

Der medizinische Gutachter: Arzt im Spannungsfeld divergierender Interessen

Vorbemerkung: Verantwortung und Ethik in der Begutachtung I

Der Text beruht auf einem Vortrag von Prof. Dr. Klaus-Dieter Thomann, Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universitätsmedizin Mainz. Prof. Thomann hielt

diesen Vortrag bei der 78. Tagung der Arbeitsgemeinschaft 2 Sozialmedizin und Begutachtungsfragen der DGOOC, die am 26. Oktober 2010 im Rahmen des Deutschen Kongresses

für Orthopädie und Unfallchirurgie stattfand. Die Tagung beschäftigte sich mit Ethik und Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung.

Der medizinische Sachverständige steht viel stärker in einem gesellschaftlichen Spannungsfeld als der therapeutische tätige Arzt. Der behandelnde Arzt ist „Anwalt seines Patienten“. Gemäß dem Gelöbnis der Bundesärztekammer darf „der Arzt seine beruflichen Kenntnisse nur zur Verbesserung oder Erhaltung der Gesundheit der Menschen, die ihm anvertraut sind und nur auf deren Ersuchen einsetzen.“

Der Gutachter soll demgegenüber neutral sein, er nimmt eine Mittlerposition zwischen den Interessen und Ansprüchen eines Probanden und einer gesellschaftlichen Institution ein. Diese kann von dem Einzelnen Pflichten abverlangen (zum Beispiel Wehrpflicht), oder sie kann finanzielle oder Sachleistungen gewähren. Der Versicherte oder Anspruchsteller hat einen Antrag auf eine materielle Unterstützung, Entschädigung oder Versicherungsleistung gestellt, der Gutachter stellt der anfordernden Institution diejenigen medizinischen Kenntnisse und Informationen zur Verfügung, die für die Entscheidung benötigt werden. Grundlage der Empfehlungen ist die medizinische Sachkenntnis des begutachtenden Arztes.

Der Verlust eines Fußes wird im Schwerbehindertenrecht mit einem Grad einer Behinderung nach 40 bewertet. Medizinisch lässt sich dieser Wert nicht begründen, er beruht auf einer Übereinkunft. Ob ein Bandscheibenvorfall, der während der Arbeit symptomatisch wird, als „Arbeitsunfall“ anerkannt und entschädigt wird, hängt nur von der Konvention ab. Ein gegen Arbeitsunfälle versicherter

amerikanischer Arbeiter wird für diese Krankheit entschädigt, sein deutscher Kollege geht leer aus.

Der medizinische Sachverständige kann die Rahmenbedingungen seiner Tätigkeit nicht oder nur in geringem Maße beeinflussen, umso mehr sollte er sich um Objektivität und Neutralität bemühen. Seine Empfehlungen sollten für alle Beteiligten transparent, vergleichbar und nachprüfbar sein. Die Grundlagen sollten so weit wie möglich medizinisch gesichert sein, Referenzen sind zu benennen.

Ärztliches Begutachtung, finanzielle und sozialpolitische Einflüsse

Der ärztliche Sachverständige ist bis heute einer Vielzahl von Interessen und Einflüssen ausgesetzt: Der eine oder andere Gutachter mag geneigt sein, Unfallfolgen eher an der unteren Grenze anzusiedeln, um weitere Aufträge zu erhalten. Eine Versicherung geht mit der Beurteilung nicht einig und versucht, Druck auszuüben. Ein Gericht wählt sich die Gutachter gezielt aus, um Prozesse entscheiden zu können. Institutionen, die Ärzte als Gutachter beschäftigen, bemühen sich um eine spezifische Interpretation medizinischer Befunde. Diese kann sowohl zur vermehrten Ablehnung von Ansprüchen als auch zum Gegenteil führen. Erinnert sei an die große Zahl von Zwangsberentungen aus gesundheitlichen Gründen bei der Post und bei der Deutschen Bahn. Ohne die Zustimmung ärztlicher Gutachter wären derartige sozialpolitisch fragwürdige Entscheidungen nicht möglich gewesen.

Extreme Zeiten – Aufgabe ethischer Grundsätze

Schon seit dem 1. Weltkrieg wurden immer wieder Kosten-Nutzen-Rechnungen zum Leben und zur Betreuung von behinderten Menschen veröffentlicht, ohne allerdings politische Bedeutung zu erlangen. „Was kosten die minderwertigen Elemente Staat und Gesellschaft?“, fragte schon 1913 der Hygieniker Ignaz Kaup. Sozialdarwinistische Theorien machten auch vor den Orthopäden nicht halt: Der Orthopäde Konrad Biesalski argumentierte 1917 dagegen: „Es ist deshalb in keiner Weise gerechtfertigt, diese Schwerkranken (...) hintenanzustellen, weil sie etwa für die Allgemeinheit wertloses Menschenmaterial darstellen, wie etwa Epileptiker, Idioten und dergleichen. Ganz im Gegenteil, die Kinder kommen zu uns, um durch Klinik, Schule und Handwerkslehre wieder erwerbsfähig zu werden, was auch in den meisten Fällen gelingt.“¹

Als Ende der 20er Jahre die Weltwirtschaftskrise auch Deutschland in eine schwere Depression stürzte, kürzten die Kommunen und Armenverbände ihre Zahlungen und hinterfragten die Notwendigkeit der Behandlung orthopädisch Kranker. Die Trennung der Behinderten in „wertvolle“ und „minderwertige“ entsprach einer weit verbreiteten Einstellung, die nicht retrospektiv als Zustimmung zur Vernichtung gedeutet werden darf. Allerdings wurden die Grenzen fließend, wenn das Lebensrecht in Frage gestellt wurde. Der Wiener Orthopäde Hans Spitzky vertrat 1925 die Ansicht, dass „schwere und schwerste Grade“ der Be-

hinderung Menschen von einer Rehabilitation ausschließen. Besonders negativ bewertete er Intelligenzmängel: „Langwierige Korrekturen bei geistig vollständig minderwertigen Kindern haben keinen Zweck. Für diese kommt, solange die bisherigen Ansichten über Humanität bestehen, nur eine lebenslängliche Dauerversorgung in entsprechenden Anstalten in Betracht.“²

Die Fixierung auf Menschen, die künftig einen produktiven Beitrag zum Wirtschaftsleben leisten konnten, blieb nicht ohne Auswirkung auf die Begutachtung. 1931 verabschiedete die Orthopädische Gesellschaft ein Notprogramm, das die weitere Behandlung von einer gutachterlichen Bewertung der Patienten abhängig machte. Gemäß dem Notprogramm sollten öffentliche Gelder künftig nur noch denjenigen „hilfsbedürftigen Krüppeln“ zur Verfügung gestellt werden, die wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren seien. Ausdrücklich hieß es: „Als ‚erwerbsfähig‘ sollen nur solche Personen gelten, welche die seelisch-geistige sowie körperlich-technische Fähigkeit besitzen, sich selbst den notdürftigen Lebensbedarf durch Arbeit zu verschaffen. Es gehört demnach nicht zu den Aufgaben der Krüppelfürsorge, die Fürsorge für alte, gebrechliche Personen, unheilbar kranke (siehe) Erwachsene (zum Beispiel gelähmte infolge Schlaganfalles, Tabes dorsalis u. a.), bildungsunfähige Krüppel, schwachbegabte Krüppel bei körperlicher Behinderung stärkeren Grades.“³

Die Konzentration auf heilbare Kranke grenzte zugleich einen wesentlichen Teil des orthopädischen Klientels von der öffentlichen Fürsorge aus. Der preußische Staatsrat Dr. Struve fasste die sozialdarwinistische Perspektive 1932 prägnant in einem Satz zusammen: „Wir müssen nun auch das Jäten und Roden lernen. Warum sollen Erbkrankte immer wieder ungehemmt neue Erbkrankte erzeugen? Hier erwachsen aus einer völlig veränderten Wirtschaftslage (...) neue Verpflichtungen.“⁴

Sollen 140.000 orthopädisch Kranke sterilisiert werden?

Am 14. Juli 1933 beschloss die Reichsregierung ein Gesetz, das folgenschwere Konsequenzen für mehrere hunderttausend Menschen und die medizinische Wissenschaft und Praxis hatte. Das „Ge-

Würde allein das medizinische Wissen ausreichen, so wäre jeder Arzt zugleich ein qualifizierter Gutachter. Dass dies nicht der Fall ist, erweist die Praxis. Vom Sachverständigen werden juristische Grundkenntnisse verlangt, doch wichtiger ist sein Wissen um die gesellschaftliche Interpretation medizinischer Befunde.

setz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ sah die zwangsweise Sterilisierung bei acht „Krankheiten“ vor: bei angeborenem Schwachsinn, Schizophrenie, zirkulärem Irresein, erblicher Fallsucht, Huntingtonscher Chorea, erblicher Blindheit und Taubheit und, von besonderer Bedeutung für die Orthopädie, bei „schwerer erblicher Missbildung“. Da die Orthopädie sich mit den Fehlbildungen und Krankheiten der Bewegungsorgane befasst und die Zahl der biologischen Varianten unendlich groß ist, wurde sie zwangsläufig in die praktische Umsetzung der nationalsozialistischen Rassenpolitik einbezogen. Hierbei spielte die Begutachtung eine wesentliche Rolle.



Foto: OTFW

Eine Stele in Berlin Tiergarten erinnert an die Aktion T4: Ausgewählte Gutachter entschieden im Rahmen dieser Aktion über den Tod von ungefähr 100.000 behinderten Menschen, die zwischen 1940 und 1941 in Gaskammern ermordet wurden.

Maßgebend für die Sterilisierung war der offizielle Kommentar, der von dem Ministerialbeamten Arthur Gütt, dem Psychiater Ernst Rüdin und dem Juristen Falk Ruttke verfasst worden war. Gemäß diesem Kommentar handelte es sich bei der „schweren erblichen Missbildung“ um, „in der Hauptsache tatsächlich sichtbare, stationäre, bleibende, auffällige, angeborene oder sich im Laufe des jugendlichen Lebens entwickelnde erbliche und mehr oder weniger stark funktionsbehindernde Abweichungen von der Norm, die einseitig oder symmetrisch sein können, und die von der normalen Körpergestalt und Organausprägung in erheblichem Grade abweichen (...) Für unser Gesetz kommen gegebenenfalls in Betracht, zum Beispiel Gliedmaßen-defekte aller Art (Fälle von erblicher intrauteriner Spontan-Amputation, Micolmelien, Syndaktylien), Dystostosis cleidocranialis, erbliche Skelettstörungen, angeborene Radiusdefekte, Spalthand, Spaltfuß, Hypophalangie, Brachydaktylie, Kurzfingerigkeit, zum Teil mit Schlottergelenken, multiple Exostosen und Enchondrome, Knorpel- und Knochengeschwülste – nach der Geburt auf erblicher Basis entstehend –, manche Formen von Zwergwuchs, Spina bifida mit und ohne Klumpfuß, erblicher Klumpfuß allein, erbliche angeborene Hüftverrenkung usw.“⁵ Die Aufzählung liest sich wie das Inhaltsverzeichnis eines orthopädischen Lehrbuches aus dem ersten Drittel des 20. Jahrhunderts. Der führende Erbbiologe Otmar v. Verschuer bezifferte die Zahl der wegen orthopädischer Veränderungen in Betracht kommenden Personen in Deutschland mit 140.000⁶.

Der Kommentar definierte die Grenze, ab der eine Sterilisierung gesetzlich vorgesehen war, fließend. Gemeint waren „körperliche Abweichungen von der Norm, die im unkorrigierten Naturzustand durch Funktionsbehinderung oder durch Abschreckung die Anpassung an das Leben erschweren“⁷. Nicht gemeint seien „Schönheitsfehler“, die „bei der sexuellen Zuchtwahl (Gattenwahl) unvorteilhaft ins Gewicht“ fielen⁸. Die Au-

toren fuhr fort: „Anders jedoch sind vom Gesichtspunkt der Volksgemeinschaft aus alle diejenigen Missbildungen zu beurteilen, die das betreffende Individuum zu außergewöhnlichen Leistungen des Lebens unfähig machen, wie zum Beispiel Missbildungen, die mäßige oder überdurchschnittliche Leistungen im Sport, im Leben, im Krieg, bei Überwindung von Gefahren unmöglich machen, die also als Entartung aufzufassen sind, die dem Individuum nur in einem zivilisierten Staate ein Parasitenleben ermöglichen.“⁹

Befürworter und Gegner der extensiven Sterilisierung

Innerhalb der Orthopäden wurde die Diskussion um die Sterilisierung mit großer Intensität geführt. 1935 erschien die von Max Lange verfasste Monographie „Erbbiologie der angeborenen Körperfehler“. Lange widmete es dem „tatkraftigen Vorkämpfer der deutschen Rassenhygiene“, dem Psychiater Ernst Rüdin, der auch das Vorwort geschrieben hatte. Ausgehend von der „politischen Erneuerung des Deutschen Reiches“ umriss Rüdin die Rolle, die die Medizin künftig spielen sollte: Der „einzelne Kranke“ hätte nur „im Rahmen des für das Gesamtvolk Möglichen und Zutraglichen ein Menschenrecht auf Heilung und Pflege“: „Wo es sich bei Erkrankten darum handelt, ihre gefährlichen Erbanlagen auf schuldlose Nachkommen zu übertragen, hört sein Recht zu tun, was ihm beliebt, auf. Ihm zu gestatten, Familie zu gründen, wäre hier nicht Humanität, sondern Grausamkeit.“¹⁰

Veröffentlichungen, die sich mit der Sterilisierung befassten, oder Gutachten, die für die Erbgesundheitsgerichte erstellt wurden, hatten Konsequenzen: entweder Erhalt der körperlichen Integrität oder gewaltsame Unfruchtbarmachung. Die Kombattanten in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung wussten um die weitreichenden Folgen ihrer Stellungnahmen: Manche wissenschaftlich „richtige“ Ansicht erwies sich als fatal, andere, mit großer Vehemenz vertretene Positionen, die wissenschaftlich kaum begründet werden konnten, schützten die orthopädischen Patienten. So relativiert die Position zur Sterilisierungsfrage manche nationalsozialistische Äußerung. Der Verlauf der Fronten war nicht gradlinig.

Im Gegensatz zu K. H. Bauer, Blencke, Hans Debrunner, Eckhardt und Kreuz vertrat Max Lange die Ansicht, dass die angeborene Hüftverrenkung eine Indikation für die Sterilisierung wäre. Die guten Behandlungsergebnisse änderten in seinen Augen nichts an der hohen rassenhygienischen Bedeutung des Leidens. Die von ihm verfasste Richtlinie für die Beurteilung der Hüftverrenkung vom „erbgesetzlichen Standpunkt“ ging außerordentlich weit: „Die angeborene Hüftverrenkung ist ein schweres körperliches Erleiden, das unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses fällt, sofern nicht der Nachweis erbracht werden kann, dass in der direkten Aszendenz bis zur dritten Generation kein Fall von Hüftverrenkung oder einer wahrscheinlichen Vorstufe der Hüftverrenkung vorgelegen hatte, und dass außerdem auch in der weiteren Verwandtschaft bis zur zweiten Generation (...) keine Hüftverrenkung oder einer wahrscheinlichen Vorstufe beobachtet ist.“¹¹

Ausdrücklich fordert Lange von dem potenziell zu Sterilisierenden den negativen

Nachweis weiterer Hüftveränderungen in der Familie, „um eine Umgehung des Gesetzes zu erschweren“. Machte man die Sterilisierung davon abhängig, dass eine Zweiterkrankung in der Familie bestehe, dann wäre die Mitarbeit des Betroffenen gering. Damit bürdete Lange die Beweislast den Beschuldigten auf. Bis zum gegenteiligen Nachweis war die Hüftverrenkung ausreichender Anlass für die Sterilisierung. Gegen eine derartige Beweislastumkehr wandte sich sogar Ruttke auf dem Orthopädenkongress 1937¹². Dass Lange diese extreme Position in der Schlussbetrachtung abschwächte, änderte nichts an seiner im Vergleich mit anderen Orthopäden sterilisationsfreundlichen Einstellung. Den Grund dafür sah Lange darin, dass „ein Arzt, der vom nationalsozialistischen Geist beseelt“¹³ sei, nicht vor den Schwierigkeiten der Bekämpfung der Erbkrankheiten zurückschrecke.

Ohne politische Rücksichtnahmen und bevölkerungspolitische Erwägungen hätte Lange am liebsten alle Hüftluxierten sterilisiert gesehen: „Der wichtigste

und bedeutungsvollste Einwand, der gegen die allgemeine Sterilisation der Hüftverrenkung gemacht werden kann, geht von bevölkerungspolitischen Erwägungen aus.“ Da in einigen Gegenden Sachsens, der Oberpfalz und Frankens die Hüftluxation häufig sei, bedeutete „die Forderung nach allgemeiner Sterilisation der Hüftverrenkung eine einschneidende Maßnahme“. Sie hätte einen großen Teil der Familien in Mitleidenschaft gezogen und „dürfte wegen der hohen Zahl der Fälle, die der Sterilisation verfallen würden, nicht ohne Einfluss auf die Geburtenzahl bleiben.“ Da die Bevölkerungsdichte in diesen Regionen jedoch niedrig sei, sprächen bevölkerungspolitische Gründe gegen die allgemeine Sterilisation. Allerdings äußerte Lange seine „feste Zuversicht“, „dass der erbgeseunde Teil des deutschen Volkes fähig ist, den Geburtenausfall, der durch die Sterilisation von Trägern mit einer Hüftverrenkung entsteht, wieder auszugleichen!“¹⁵ Ebenso wie Max Lange sprach sich auch Carl Mau noch 1938 für eine relativ extensive Sterilisationspraxis bei nachgewiesener familiärer Hüftluxation aus¹⁵.

Einschränkend ist allerdings darauf hinzuweisen, dass die orthopädischen Indikationen nur einen kleinen Teil aller Sterilisationen ausmachten. Dabei handelten die Sachverständigen, die Gutachten im Rahmen des Sterilisierungsgesetzes erstatteten, nach geltendem Recht: Sie wurden von Erbgerichten beauftragt. Die Betroffenen, ihre Eltern oder Anwälte konnten gegen das Urteil des Gerichts Berufung einlegen, das Verfahren wurde von einem Erbbergericht neu aufgerollt. Hatte die Empfehlung des Sachverständigen Bestand, so wurde die Sterilisation zwangsweise angeordnet und durchgeführt. Insgesamt wurden mehr als 300.000 Menschen auf einer gesetzlichen Grundlage unfruchtbar gemacht – Voraussetzung hierfür waren medizinische Gutachten.

Einige Gutachter entschieden über Leben und Tod

Während der NS-Staat die Unfruchtbarmachung in aller Öffentlichkeit als „rassenhygienisch“ notwendige Maßnahme propagierte, entschied eine kleine Zahl ausgewählter Gutachter im Rahmen der T-4 Aktion über den Tod von ungefähr 100.000 behinderten Menschen, die in Gaskammern umgebracht wurden. Begutachtung und Krankenmord standen in einem engen Zusammenhang mit der kurz danach beginnenden Ermordung der Juden. Die Belegschaften der Institutionen, in denen die Behinderten umgebracht wurden, brachten ihre beruflichen Erfahrungen in Auschwitz, Treblinka und Sobibor ein.

Kann man angesichts der aktiven Rolle einiger Gutachter im Rahmen des Krankenmordes und der Beteiligung vieler Sachverständiger an der Sterilisation davon ausgehen, dass diese Verbrechen ohne deren Unterstützung nicht ausgeführt worden wären? Einige derartige Annahme dürfte die Rolle der medizinischen Sachverständigen deutlich überschätzen. Allerdings neigten einige führende Orthopäden in der Sterilierungsfrage zur exzessiven Ausdehnung der Indikation. Sie leisteten damit Beihilfe zu einem gewaltsamen und irreversiblen Eingriff in die körperliche Integrität der von ihnen begutachteten Menschen. Die Gutachter der T-4 Aktion gaben den Mord an Kranken und Behinderten den Anschein einer ethisch und medizinisch begründeten Legitimität.

Prof. Dr. Klaus-Dieter Thomann



Prof. Dr. Klaus-Dieter Thomann lehrt Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der Universität Mainz.

Literatur

- 1 Brief Biesalskis an den Preußischen Innenminister vom 14.7.1917. GeStAA, Medizinal-Abteilung, Rep VIII B 1677.
- 2 Spitzky, H.: Über die Einschränkung geistiger und körperlicher Fähigkeiten beim verkrüppelten Kinde. In EOS 17 1925, S. 71
- 3 Notprogramm für die Krüppelfürsorge. In: Zschr. Krüppelfürs. 24 1931, S. 3.
- 4 Eugenische Materialien für die Beratung im Gemeindeausschuß. Bundesarchiv Koblenz R 86-2371.
- 5 Gütt, A.; Rüdin, E.; Ruttke, F. Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ... Bearbeitet und erläutert von ... München 1934, S. 124.
- 6 Zit nach Lange, M.: Erbbiologie der angeborenen Körperfehler. Stuttgart 1935, S. 4.
- 7 Gütt, A. et al., S. 117.
- 8 Ebenda, S. 123.
- 9 Ebenda, S. 124.
- 10 Rüdin, E., Vorwort. In: Lange, M.: Erbbiologie der angeborenen Körperfehler. Stuttgart 1935, Beilagenheft zur Zschr. orthop. Chir. Bd. 63, S. VII..
- 11 Lange, M, Erbbiologie ... S. 62.
- 12 Ruttke, F., Bisherige Erfahrungen in der Anwendung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. In: Verhandl. Zschr. Orthop. Beilagenheft 66, 1937, S. 61 (61–69).
- 13 Lange, M, Erbbiologie ... S. 136.
- 14 Lange, M, Erbbiologie ... S. 59.
- 15 Mau, C.: Aussprache: Verhandlungen 1938, Verhandl. Zschr. Orthop. Beilagenheft 69 1939, S. 243.

Erwartungen an die Qualität eines Gutachtens aus Sicht des Richters

Verantwortung und Ethik in der Begutachtung II

Der Text beruht auf einem Vortrag von Jutta Siefert, Richterin am Landessozialgericht Baden-Württemberg. Frau Sievert hielt diesen Vortrag bei der 78. Tagung der Arbeitsge-

meinschaft 2 Sozialmedizin und Begutachtungsfragen der DGOOC, die am 26. Oktober 2010 im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie stattfand.

Die Tagung beschäftigte sich mit Ethik und Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung.

Einleitung

Gutachten sind in vielen Rechtsgebieten, gerade auch im Sozialrecht, unverzichtbare Beweismittel für die Aufklärung streitiger medizinischer Sachverhalte. Die dabei entstehende Verzahnung von medizinischen und juristischen Fragestellungen stellt eine besondere Herausforderung für den medizinischen Gutachter dar. In dieser Verzahnung spiegeln sich auch die Erwartungen an die Qualität eines Gutachtens aus richterlicher Sicht wider: Das Gutachten muss fachkompetent, unabhängig, persönlich, übersichtlich und fristgerecht erstellt sein (Prozessqualität). Es muss dem Auftrag entsprechen, vollständig, widerspruchsfrei und sorgfältig abgefasst sein (inhaltliche Qualitätsanforderungen).

Prozessqualität

Vor der Übernahme eines Gutachtens hat der Gutachter nach §407a Abs. 1 Zivilprozessordnung (ZPO) zu prüfen, ob das Gutachten überhaupt in sein Fachgebiet fällt und er die für die Fragestellung nötige Kompetenz besitzt. Kompetenzüberschreitungen machen ein Gutachten unverwertbar. Dies gilt auch dann, wenn neben den eigentlichen, das eigene Fachgebiet betreffenden Diagnosen, Fremddiagnosen gestellt werden, zum Beispiel bei der Beurteilung von Schmerzen im Rahmen eines orthopädischen Gutachtens („...beim Kläger liegt darüber hinaus eine somatoforme Schmerzstörung vor ...“).

Die Pflicht des Gutachters zur Unabhängigkeit, das heißt Neutralität, Objektivität und Weisungsfreiheit, ist nicht nur „vornehme“ Pflicht, sondern gesetzlich in den §§ 406, 42 und 410 ZPO zwingend vorgeschrieben. Der Gutachter wird in



Foto: Nerlich Images/Fotolia

der Begutachtungssituation zum Rollenwechsel gezwungen. Er ist nicht mehr der diagnostizierende, kurierende und dem Patienten zur Seite stehende Arzt. Er hat die Aufgabe, Fakten wertfrei festzustellen und zu beschreiben. Empathie und professionelle Distanz sind in Einklang zu bringen. Ein Gutachter ist kein Interessenvertreter. Wenn der Gutachter zu einer bestimmten Fragestellung ohne konkreten Fallbezug bereits öffentlich wissenschaftlich Stellung bezogen hat, ist allein deshalb keine Besorgnis der Befangenheit anzunehmen.

Gemäß §407 a Abs. 2 ZPO hat der Sachverständige das Gutachten persönlich zu erstellen. 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. Diese Pflicht ist nicht abdingbar. Der zentrale Inhalt des

Gutachtens muss durch den Beauftragten selbst erstellt werden.

Kritik daran, dass nicht der beauftragte Gutachter selbst, sondern ausschließlich ein Mitarbeiter die wesentliche Untersuchung durchgeführt und der Gutachter lediglich ein „Abschlussgespräch“ mit dem Probanden geführt hat, wird von Klägern nicht selten geäußert. Wenn dem so ist, dann kann das Prozessgericht das Gutachten tatsächlich nicht im Rahmen der Entscheidungsfindung heranziehen, es ist nicht verwertbar. Der Gutachter verliert seinen Vergütungsanspruch.

Ein Gutachten sollte darüber hinaus auch übersichtlich gegliedert, lesbar, in angemessener Wortwahl verfasst, aus sich heraus verständlich und transparent sein, womit sich der Kreis zu der Verpflichtung, das Gutachten selbst zu erstellen bzw. die Mitarbeit Dritter deutlich zu kennzeichnen, schließt.

Zur angemessenen Wortwahl gehört auch die zutreffende Verwendung der in der jeweiligen Rechtsmaterie anwendbaren Begriffe, zum Beispiel Minderung der Erwerbsfähigkeit im Unfallversicherungsrecht, Erwerbsminderung in der Rentenversicherung, Grad der Behinderung im Schwerbehindertenrecht. Denn den jeweiligen Begriffen liegen unterschiedliche Bedeutungsinhalte zugrunde.

Auch die fristgerechte Erstellung des Gutachtens ist ein Qualitätsmerkmal. Die Nichtbeachtung der richterlichen Frist macht das Gutachten zwar nicht per se „unqualifiziert“. Doch verstreicht zwischen der Untersuchung des Probanden und dem Abgabetermin zu viel Zeit, birgt dies die Gefahr mangelnder Aktualität mit der Folge nur eingeschränkter Verwertbarkeit.

Aus den Verbänden

Inhaltliche Anforderungen

Das Gutachten kann nur so gut wie der Auftrag sein – muss es aber auch (vgl. §404 a ZPO)! Sind die Beweisfragen unklar gestellt, unvollständig oder nicht eindeutig, hat der Gutachter schon bei der Annahme des Gutachtens beim Auftraggeber nachzufragen.

Eigenmächtige Interpretationen oder Erweiterungen/Eingrenzungen sind zu unterlassen. Ebenso ist es unzulässig, Anknüpfungstatsachen (zum Beispiel Unfallhergang, arbeitstechnische Voraussetzungen) eigenmächtig zu ermitteln. Soll nach Rücksprache mit dem Gericht trotz Unsicherheit über eine Anknüpfungstatsache, zum Beispiel den genauen Verlauf eines Sturzes, ein Gutachten erstellt werden, muss der Auftraggeber deutlich machen, von welcher Tatsachengrundlage der Gutachter auszugehen hat.

Zur Mangelfreiheit eines Gutachtens gehört auch, dass die gestellten Beweisfragen vollständig und umfassend beantwortet werden. Diagnosen sind anhand der anerkannten **Diagnosesysteme**,

beispielsweise ICD-10, zu erstellen. Eventuelle Abweichungen von Vordiagnosen sind zu begründen. Die Untersuchung hat nach anerkannten Bewertungsmaßstäben zu erfolgen, zum Beispiel Messungen nach der Neutral-Null-Methode oder Untersuchungen entsprechend der für das jeweilige Fachgebiet existierenden Leitlinien (AWMF); die Untersuchungsergebnisse sind vollständig zu dokumentieren.

Der sozialmedizinischen Beurteilung sind die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zugrunde zu legen. Nicht die gegebenenfalls vereinzelte wissenschaftliche Meinung des Sachverständigen ist der Maßstab, sondern der aktuelle Konsens der großen Mehrheit in Medizin und Wissenschaft. Heranzuziehen sind Standardwerke zur Begutachtung in dem jeweiligen Fachgebiet, Leitlinien von Fachgesellschaften, Veröffentlichungen in Fachzeitschriften oder anerkannte wissenschaftliche Studien. Dieser Erkenntnisstand ist die Basis für die Beurteilung des Sachverständigen, von der er nur wissenschaftlich begründet abweichen kann.

Die Argumentationskette muss in sich logisch aufgebaut, widerspruchsfrei und für den Auftraggeber nachvollziehbar sein. Alle Diagnosen und Schlussfolgerungen sind aus der Anamnese und den vorhandenen Befunden abzuleiten.

Schluss

Die Qualität eines Gutachtens – eigentlich die Prozessqualität auf dem Weg dorthin – ist eine Voraussetzung für dessen Wertbarkeit. Ich kann daher die Fachgesellschaften nur ermutigen, in ihren jeweiligen Disziplinen Leitlinien für die Gutachtenserstellung zu entwickeln, allerdings auch, deren Verankerung im Bewusstsein der Gutachter weiter zu fördern.

Jutta Siefert



Jutta Siefert ist Richterin am Landessozialgericht Baden-Württemberg.