erläutern müssen, dass das betreffende medizinische Problem wissenschaftlich noch ungeklärt und deshalb eine gutachtliche Beantwortung unmöglich ist.

Es ist aber nicht sinnvoll, die gutachtliche Argumentation durch umfangreiche *Literaturhinweise* zu überfrachten. Der Auftraggeber eines Gutachtens kann in der Regel ihre Validität ohnehin nicht beurteilen. Denn hätte er diese Sachkenntnisse, bestünde keine Notwendigkeit, einen ärztlichen Gutachter beizuziehen. Er erwartet in erster Linie die begründete Bewertung des Einzelfalls durch den Gutachter, nicht die Darlegung von für den Einzelfall nur fraglich gültigen Literaturstellen. Der Gutachter kann zwar seine Bewertung eines Problems durch Literaturhinweise absichern, er darf sich aber dadurch nicht seiner Verantwortung für die gutachtliche Beurteilung gewissermaßen entziehen wollen.

Ärztliche Gutachten genießen den *Schutz des Urheberrechtsgesetzes* (§§ 1, 2, 11, 15 UrhG vom 9. 9. 1965, Stand 10. 11. 2006). Sie dürfen deshalb nur für den Zweck verwendet werden, für den sie erstellt worden sind. Das gilt insbesondere für die Weitergabe einer Kopie an andere Versicherungen, die dies oft wünschen, aber auch für die Weitergabe an den Untersuchten selbst, an seine Ärzte oder an dritte Stellen. Die Weitergabe eines Gutachtens bedarf also der Zustimmung des ärztlichen Gutachters, des Begutachteten und des Auftraggebers des Gutachtens.

Die *Qualität* ärztlicher Gutachten ist sehr unterschiedlich. Es ist unumgänglich, dass alle Träger der verschiedenen Sparten unseres sozialen Netzes ihre Aufgaben wirtschaftlich erfüllen. Daraus ergibt sich, dass die Auftraggeber eine bessere Qualität ärztlicher Gutachten anmahnen, um mehrfache Gutachten auch wegen der damit verbundenen Kosten zu vermeiden. Das gilt für die Vermeidung von Doppeluntersuchungen, wie sie im § 96 SGB X angemahnt wird: „Es sollen die Untersuchungen in der Art und Weise vorgenommen und deren Ergebnisse so festgehalten werden, dass sie auch bei der Prüfung der Voraussetzungen anderer Sozialleistungen verwendet werden können“, sowie „die Leistungsträger haben sicherzustellen, dass Untersuchungen unterbleiben, soweit bereits verwertbare Untersuchungsergebnisse vorliegen.“ Der zuständige Sachbearbeiter eines Versicherungsträgers hat aber kaum einmal das Wissen und die Erfahrung, um beurteilen zu können, welche Untersuchungsergebnisse „verwertbar“ sind. Es wird gefordert, dass „Untersuchungen nach einheitlichen und vergleichbaren Grundlagen, Maßstäben und Verfahren vorgenommen und die Ergebnisse der Untersuchungen festgehalten werden.“

So notwendig und zwingend die Dokumentation ärztlicher Befunddaten ist, so nachteilig können sich aber auch Reglementierungen der Versicherungsträ-

ger z. B. durch entsprechende Formulare auswirken. Schon in den sechziger Jahren hat der Herausgeber mit der damaligen „Deutschen Gesellschaft für medizinische Dokumentation und Statistik“ einen Erhebungsbogen für den körperlichen Untersuchungsbefund entwickelt, der sich bewährt und durchgesetzt hat und dessen grundlegendes Prinzip heute in nahezu allen Kliniken, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen – variabel für alle medizinischen Fachrichtungen – in Deutschland verwendet wird.

Ärztliche Begutachtung ist bisher nicht Inhalt des Medizinstudiums. Die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern schreiben Begutachtung als Weiterbildungsinhalt vor. Offen ist aber, inwieweit Begutachtung dabei tatsächlich gelehrt wird oder gutachtliche Expertise autodidaktisch wächst. Die Gutachten lehren, dass die Kenntnisse der Gutachter über die Systematik der Versicherungszweige und die rechtlichen Grundlagen der Begutachtung Optimierungspotentiale aufweisen.

Der langjährige Herausgeber, dem sein klinischer Lehrer Rudolf Schoen in Göttingen wegen seiner Fronterfahrung im Kriege die Begutachtung zu Fragen der Wehrdienstbeschädigung übertrug in der Annahme, dass damit zumindest Verständnis für die Betroffenen verbunden sein sollte, entwickelte seine Expertise als Autodidakt. Um ärztliche Begutachtung zu lehren für alle Bereiche der Medizin, aber auch um Verständnis zu wecken bei Juristen und Richtern für die Schwierigkeiten ärztlicher Begutachtung, entstand dieses Buch. Um Lücken an Wissen und Erfahrung zu ergänzen, werden Lehrgänge und Fortbildungsveranstaltungen im Begutachtungsbereich angeboten und besonders von den Trägern der gesetzlichen Sozialversicherungen, aber auch von den medizinischen und sozialrechtlichen Fakultäten der Universitäten gefördert. Manche Träger der Sozialversicherungen verfolgen das Ziel, sich „hauseigene“ Gutachter zu schaffen. Dies birgt das Risiko, dass ein solcher Gutachter im Rechtsstreit als befangen diskreditiert werden kann.

Seit dem Jahr 1997 werden, für alle Träger der gesetzlichen Sozialversicherung obligatorisch, jedem zu Begutachtenden drei Gutachter zur Auswahl vorgeschlagen. Dieses Vorgehen soll bewirken, dass schon die Auswahl eines Gutachters neutral erfolgt, um dem Argument zu begegnen, schon die Auswahl eines Gutachters könne das Ergebnis präjudizieren.

So können Qualitätsverbesserung, Ausbildung und Fortbildung im Begutachtungswesen nur auf neutraler Ebene erfolgen, z. B. durch die Ärztekammern oder durch Veranstalter aus mehreren Bereichen – etwa als Interessengemeinschaft von medizinischer und rechtswissenschaftlicher Fakultät mit einer Berufsgenossenschaft. Eine zumindest europäische Harmonisierung ärztlicher Begutachtungen wäre wünschenswert, dies aber ohne weitere Bürokratisierung!

## 1.2 Der Arzt als Gutachter – Pflichten und Rechte

E. FRITZE und J. FRITZE

Mit seiner Approbation hat der Arzt das Recht zur Ausübung ärztlicher Tätigkeit. Er hat aber auch und allein durch Aufforderung eines Gerichtes die Pflicht, als medizinischer Sachverständiger zu wirken. Der von einem Gericht zum Sachverständigen bestellte Arzt ist gesetzlich verpflichtet, sein Urteil in Form eines Gutachtens persönlich zu erstatten. Ein Gericht kann zur Erstattung eines schriftlichen Gutachtens eine Frist setzen und bei Fristversäumnis ein Ordnungsgeld zunächst androhen, schließlich auch auferlegen. Dieser Pflicht zur Tätigkeit als Sachverständiger bzw. zur Begutachtung kann der Arzt sich lediglich aus den gleichen Gründen wie ein Zeuge entziehen, dann nämlich, wenn er sich durch verwandtschaftliche Beziehungen oder aus anderen Gründen befangen fühlt. Befangenheit kann sich auch ergeben, wenn der beauftragte Arzt auch behandelnder Arzt des zu Begutachtenden ist. Bei Befangenheit kann und muss der Gutachtauftrag zurückgewiesen werden. Der Gutachter kann beantragen, von seiner Begutachtungspflicht entbunden zu werden, wenn er wegen seiner beruflichen Tätigkeit zeitlich dazu nicht in der Lage ist. Ein gerichtlicher Gutachtauftrag kann nicht ohne Mitwirkung des auftraggebenden Gerichtes von dem zuerst beauftragten auf einen anderen Gutachter übertragen werden (Urteil des Bundessozialgerichts vom 25. 10. 1989 – RU 38/89; Baur 1990). Der Gutachtauftrag sollte in angemessener Zeit, das heißt innerhalb von 4 bis 8 Wochen erledigt sein. Kann der Gutachter dies nicht gewährleisten, muss er den Auftrag ablehnen, zumindest aber dem Auftraggeber einen verlässlichen Zeithorizont nennen.

Gutachtaufträge durch Sozialversicherungsträger kann der Arzt ohne Angabe von Gründen ablehnen. Allerdings ist die Tätigkeit als Gutachter eine echte ärztliche Aufgabe, weil sie einerseits einem Menschen, andererseits dem Gemeinwesen gegenüber Verpflichtung zum Helfen ist.

Betroffene bedrückt die lange *Dauer der Verfahren*, besonders, wenn sie durch Widerspruch und Klage die Sozialgerichte beschäftigen. Ein Klageverfahren vor einem Sozialgericht dauert bis zu einem Jahr, ebenso lange dauert ein Berufungsverfahren vor einem Landessozialgericht. Es ist verständlich, dass eine solche Zeitdauer für sozial schwache Personen, die etwa um eine Rente streiten, nicht zumutbar ist. Ein Grund solcher Verfahrensdauer in Versicherungs- und Gerichtsverfahren ist häufig die Zeit, die bis zur Erstellung des ärztlichen Gutachtens vergeht, das die Versicherung oder der Richter als Entscheidungshilfe braucht.

Der als Gutachter tätige Arzt erhält für diese Tätigkeit eine *Vergütung*, die für den Fall gerichtlicher

Gutachtaufträge mit dem Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG, 2004) geregelt ist, im Fall von Begutachtungen für Versicherungsträger durch die mit den ärztlichen Berufsorganisationen vereinbarten Honorare (► Kap. 37).

Wie bei der Behandlung eines Kranken ist die *diagnostische Erkennung* vorliegender Gesundheitsstörungen Voraussetzung ihrer gutachtlichen Beurteilung. Der begutachtende Arzt bedient sich dabei der gleichen diagnostischen Methoden. Anamneseerhebung und körperliche Untersuchung sind die grundlegenden und ausschlaggebenden Verfahren der Diagnostik, die durch technische Untersuchungsmethoden ergänzt werden. Wie bei der diagnostischen und therapeutischen Tätigkeit des Arztes ist aber die Voraussetzung der Anwendung technischer Untersuchungsmethoden wie Blutanalysen, röntgenologischer Untersuchungen, Endoskopien usw., dass der davon Betroffene sie ausdrücklich duldet, dass er also über ein bestehendes Risiko ihrer Anwendung zuvor aufgeklärt wird. Zur Beantwortung der gutachtlichen Fragestellung erforderliche und zumutbare Untersuchungen können von dem zu Begutachtenden nicht ohne potentielle persönliche Nachteile in dem anstehenden Verfahren abgelehnt werden. Risikoarme Untersuchungsmethoden wie z. B. Blutentnahmen sind duldpflichtig, mit größerem Risiko belastete Untersuchungen brauchen von dem Begutachteten nicht geduldet zu werden. Auch ein HIV-Test bedarf der Zustimmung des Betroffenen. Wenn von abgelehnten Untersuchungen die gutachtliche Beurteilung abhängt, hat der Gutachter dies im Gutachten zu erläutern.

Auch als Gutachter bleibt der Arzt selbstverständlich der Ethik seines Berufes verpflichtet. Indem der zu Begutachtende sich der Begutachtung unterzieht, entbindet er den Gutachter von der ärztlichen Schweigepflicht. Darauf ist der zu Begutachtende vom Gutachter ausdrücklich hinzuweisen. Die gutachtlichen Erhebungen müssen sich aber auf Fakten beschränken, die zur Beantwortung der Fragestellung notwendig sind.

Die bei der gutachtlichen Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse können für den Untersuchten als potentiellem Kranken oder aus präventiven Gründen von Bedeutung sein. Sie müssen dann ihm und seinen Ärzten zur Verfügung stehen. Dagegen gehört die gutachtliche Beurteilung allein dem Auftraggeber. Dieser ist in seinem rechtlichen Urteil nicht an die gutachtliche Beurteilung gebunden und kann weitere Gutachter hinzuziehen. Der Auftraggeber darf das Gutachten nicht ohne Einverständnis an Dritte weitergeben. Der Gutachter sollte im Gutachten dem Auftraggeber einen Hinweis geben, ob das Gutachten dem Begutachteten offenbart werden kann oder ggf. warum nicht.

Der gutachtende Arzt aber sollte immer eine umfassende diagnostische Abklärung der Situation des Betroffenen anstreben, auch wenn die Fragestellung

begrenzt ist und durch ein begrenztes Untersuchungsprogramm exakt beantwortet werden könnte. Vernünftigerweise kennen und berücksichtigen die Auftraggeber in der Regel die durch ein begrenztes Untersuchungsprogramm verursachte Fehlermöglichkeit und fragen deshalb zum Beispiel ausdrücklich auch nach vorliegenden „unfallunabhängigen Gesundheitsstörungen“, wenn es sich um die gutachtliche Äußerung zu Unfallfolgen handelt. Formulargutachten engen im Vergleich zu „Gutachten in freier Form“ die sachgerechte Beantwortung versicherungsrechtlicher Fragestellungen ein. Der technisch-diagnostische Aufwand muss in einem auch ökonomisch vernünftigen Verhältnis zur Fragestellung und den Möglichkeiten ihrer exakten Beantwortung stehen. Werden technische Untersuchungen gutachtlich für unerlässlich gehalten, sollte im Vorfeld die Zustimmung des Auftraggebers eingeholt werden. Dasselbe gilt für ggf. notwendige Zusatzgutachten anderer Fachgebiete.

Die Aussagekraft der sich aus Anamnese und körperlichem Untersuchungsbefund ergebenden diagnostischen Daten ist um ein vielfaches größer als ein noch so umfangreiches, ungezielt eingesetztes technisches Analyseprogramm. Bei der Interpretation technischer, chemischer, hämatologischer, immunologischer und anderer Untersuchungsbefunde muss der Gutachter sich der Strebweite der sogenannten Normalwerte, ihrer Abhängigkeit von zirkadianer Rhythmik und methodischer Fehlerquellen bewusst sein.

Der Gutachter sollte in seiner Argumentation niemals von „glaubhaften Beschwerden“ ausgehen oder „wohlwollend beurteilen“. Wie als behandelnder Arzt hat er geschilderte Symptome als gegeben zu unterstellen oder muss ihr Nichtvorhandensein beweisen. Seine Beurteilung hat nicht „wohlwollend“ zu sein, sondern richtig, sie muss dem medizinischen Wissensstand und den rechtlichen Voraussetzungen entsprechen. Aus falsch verstandener Gefälligkeit oder in Unkenntnis der Auswirkungen ausgestellte, wissenschaftlich oder fahrlässig nicht sachgerechte Atteste untergraben nicht nur das Ansehen des Arztes und des ganzen Berufsstandes, sondern gefährden zugleich die Funktionsfähigkeit des sozialen Sicherungssystems. Es versteht sich, dass ein ärztliches Zeugnis niemals ohne zumindest körperliche Untersuchung und/oder ohne persönliches Gespräch mit dem Kranken, also etwa auf Grund einer telefonischen Krankmeldung, abgegeben werden darf.

Fahrlässig *fehlerhafte gutachtliche Beurteilungen* bergen Haftungsrisiken. Allerdings hat der Bundesgerichtshof in einem Urteil vom 18.12.1973 festgestellt, dass der gerichtliche Sachverständige „in der Regel nicht von dem Verfahrensbeteiligten, zu dessen Nachteil sich das Gutachten ausgewirkt hat, mit der Behauptung der fahrlässig falschen gutachtlichen Beurteilung auf Ersatz in Anspruch genommen werden“ kann. Eine Haftung des Gutachters kann nur

bei grober Fahrlässigkeit in Frage kommen. Dann müsste der Gutachter allerdings eine Rechtsverletzung oder sonstige Schädigung von vornherein in Kauf genommen haben. Andererseits gilt auch für den ärztlichen Gutachter § 278 des Strafgesetzbuches: Ärzte oder andere approbierte Medizinalpersonen, welche ein unrichtiges Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauch bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft wider besseres Wissen ausstellen, werden mit Freiheitsstrafen bis zu 2 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Um seine *Unabhängigkeit als Gutachter* zu wahren, sollte der Arzt niemals gutachtliche Urteile auf Wunsch eines von ihm behandelten Kranken oder auf Verlangen einer ihn deswegen aufsuchenden Privatperson abgeben, auch wenn es um ein Gutachten etwa nach § 109 Sozialgerichtsgesetz geht, das ein Versicherter selbst bezahlen muss. Er sollte sich auf eine objektive Befunddarstellung beschränken und im Übrigen den dieses Ansinnen stellenden auf die Möglichkeit verweisen, von der entsprechenden Sozialversicherung oder Rechtsinstanz die Einholung eines solchen Gutachtens zu erwirken.

Zwar ist vom Gutachter ein gewisses *Verständnis für Rechtsbegriffe* und rechtliche Definitionen zu erwarten. Ist ihm die Fragestellung aber nicht abschließend verständlich, sollte er im Vorfeld der Begutachtung unbedingt beim Auftraggeber rückfragen, auch um zu vermeiden, dass am Ende alle drei, Jurist, Versicherer und Arzt, mit ihrer berufseigentümlichen Sprache aneinander vorbeireden. Für den Gutachter aber gilt, dass er seine sachverständige Beurteilung und ihre Gründe in einer dem medizinischen Laien – also dem Versicherten, dem Träger der Sozialversicherung oder dem Richter – verständlichen Sprache formuliert. Dabei ist allerdings nicht zu verlangen, jeden medizinischen Fachbegriff zu übersetzen oder gar im Detail zu erklären. Jedenfalls sollte auf Abkürzungen verzichtet werden.

Nimmt der Gutachter *Bezug auf andere*, z.B. sozialgerichtliche, höherinstanzliche *Entscheidungen* zu ähnlichen Sachverhalten, dann kann dies für den Auftraggeber hilfreich sein, wenn der medizinische Sachverhalt wirklich identisch ist. Dabei muss sich der Gutachter aber auf die medizinische Ebene beschränken, z.B. auf die Anerkennung eines Kausalzusammenhangs zwischen einer Schädigung und einem Gesundheitsschaden. Rechtliche Argumentation hat er zu meiden. Ist andererseits der Gutachter im anstehenden Verfahren bei vergleichbarer Fragestellung mit guten Gründen anderer Meinung als es der herangezogenen früheren rechtlichen Entscheidung

entspricht und auch anderer Meinung als die früheren Gutachter, so gilt, dass ein falsch interpretierter medizinischer Sachverhalt oder Zusammenhang auch durch ein darauf gegründetes rechtswirksames Gerichtsurteil medizinisch-wissenschaftlich nicht richtiger wird. Widersinnig wäre eine Bezugnahme, wenn der Gerichtsentscheidung ein *gerichtlicher Vergleich* zugrunde lag. Gerichtliche Vergleiche können ihrer Natur nach medizinisch niemals sachlich richtig sein. Ein medizinisches Gutachten ist die eine Seite, die rechtswirksame Entscheidung aber eine andere Seite sozialmedizinischer Rechtsprobleme.

Die Zivilprozessordnung (ZPO) macht in § 407 a konkrete *Vorgaben*, wie der Gutachter mit einem Gutachterauftrag umzugehen hat:

- (1) Der Sachverständige hat unverzüglich zu prüfen, ob der Auftrag in sein Fachgebiet fällt und ohne die Hinzuziehung weiterer Sachverständiger erledigt werden kann. Ist das nicht der Fall, so hat der Sachverständige das Gericht unverzüglich zu verständigen.
- (2) 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.
- (3) Hat der Sachverständige Zweifel an Inhalt und Umfang des Auftrages, so hat er unverzüglich eine Klärung durch das Gericht herbeizuführen. Erwachsen voraussichtlich Kosten, die erkennbar außer Verhältnis zum Wert des Streitgegenstandes stehen oder einen angeforderten Kostenvorschuss erheblich übersteigen, so hat der Sachverständige rechtzeitig hierauf hinzuweisen.
- (4) Der Sachverständige hat auf Verlangen des Gerichts die Akten und sonstige für die Begutachtung beigezogenen Unterlagen sowie Untersuchungsergebnisse unverzüglich herauszugeben oder mitzuteilen. Kommt er dieser Pflicht nicht nach, so ordnet das Gericht die Herausgabe an.
- (5) Das Gericht soll den Sachverständigen auf seine Pflichten hinweisen.

Es ist selbstverständlich, dass der Gutachter die erhobenen anamnesticen, körperlichen und anderen Befunddaten sorgfältig zu dokumentieren hat, um seine gutachtliche Beurteilung auch späterhin jederzeit belegen zu können. Diese *Befunddokumentation* ist für den Arzt nicht nur Gedächtnisstütze, sondern auch Dokument im rechtlichen Sinne.

### 1.3 Das ärztliche Gutachten – Form und Inhalt

E. FRITZE und J. FRITZE

Rechtlich wirksame Aussagen werden vom Arzt als ärztliches *Attest*, in so genannten *Formulargutachten* und in den in *freier Form* gestalteten Gutachten abgegeben. Ihre Aussagen haben objektiv wahrhaftig und richtig zu sein.

Der einen Kranken betreuende Allgemeinarzt oder Spezialist bestätigt durch sein *Attest* der Krankenversicherung Krankheit und Arbeitsunfähigkeit seines Kranken, der Rentenversicherung durch seinen Befundbericht den nach seinem Urteil vorliegenden Zustand verminderter Erwerbsfähigkeit, einem Versorgungsamt das Bestehen einer Behinderung, der zuständigen Unfallversicherung oder dem Versorgungsamt den Zusammenhang eines Leidens mit beruflichen Einwirkungen oder mit Einflüssen des Wehrdienstes, der Gefangenschaft, Haft oder Internierung. Sein *Attest* ist eine Urkunde, die von ihm aus eigener Initiative oder auf Anforderung durch die entsprechenden Institutionen der Sozialversicherung oder ein Gericht ausgefertigt wird. Dieses *Attest* kann sich allein auf sozialrechtliche Feststellungen wie das Vorliegen von Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Unfallfolgen usw. beschränken, oder, und dann nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Kranken, über den Untersuchungsbefund berichten. Der Arzt hat sich also dabei stets der Grenzen bewusst zu sein, die die ärztliche Schweigepflicht ihm auferlegt. Im rechtlichen Sinne entspricht ein solches *Attest* einer schriftlichen Zeugenaussage.

Die – uneinheitlichen – Vorschriften zur Leichenschau fallen in die konkurrierende Kompetenz der Bundesländer. *Todesbescheinigung* und *Leichenschauschein* sind Urkunden. Sie dienen nicht nur der amtlichen Todesursachenstatistik und Erbschaftsregelungen. Sie haben in der gesetzlichen Unfallversicherung, nach dem Versorgungsrecht und in der Lebensversicherungsmedizin erhebliche Bedeutung und fast Beweiswert. Wird z. B. eine unnatürliche Todesursache ausgeschlossen, so unterbleiben – bei der Möglichkeit eines Tötungsdeliktes gebotene – staatsanwaltliche Ermittlungen. Die dem Arzt zugänglichen Informationen und Befunde jenseits der Ergebnisse der Leichenschau sind oft begrenzt und auch fehlerhaft. Entsprechend fraglich ist die Validität der angegebenen Todesursache: Leichenschau- und Obduktionsdiagnose stimmen in weniger als 50% überein (Madea u. Dettmeyer 2003). Die häufig angegebene Todesursache „Herz-Kreislauf-Versagen“ hat keinen diagnostischen Wert, weil jeder Tod auf diese Weise eintritt. Zumindest die Identität des Toten sollte man anhand amtlicher Dokumente objektivieren.

H. Löwel et al. (1991) fordern auf der Grundlage der im Rahmen des MONICA-Augsburg-Herzinfarkt-

registers ausgewerteten 1759 Todesfälle an ischämischer Herzkrankheit eine gesetzliche Regelung zur *Obduktion* von Verstorbenen mit ungeklärter Todesursache. 20% der außerhalb einer Klinik Verstorbenen hätten als Todesfälle mit ungeklärter Todesursache eingeordnet werden müssen. Außerhalb einer Klinik Verstorbene wurden nur zu 0,2%, am 1. Krankenhaustag Verstorbene zu 12,8% und später im Krankenhaus Verstorbene zu 25% obduziert.

Deshalb sollten die Träger der gesetzlichen Sozialversicherungen und auch die privater Lebensversicherungen von der Möglichkeit einer Aufklärung der Todesursache durch eine Leichenöffnung Gebrauch machen. Zumindest ist es Aufgabe der Träger der Sozialversicherung, die Angehörigen auf die Notwendigkeit einer Obduktion hinzuweisen. Diese kann bei widerstrebenden Angehörigen im Beweisverfahren auch erzwungen werden (Drescher 1988, Leithoff et al. 1984). Im Streitverfahren um die Hinterbliebenenrente wirkt sich eine fehlende Obduktion in der Regel nachteilig für den Versicherungsträger aus, denn den Hinterbliebenen ist nicht die Verantwortung und die Einsicht aufzubürden, von sich aus auf eine Obduktion des Verstorbenen zu drängen. Das ist vielmehr Aufgabe des Versicherungsträgers, der in der Regel auch rechtzeitig durch den behandelnden Arzt über den eingetretenen Tod des zu Lebzeiten wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit entschädigten Versicherten unterrichtet wird.

Die gutachtliche bzw. rechtliche Beurteilung z. B. eines *Koronartodes* – dem sogenannten akuten Herztod durch Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt – im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung wirft Fragen auf nach der körperlichen und/oder psychischen Belastung durch die Berufstätigkeit, nach der Bedeutung des Todes als Arbeits- oder Wegeunfall oder auch nach einem natürlichen, d. h. unfallunabhängigen Tod. Diese gutachtliche Beurteilung hat davon auszugehen, dass einem Koronartod stets eine koronararteriosklerotische Herzkrankheit zugrunde liegt. Bei behaupteter körperlicher und/oder psychischer Belastung als Auslösung des Herzereignisses ist entscheidend, ob diese Belastung betriebs- oder arbeitsüblich war oder ob sie das arbeitsübliche Ausmaß erheblich überschritt. Oft ist die koronararteriosklerotische Grundkrankheit ohne Obduktion nicht nachzuweisen. Wird die Zustimmung zur Leichenöffnung oder zur Exhumierung von den Angehörigen verweigert, so geht die dadurch entstehende Unmöglichkeit, den ursächlichen Zusammenhang zwischen Tod und Arbeitsunfall oder beruflicher Tätigkeit festzustellen, zu deren Lasten (Hess. LSG, Urteil v. 17. 4. 1956). Es ist rechtlich strittig, ob die Unterlassung eines Unfallversicherungsträgers, eine Leichenöffnung zu veranlassen oder vorzuschlagen, im umgekehrten Falle auch zu Lasten des Versicherungsträgers zu werten ist. Allerdings ist der von dem Unfallversicherungsträger verschuldete Beweisnotstand von einem Richter im Rah-