

Klaus-Dieter Thomann Volker Grosser (Hrsg.)

Orthopädisch- unfallchirurgische Begutachtung

Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen

LESEPROBE

4. Auflage



Urban & Fischer

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung in die ärztliche Sachverständigentätigkeit	1	5	Verletzungen des Bewegungsapparats (allgemein)	39
	Klaus-Dieter Thomann			Volker Grosser	
1.1	Begutachtung – ärztliche Tätigkeit im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen	1	5.1	Erstschadensbild	39
1.2	Aufgabenstellung	1	5.2	Frakturen	40
1.3	Rollenverständnis	2	5.3	Heilung von Band- und Sehnenverletzungen	49
1.4	Neutralität	3	5.4	Posttraumatische Arthrosen	50
1.5	Verantwortung des Sachverständigen	4	5.5	Hinweise zur Begutachtung des Knorpelschadens	52
1.6	Ethik des Sachverständigen	4			
1.7	Historische und aktuelle Konfliktfelder ärztlicher Sachverständigentätigkeit	4	6	Durchführung und Aufbau von unfallchirurgisch-orthopädischen Gutachten, praktische Tipps	55
				Klaus-Dieter Thomann, Volker Grosser	
2	Rechtlicher Rahmen ärztlicher Begutachtung	7	6.1	Vorbereitung des Gutachtens durch den Auftraggeber	55
	Peter W. Gaidzik		6.2	Vorbereitung der Begutachtung	56
2.1	Bedeutung und Aufgabenstellung	7	6.3	Die gutachtliche Anamneseerhebung	57
2.2	Tatsachenfeststellung	8	6.4	Dokumentation des aktuellen Beschwerdebilds	58
2.3	Auswahl des Gutachters	9	6.5	Befunderhebung und Dokumentation	59
2.4	Formen ärztlicher Gutachten	9	6.6	Apparative gutachtliche Diagnostik	61
2.5	Gutachterpflichten	10	6.7	Gutachtliche Diagnosefindung	62
2.6	„Pflichten“ des Probanden	12	6.8	Gutachtliche Zusammenfassung und Beurteilung	62
2.7	Straf- und Haftungsrecht des Gutachters	13	6.9	Schlusskapitel des Gutachtens	63
2.8	Fazit	14	6.10	Praktische Tipps, Fallstricke	64
3	Die Messung gesundheitlicher Beeinträchtigungen und Funktionsstörungen: Möglichkeiten und Grenzen	15	7	Zusatzgutachten	69
	Volker Grosser			Klaus-Dieter Thomann, Volker Grosser	
3.1	Vorbereitung	15	7.1	Notwendigkeit von Zusatzgutachten	69
3.2	Die Dokumentation des Befunds	15	7.2	Interdisziplinäre Beurteilung	70
3.3	Bewegungsmaße, Neutral-0-Methode	16	7.3	Neurologisch-psychiatrisches Zusatzgutachten	70
3.4	Einschätzung der verminderten Belastbarkeit, Beurteilung von Schmerzen	19	7.4	Radiologisches Zusatzgutachten	71
3.5	Neuromuskuläre Funktion	21	7.5	Zusatzgutachten aus anderen Fachgebieten	71
3.6	Apparative Untersuchungen der Kraft	22			
3.7	Gelenkinstabilitäten	22	8	Die Begutachtung des ursächlichen Zusammenhangs	75
3.8	Bildgebende Verfahren	23		Volker Grosser	
3.9	Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit nach Isernhagen (EFL-Test)	24	8.1	Begutachtung bei Sehnenschäden	76
4	Grundlagen der Einschätzungsempfehlungen: Objektivität – Vergleichbarkeit – Referenzen	27	8.2	Begutachtung bei Bandscheibenvorfall nach Trauma	82
	Klaus-Dieter Thomann, Volker Grosser		8.3	„Funktionelle“ Verletzungen nichtstruktureller Art der Wirbelsäule	86
4.1	Grundsätzliches	27	8.4	Begutachtung bei HWS-Schleudertrauma	87
4.2	Der Gutachtauftrag und die Rolle des Gutachters	28	8.5	Osteoporose	94
4.3	Grenzen der Objektivität – Grenzen der gutachterlichen Beurteilung	31			

9	Begutachtung von Wirbelsäule, knöchernem Thorax und Becken.	103	14.3	Läsionen der Rumpfnerven	293
	Klaus-Dieter Thomann		14.4	Periphere Nervenläsionen der unteren Extremität	294
9.1	Verletzungen der Wirbelsäule	103	14.5	Schädel-Hirn-Traumen	304
9.2	Verletzungen des knöchernen Thorax	123	14.6	Spezifische Krankheitsbilder der interdisziplinären orthopädisch-unfallchirurgischen und neurologischen Begutachtung	320
9.3	Verletzungen des Beckens – Beckenfrakturen	125	15	Verbrennungen, Verbrühungen	325
10	Begutachtung häufiger Verletzungen der oberen Extremität	131		Franz Jostkleigrewe	
	Klaus-Dieter Thomann		15.1	Epidemiologie	325
10.1	Verletzungen der oberen Extremitäten	131	15.2	Pathophysiologie	325
10.2	Amputationen an Hand und Fingern	182	15.3	Ausmaß und Tiefe der Verbrennungsverletzung	326
11	Begutachtung häufiger Verletzungen der unteren Extremität	189	15.4	Systemische Behandlung	327
	Klaus-Dieter Thomann		15.5	Gutachterliche Untersuchung	329
11.1	Hinweise zur Begutachtung der unteren Extremität	189	16	Seelische Traumafolgestörungen	333
11.2	Verletzungen der Hüfte	192		Meike Eisele, Gordon Krahel	
11.3	Verletzungen der unteren Extremität	197	16.1	Einleitung	333
11.4	Amputationen	247	16.2	Störungsbilder	334
12	Begutachtung orthopädischer Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung von gesetzlicher Rentenversicherung und privater Berufsunfähigkeitversicherung	253	16.3	Begutachtung	338
	Klaus-Dieter Thomann		16.4	Interdisziplinäre Aspekte	339
12.1	Vorbemerkungen	254	17	Bewertung körperlicher Beschwerden nichtorganischen Ursprungs	343
12.2	Erkrankungen der Wirbelsäule	255		Wolfgang Hausotter	
12.3	Erkrankungen der oberen Extremität	263	17.1	Einleitung	344
12.4	Erkrankungen der unteren Extremität	264	17.2	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	344
12.5	Entzündliche Erkrankungen am Bewegungsapparat	267	17.3	Dissoziative oder Konversionsstörungen (F44)	345
13	Begutachtung von Auswirkungen abdominalen Verletzungen	271	17.4	Somatoforme Störungen (F45) und verwandte Krankheitsbilder	347
	Volker Grosser		17.5	Chronische Schmerzen ohne adäquates organisches Korrelat	352
13.1	Einleitung	271	17.6	Beschwerdeausgestaltung, Aggravation und Simulation, Moral Hazard	356
13.2	Narbenbrüche und Verwachsungen	272	17.7	Gutachtliche Beurteilung nichtorganisch bedingter körperlicher Beschwerden	357
13.3	Leberschädigung und Leberteilverlust	273	18	Manipulativ verzerrte Beschwerdendarstellung in der Begutachtung	369
13.4	Pankreasschädigung	273		Thomas Merten	
13.5	Milzverlust	273	18.1	Negative Antwortverzerrungen, Neuropsychologie und kognitive Störungen	369
13.6	Nierenschädigung und Nierenverlust	274	18.2	Definition und Auftretensweisen	370
14	Neurologische Begutachtung häufiger Verletzungen	277	18.3	Differenzialdiagnostische Abgrenzung	371
	Katrin Weigelt, Lothar Hanisch		18.4	Vier Eckpunkte bei der Diskussion nichtauthentischer Beschwerden	372
14.1	Periphere Nervenverletzungen	278	18.5	Methoden zur Beurteilung negativer Antwortverzerrungen	375
14.2	Nervenschädigungen der oberen Extremität	281	18.6	Empfehlungen	376

19	Gesetzliche Unfallversicherung	379	23	Soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung	471
	Volker Grosser				
19.1	Gesetzliche Vorgaben	379	23.1	Begutachtung im Auftrag der sozialen Pflegeversicherung	471
19.2	Gutachtliche Beauftragung	380		Torsten Frisch, Thomas Gaertner	
19.3	Schätzung der unfallbedingten MdE	380	23.2	Private Pflegepflichtversicherung (PPV)	487
19.4	Vorläufige Verletztenrente, Gesamtvergütung	383		Renate Richter, Klaus-Dieter Thomann	
19.5	Benennung der Unfallfolgen	383			
19.6	Wesentliche Ergänzungen	383	24	Begutachtung bei Verdacht auf medizinische Behandlungs- oder Pflegefehler im Auftrag der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung	493
19.7	Zweites Rentengutachten	384		Ralf Gläke, Bernhard Ketelheun	
19.8	Rente auf unbestimmte Zeit	384	24.1	Rechtliche Grundlagen	493
19.9	Nachschaden, Vorschaden, mittelbare Unfallfolgen	385	24.2	Häufigkeit von Begutachtungen bei vermuteten Behandlungsfehlern	494
19.10	Form und Vergütung des Gutachtens	385	24.3	Besonderheiten der Begutachtung bei Verdacht auf Behandlungsfehler	496
20	Berufskrankheiten	387	24.4	Behandlungsvertrag	496
	Volker Grosser		24.5	Beweislast	497
20.1	Definition	387	24.6	Fehlermöglichkeiten	497
20.2	Präventionsmaßnahmen nach § 3 BKV	389	24.7	Selbstbestimmungsaufklärung	499
20.3	Zusammenhangsgutachten bei den orthopädisch-chirurgischen Berufskrankheiten	389	24.8	Anforderung an das Gutachten	501
20.4	Berufskrankheiten 2101 bis 2118	390	24.9	Haftungsumfang	506
21	Gesetzliche Rentenversicherung	439	24.10	Checkliste	507
	Maren Gehring, Erko Höynck		25	Arbeitslosenversicherung	509
21.1	Aufgaben und Organisation	439		Hubert G. Hotz	
21.2	Leistungen zur Teilhabe	440	25.1	Arbeitslosenversicherung – Arbeitsförderung	509
21.3	Renten wegen Erwerbsminderung, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit	444	25.2	Die Bundesagentur für Arbeit (BA) und ihre Fachdienste	510
21.4	Orthopädische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung	447	25.3	Struktur und Kennzahlen des Ärztlichen Dienstes (ÄD)	510
22	Begutachtung im Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung	455	25.4	Aufgaben des Ärztlichen Dienstes (ÄD)	510
	Thomas Gaertner, Jörg van Essen		25.5	Prozessablauf der Sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung	512
22.1	Allgemeine Einleitung	455	25.6	Gliederung der Sozialmedizinischen Stellungnahmen des ÄD	513
22.2	Sozialgesetzliche Grundlagen der Begutachtung	458	25.7	Erkrankungen des Bewegungsapparats in der Begutachtungspraxis des ÄD	513
22.3	Der Begriff der Teilhabe	459	25.8	Checkliste	514
22.4	Struktur des MD-Gutachtens	460	26	Private Unfallversicherung (PUV)	517
22.5	Anlassgruppe „Arbeitsunfähigkeit“	461		Klaus-Dieter Thomann	
22.6	Anlassgruppe „Krankenhausleistungen“	463	26.1	Bedeutung und Verbreitung der privaten Unfallversicherung	518
22.7	Anlassgruppe „Ambulante Leistungen“	465	26.2	Was ist versichert?	519
22.8	Anlassgruppe „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung“	466	26.3	Bemessung des Invaliditätsgrads	523
22.9	Anlassgruppe „Leistungen zur Vorsorge/ Rehabilitation“	466	26.4	Ärztliche Empfehlungen zur Bemessung der Invalidität in der privaten Unfallversicherung: Ergebnis eines jahrzehntelangen Diskussionsprozesses	524
22.10	Anlassgruppe „Hilfsmittel und hilfsmittelnähe Medizinprodukte GKV“	468			
22.11	Anlassgruppe „Sonstige Anlässe“	469			
22.12	Fazit	469			

26.5	Die Einbeziehung unterschiedlicher Vorschläge zur Höhe der Invalidität in die aktuellen Bemessungsempfehlungen	527	30.4	Haftungsvoraussetzungen	568
26.6	Bemessungsempfehlungen für muskuloskelettale Verletzungsfolgen in der PUV – unter besonderer Berücksichtigung der Vorschläge der „Sektion Begutachtung“ der DGOU	527	30.5	Beweismaß und Beweislast	573
26.7	Wann sind weitere Zuschläge zum Invaliditätsgrad zu berücksichtigen?	532	31	Soziales Entschädigungsrecht (SER)	579
26.8	Die Bemessung von Dauerfolgen außerhalb der Gliedertaxe	535		Michael Koss, Petra Nieder	
26.9	Invaliditätsgrade bei Nervenschäden an den oberen und unteren Extremitäten	538	31.1	Gesetzliche Grundlagen	579
26.10	Umrechnungstabellen der 1/20-Bruchteile von Funktionsbeeinträchtigungen der Gliedmaßenabschnitte auf die sich ergebende prozentuale Entschädigungsleistung der Vollinvalidität	539	31.2	Antragsverfahren und Ermittlungen durch die zuständige Verwaltung	580
27	Private Berufsunfähigkeitsversicherung	543	31.3	Ärztliche Begutachtung im sozialen Entschädigungsrecht	580
	Klaus-Dieter Thomann		31.4	Leistungen nach dem sozialen Entschädigungsrecht	582
27.1	Versicherungsbedingungen	543	31.5	Besonderheiten des sozialen Entschädigungsrechts	582
27.2	Aufgaben des medizinischen Sachverständigen	544	32	Schwerbehindertenrecht	585
27.3	Fragenkatalog	549		Michael Koss, Petra Nieder	
28	Private Krankenversicherung (PKV) – Private Krankentagegeldversicherung	551	32.1	Gesetzliche Grundlagen	585
	Klaus-Dieter Thomann		32.2	Feststellungsverfahren	585
28.1	Duales Krankenversicherungssystem: historisch gewachsen	551	32.3	Ärztliche Begutachtung im Schwerbehindertenrecht	586
28.2	Gemeinsamkeiten und Unterschiede von GKV und PKV	552	32.4	Geplante Änderungen	588
28.3	Vertragliche Grundlagen der privaten Krankenversicherung	552	33	Begutachtung im Beamtenrecht	589
28.4	Begutachtungsfelder in der privaten Krankenversicherung	553		Michael Koss	
29	Personenschäden der Haftpflichtversicherung (HPV)	559	33.1	Beamtenstatus	589
	Peter W. Gaidzik, Volker Grosser		33.2	Begutachtung zur Frage der Dienstfähigkeit	589
29.1	Beteiligte und Rechtsbeziehungen	559	33.3	Begutachtung im Rahmen der Dienstunfallfürsorge	590
29.2	Haftungsprüfung im ärztlichen Gutachten	560	34	Einschätzungsempfehlungen – Referenztabellen zur Einschätzung von MdE, Invalidität und GdB/GdS	593
29.3	Erstkörperschaden bei Beschwerden ohne organisches Korrelat	561		Klaus-Dieter Thomann, Volker Grosser	
29.4	Haftungsrechtliche Zurechnungslehre	562	34.1	Referenztabellen zur Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in der gesetzlichen Unfallversicherung	593
29.5	Körperlicher und psychischer Folgeschaden	564	34.2	Referenztabellen zur Einschätzung der Invalidität in der privaten Unfallversicherung – Referenzwerte	599
29.6	Bewertung von Dauerfolgen	565	34.3	Referenztabellen zur Feststellung von GdB und GdS	603
30	Begutachtung im Arzthaftungsrecht	567	34.4	Referenztablette zur Feststellung von GdB/GdS nach einem bisher nicht in Kraft getretenen Entwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: geplante Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung	612
	Peter W. Gaidzik		Register		623
30.1	Einleitung	567			
30.2	Auftraggeber	567			
30.3	Gegenstand des Arzthaftungsrechts	568			

Einführung in die ärztliche Sachverständigentätigkeit

1.1	Begutachtung – ärztliche Tätigkeit im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen	1
1.2	Aufgabenstellung	1
1.3	Rollenverständnis	2
1.4	Neutralität	3
1.4.1	Unparteilichkeit	3
1.4.2	Unvoreingenommenheit	3
1.4.3	Nach bestem Wissen	3
1.4.4	Nach bestem Gewissen	4
1.5	Verantwortung des Sachverständigen	4
1.6	Ethik des Sachverständigen	4
1.7	Historische und aktuelle Konfliktfelder ärztlicher Sachverständigentätigkeit	4
1.7.1	Historische Konfliktfelder	4
1.7.2	Mögliche ethische Konfliktfelder der Gegenwart	5
1.7.3	Das moralische Risiko (Moral Hazard)	6

1.1 Begutachtung – ärztliche Tätigkeit im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen

Medizinische Expertisen sind vielfach Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen durch Sozial- und Privatversicherungen. Medizinische Gutachten werden darüber hinaus von Verwaltungen, Sozial- und Zivilgerichten angefordert, sie sind vielfach in Strafprozessen für eine Urteilsfindung unverzichtbar.

Der Ausgang solcher Prüfungsverfahren und prozessualen Auseinandersetzungen ist dabei in hohem Maße abhängig von der ärztlichen Beurteilung gesundheitlicher Schäden. Trotz dieser zentralen Funktion ärztlicher Gutachten in den Verwaltungsverfahren und der Rechtspflege fehlt es an einer Legaldefinition zu den Aufgaben und der notwendigen Qualifikation eines ärztlichen Sachverständigen. Allein die Approbation des Arztes berechtigt und verpflichtet ihn, auf Anforderung

von Verwaltungen und Gerichten seine Fachkenntnisse zur Erarbeitung einer gutachtlichen Beurteilung zur Verfügung zu stellen.

1.2 Aufgabenstellung

Sinn und Zweck der Beauftragung eines medizinischen Sachverständigen ist es, dem Auftraggeber die Einordnung eines medizinischen Geschehensablaufs unter rechtlichen Bestimmungen zu ermöglichen, seien es solche mit Gesetzescharakter (z. B. Sozialgesetzbücher, Schadensersatznormen etc.) oder Versicherungsbedingungen.

Ein Sachverständigengutachten kann nur zu Schlussfolgerungen führen, die der medizinische Sachverständige aufgrund seines besonderen – dem Auftraggeber fehlenden – Fachwissens treffen kann. Dies setzt voraus, dass der Auftraggeber dem Sachverständigen die zu beantwortenden Fragen konkret

und dezidiert formuliert. Der Auftraggeber muss dem Sachverständigen Sinn und Zweck der gutachtlichen Überprüfung erläutern und ihm alle Informationen zur Verfügung stellen, die dieser für die Beantwortung der Fragestellung benötigt. Hierzu gehören insbesondere alle verfügbaren medizinischen Dokumente, die über den infrage stehenden Unfall, die Erkrankung oder andere wichtige Aspekte der gutachtlichen Fragestellung Auskunft geben können.

Fachliche Kompetenz, ein Minimum an Kenntnissen der Rechtsgrundlagen im gutachtlichen Bereich, die strikte Beachtung von Neutralität und Unvoreingenommenheit bei dennoch empathischer Zuwendung zum gutachtlichen Probanden sind unverzichtbare Voraussetzungen für eine kompetente und im Ergebnis unangreifbare gutachtliche Tätigkeit.

Der ärztliche Sachverständige sollte über die rechtlichen Vorgaben der Begutachtung informiert sein. Er muss die wesentlichen Bestimmungen und Begriffe des Versicherungsrechts kennen, insbesondere auch die – teils erheblichen – Unterschiede in den verschiedenen Rechtsbereichen. So muss der Sachverständige wissen, dass der Begriff „MdE“ (Minderung der Erwerbsfähigkeit) zwar im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) und im Haftpflichtbereich eine Bedeutung hat, aber in beiden Rechtsgebieten anders definiert ist, zumal unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe zu beachten sind. Im sozialen Entschädigungsrecht (SER) ersetzt seit 1.1.2008 der Begriff GdS den Begriff MdE. Der GdS gilt auch für das am 1.1.2025 in Kraft getretene Soldatenentschädigungsgesetz (SEG).

Dem Sachverständigen muss geläufig sein, dass im Bereich der privaten Unfallversicherung (PUV) wiederum andere Maßstäbe (Invalidität, Gliedertaxe etc.) gelten, im Haftpflichtbereich eine konkrete Betrachtungsweise der individuellen Situation des Probanden abverlangt wird, um damit nur die wichtigsten Problemkreise anzusprechen.

Der ärztliche Sachverständige muss mit den immer wieder gebrauchten juristischen Begriffsbildungen im Versicherungsrecht umgehen können. Er muss wissen, wie **Arbeitsunfähigkeit**, **Erwerbsminderung**, im privaten Versicherungsbereich auch **Berufsunfähigkeit**, definiert sind. Die Definitionen der Begriffe wie der **rechtlich wesentlichen Bedingung**, alternativ der sog. **Gelegenheitsursache**, eines **Vor- und Nachschadens** etc. sollten ihm geläufig sein. Nur so lassen sich kommunikative Missverständnisse zwischen Auftraggeber (juristisch gebildete Personen) und ärztlichen Vorstellungen vermeiden. Fehlentscheidungen der Auftraggeber beruhen nicht selten auf einer babylonischen Sprachverwirrung, wie sie leider immer noch in manchen Gutachtenaufträgen und auch in vielen ärztlichen Gutachten zu finden ist.

1.3 Rollenverständnis

Der medizinische Sachverständige hat beim Wechsel aus der kurativen in die gutachtliche Tätigkeit einen bewussten Rollentausch zu vollziehen, ohne dabei die ärztliche Ethik zu verletzen.

Die im hippokratischen Eid verankerte ethische Grundlage des „*primum nil nocere*“ als bedeutendstes Gebot für das ärztliche Denken und Handeln darf auch in der Begutachtung nicht verletzt werden.

Es gilt zu bedenken, dass der behandelnde Arzt im kurativen Bereich mit dem Patienten – stillschweigend – einen Dienstleistungsvertrag eingeht, nach dem der Arzt eine optimierte Betreuung (Diagnostik, Behandlung etc.) schuldet, nicht jedoch den Erfolg seiner ärztlichen Handlungen.

Der *kurativ tätige Arzt* wird die vom Patienten geklagten Beschwerden nicht in Zweifel ziehen. Die Beschwerden und Schmerzen sind ein wichtiger Ausgangspunkt der diagnostischen Klärung. Der behandelnde Arzt wird aus den subjektiven Äußerungen und dem klinischen Befund eine „Arbeitsdiagnose“ ableiten. Bis diese gesichert ist, wird sich die Behandlung an den Symptomen orientieren. Das Vorbringen von Schmerzen wird somit – zunächst ohne nähere Prüfung – zumindest eine symptomatische Schmerztherapie nach sich ziehen, da der Arzt das geschilderte Schmerzerleben als „wahr“ zu unterstellen hat.

Der *ärztliche Sachverständige* steht hingegen mit dem ihm von dritter Stelle zugeleiteten Probanden in keinem Vertragsverhältnis. Mit Übernahme des Gutachtenauftrags geht er – stillschweigend – mit dem Auftraggeber einen „Werkvertrag“ ein: Er schuldet eine, insbesondere im beweisrechtlichen Sinne, „handwerklich“ einwandfreie Erarbeitung der gutachtlichen Beurteilung in Anwendung wissenschaftlich gesicherter medizinischer Erkenntnisse.

Der Gutachter tritt dem Probanden unvoreingenommen gegenüber. Er erhebt die Anamnese und lässt sich ausführlich die Beschwerden schildern. Danach wird er die notwendigen Untersuchungen durchführen. Unter Einbeziehung medizinischer Vorbefunde wird er seine Diagnose stellen und die vom Auftraggeber gestellten Fragen beantworten.

Während der kurativ tätige Arzt die subjektiven Beschwerden zum Ausgang seines Handelns macht, ist es die Aufgabe des Sachverständigen, zu prüfen, ob die vom Probanden vorgetragenen Beschwerden mit objektiven Befunden einhergehen. Er wird nach Indizien suchen, die gewissermaßen die Schmerzen des Probanden „beweisen“. Die unkritische Formulierung einer „schmerzhaften“ Bewegungsstörung entbehrt einer genügenden Plausibilität, wenn nicht durch die Feststellung von Schonungsmerkmalen oder Vermeidungsstrategien des Probanden auch in scheinbar unbeobachteten Situationen Indizien für das tatsächlich bestehende Schmerzempfinden zu erkennen sind. Der Sachverständige muss stets im Auge behalten, dass alle anspruchsbegründenden Tatsachen – und dazu zählt jegliche

Gesundheitsstörung, auch der Schmerz – im rechtlichen Sinn dem strengen Beweismaß des sog. Vollbeweises unterliegen. Erst wenn diese Beweisführung mit einem Grad an Gewissheit gelungen ist, der restlichen Zweifeln Schweigen gebietet (BGH-Rechtsprechung), kann und darf eine Gesundheitsstörung die Grundlage einer gutachtlichen Beurteilung darstellen.

Somit gilt grundsätzlich, dass eine **Verdachtsdiagnose** – die dem kurativ tätigen Arzt bereits ein Handeln erlaubt – im gutachtlichen Bereich **keine** Diagnose darstellt, weil es am notwendigen Vollbeweis fehlt.

Schafft der ärztliche Sachverständige den erforderlichen Wechsel im Rollenverständnis nicht, sind fehlerhafte medizinische Expertisen unvermeidbar.

1.4 Neutralität

§ 410 Abs. 2 ZPO (auch: **§ 79 Abs. 2 StPO**) verlangt vom Sachverständigen, dass er sein Gutachten unparteiisch und nach bestem Wissen und Gewissen zu erstatten hat.

Der ärztliche Sachverständige ist weder Interessenvertreter des Probanden noch des Auftraggebers. Seine Rolle erschöpft sich in der Funktion eines „Gehilfen“, der als fachkundiger Berater dem Auftraggeber/Gericht zuarbeitet, somit seine nur ihm zur Verfügung stehenden Informationen zum medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand und auch sein ärztliches Erfahrungswissen zur Klärung eines Sachverhalts zur Verfügung stellt.

Das Neutralitätsgebot für den ärztlichen Sachverständigen verlangt, dass er sein Gutachten

- unparteiisch,
- unvoreingenommen,
- nach bestem Wissen und Gewissen erstattet.

Dabei darf er sich ausschließlich auf hinreichend gesicherte medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse stützen. Er hat dabei die rechtlichen Vorgaben, insbesondere die Beweisregeln unserer Rechtsordnung, zu berücksichtigen.

1.4.1 Unparteilichkeit

Unparteilichkeit bedeutet Unabhängigkeit von gegensätzlichen Erwartungen der streitenden Parteien und insbesondere auch Widerstand gegen den Versuch, sich funktionalisieren zu lassen. Der Gutachter darf sich nicht durch Interessengruppen, Verwaltungen oder dem Auftraggeber in seinem ärztlichen Urteil beeinflussen lassen. Er ist für das Gutachten allein verantwortlich.

Es ist nicht Aufgabe des Gutachters, als Interessenvertreter des Auftraggebers nach Wegen zu suchen, dass dieser „billig wekommt“. Ebenso wenig ist ihm erlaubt, eine „wohlwollende“ Beurteilung zugunsten des Anspruchstellers vorzunehmen

mit der mehr oder weniger unbewussten Einstellung gegenüber einer „reichen“ Versicherung und einem „armen“ Patienten. Eine Beurteilung „in dubio pro aegroto“ **muss** unterbleiben, da sie eine gutachtliche Beurteilung vollständig entwertet. Dabei darf der Sachverständige in der Untersuchungssituation durchaus empathisch sein und Anteil am Schicksal des Probanden nehmen. Der Gutachter hat nicht die Aufgabe, vermeintliche Auswüchse des Sozialstaats korrigieren zu wollen, um die Beitragsstabilität und Finanzierbarkeit der Systeme zu sichern.

1.4.2 Unvoreingenommenheit

Die **Unvoreingenommenheit** insbesondere gegenüber dem zu untersuchenden und zu beurteilenden Probanden setzt auch eine Loslösung von der üblichen Arzt-Patient-Beziehung voraus. Der *behandelnde* Arzt – zur Erstattung eines Gutachtens aufgefordert – kann diesen Rollentausch schwerlich bewältigen.

Zur empathischen **Unvoreingenommenheit** gehört auch die Offenheit gegenüber den Vorstellungen und Krankheitskonzepten des Probanden, die aber die gutachtliche Beurteilung nicht ersetzen dürfen. Aus der Schilderung lassen sich aber wichtige Informationen für die Beurteilung der gutachtlichen Fragestellung entnehmen.

Diese Unvoreingenommenheit gegenüber dem Probanden muss auch dann bestehen bleiben, wenn die gutachtliche Begegnung erschwert wird durch ein unangenehmes, gelegentlich auch schwer erträgliches Auftreten des Probanden oder inadäquate hygienische Verhältnisse. Die menschliche Würde des Probanden ist in jedem Fall unantastbar.

Unparteilichkeit und **Unvoreingenommenheit** beinhalten auch die Forderung nach der emotionalen **Unbestechlichkeit**. Der Gutachter muss mit interessengefärbten Angaben und Verhaltensweisen seines Probanden – bis hin zur Simulation – rechnen und in der Lage sein, diese auch zu erkennen. Keinesfalls ist es ihm dann erlaubt, diesen mit emotionaler Kälte oder gar Zynismus zu begegnen. Auch in dieser schwierigen Situation ist die empathisch geprägte Sachlichkeit eine notwendige Voraussetzung zur korrekten Erarbeitung der gutachtlichen Beurteilung.

1.4.3 Nach bestem Wissen

Die Forderung „**nach bestem Wissen**“ bedeutet, dass der Sachverständige nicht nur eine unbestreitbare Fachkompetenz mit Basiswissen in seinem Fachgebiet aufweisen muss, sondern den aktuellen Wissensstand durch eine stetige Fortbildung verfügbar haben sollte. Diese Forderung bedeutet aber auch, dass eine eventuell in die Beurteilung eingebrachte Außenseitermeinung oder gar hypothetische Überlegungen als solche kenntlich gemacht werden müssen. Zu fordern ist die Einhaltung eines fachspezifischen Methodenstandards, mit kri-

terienorientierter Erarbeitung von Diagnosen, möglichst mit Beifügung einer aktuellen ICD-Ziffer. In psychiatrischen oder psychologischen Zusatzgutachten kann eine Kodierung nach DSM 5 erfolgen. Die Beurteilung muss transparent in einer nachvollziehbaren Schrittfolge so vorgetragen werden, dass sie auch der medizinische Laie verstehen kann.

Nicht zuletzt kann der Sachverständige nur dann *nach bestem Wissen und Gewissen* handeln, wenn ihm das Phänomen der Gegenübertragung bekannt ist. Er sollte diese reflektieren und sich der damit verbundenen Gefahr einer Urteilsverzerrung bewusst sein.

1.4.4 Nach bestem Gewissen

Die Forderung „nach bestem Gewissen“ verlangt schließlich ein hohes Maß an persönlicher Integrität und Vertrauenswürdigkeit. Diese Elemente sind das unverzichtbare Fundament der Wahrheitsfindung und Rechtssicherheit schlechthin. An dieser Schnittstelle begegnen sich rechtliche Vorgaben mit ärztlicher Ethik als unverzichtbare Voraussetzungen der gutachtlichen Tätigkeit. Dazu gehört auch die Forderung, unbeantwortbare Fragen als solche aufzuzeigen und konsequenterweise auch unbeantwortet zu lassen. Allein die Missachtung dieses Gebots führt nicht selten durch spekulative Erwägungen zu fehlerhaften Expertisen.

1.5 Verantwortung des Sachverständigen

Ähnlich wie bei einem Richter bedarf es einer überdurchschnittlichen menschlichen Reife und Integrität, um den vielfältigen Anforderungen gerecht zu werden. Der sachverständige Arzt muss über die Fähigkeit zu systematischem und geordnetem Denken verfügen. Auch die gutachtliche Beurteilung sollte diese Fähigkeiten widerspiegeln mit einer plausiblen Schrittfolge in der gedanklichen Aufarbeitung des Sachverhalts. Die Verantwortung – und auch Qualifikation – eines ärztlichen Sachverständigen ähnelt insoweit den Voraussetzungen, wie sie von einem Arzt in leitender Stellung als selbstverständlich erwartet wird.

1.6 Ethik des Sachverständigen

Der ethische Rahmen der ärztlichen Sachverständigentätigkeit umfasst die notwendige Qualifikation sowohl in fachlicher wie auch beweisrechtlicher Hinsicht, seine Vertrauenswürdigkeit durch Erkennen seiner Kompetenzgrenzen und Akzeptanz seiner Rolle als Entscheidungshilfe. Er muss methodisch

einwandfrei zu einem gutachtlichen Ergebnis kommen. Diese Vertrauenswürdigkeit muss sich ein Sachverständiger durch adäquates Handeln in jedem einzelnen Begutachtungsfall neu erwerben (Wiesing 2008). Er muss dabei erkennen, dass er in seiner Rolle als Sachverständiger nur „Instrument“ der Problemlösung sein kann. Die gelegentlich erkennbare Tendenz einzelner Sachverständiger, diese Aufgabe zu überschreiten, Gerichten und Versicherungen Entscheidungen vorwegzunehmen oder höchstrichterliche Urteile grundsätzlich in Frage zu stellen, verkennt die Rolle des medizinischen Gutachters. Der Arzt ist für die umfassende medizinische Befunderhebung und wissenschaftliche Interpretation verantwortlich, die Entscheidung, welche Folgerungen sich daraus ergeben, ist ausschließlich Aufgabe der Gesellschaft.

Die Entscheidung selbst muss stets in der Hand des Rechtsanwenders bleiben. Dem Entscheider/Richter müssen daher alle Grundlagen für eine freie rechtliche/richterliche Würdigung des Sachverhalts und abschließende Entscheidung in die Hand gegeben werden. Dies erfordert ein dualistisches Rollenverständnis dahingehend, dass der *Arzt als Therapeut* „seinem“ Patienten ein Optimum an Zuwendung schuldet, der *Arzt als Gutachter* jedoch zu Neutralität und Beachtung der Beweisregeln unter Anwendung ausschließlich gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse verpflichtet ist und nur so eine „handwerklich“ einwandfreie gutachtliche Beurteilung erarbeiten kann.

1.7 Historische und aktuelle Konfliktfelder ärztlicher Sachverständigentätigkeit

1.7.1 Historische Konfliktfelder

Kann ein Gutachtenauftrag mit den ethischen Prinzipien ärztlicher Gutachtertätigkeit unvereinbar sein? Auf den ersten Blick erscheint diese Frage für den orthopädisch-unfallchirurgischen Gutachter irrelevant. Aus historischer Perspektive lassen sich durchaus Beispiele finden, in denen Gutachten gegen ethische Prinzipien verstießen.

Am 14. Juli 1933 erließ die nationalsozialistische Reichsregierung das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Das Gesetz sah die zwangsweise Sterilisierung bei acht „Krankheiten“, u. a. bei „schwerer erblicher Mißbildung“ vor. Nach dem juristischen Kommentar handelte es sich „in der Hauptsache [um] 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“. Konkret genannt wurden unter anderem „Gliedermaßendefekte aller Art“: „Dystostosis cleidocranialis, erbliche Skelettstörungen, angeborene Radiusdefekte, Spalthand,

Spaltfuß, Hypophalangie, Brachydaktylie, Kurzfingerigkeit, z. T. mit Schlottergelenken, multiple Exostosen und Enchondrome, Knorpel- und Knochengeschwülste, erblicher Klumpfuß allein, erbliche angeborene Hüftverrenkung“ (Gütt et al. 1935: 124). Der führende Erbbiologe Otmar v. Verschuer, nach 1945 Ordinarius für Genetik an der Universität in Münster, bezifferte die Zahl der wegen orthopädischer Leiden in Betracht kommenden Personen in Deutschland mit 140 000 (Lange 1935: 4).

Voraussetzung für eine Sterilisierung war eine fachorthopädische Begutachtung. Die Gutachten wurden durch Erbgesundheitsgerichte in Auftrag gegeben. Traf das Gericht die Entscheidung, dass das Kind zu sterilisieren sei, stand den Eltern die Möglichkeit, eine Berufungsinstanz anzurufen, offen. Das Erbobergericht konnte ein weiteres orthopädisches Gutachten einholen. Der orthopädische Sachverständige, der sich der „herrschenden Lehrmeinung“ anschloss und sich an bestehende Gesetze und Begutachtungsrichtlinien hielt (Thomann et al. 2001), wirkte somit an der nationalsozialistischen Rassenpolitik mit.

Das historische Beispiel wurde nur angeführt, um darauf hinzuweisen, dass es für den begutachtenden Arzt eine Grenze gibt, die nicht überschritten werden kann, ohne die ethische Grundlage ärztlichen Handelns aufzugeben. Die nationalsozialistischen Verbrechen an der Menschlichkeit, bei der auch Ärzte mitgewirkt haben, wurden in den zurückliegenden Jahrzehnten detailliert erforscht und aufgearbeitet, die sich daraus ergebenden Konsequenzen sind Teil der heutigen medizinischen Ethik geworden.

1.7.2 Mögliche ethische Konfliktfelder der Gegenwart

Auch unter demokratischen Bedingungen besteht die Gefahr, als ärztlicher Sachverständiger instrumentalisiert zu werden. Außerhalb des orthopädisch-unfallchirurgischen Fachgebiets sei an dieser Stelle auf Psychiatrie hingewiesen. Die „herrschende Lehrmeinung“ leugnete mögliche seelische Traumafolgestörungen durch schwere Unfälle und katastrophale Ereignisse bis Ende der 1950er-Jahre, obwohl eindeutige Forschungsergebnisse deren Existenz nachgewiesen hatten. Diese „Lehrmeinung“ bestimmte zudem die gutachterliche Praxis für mindestens weitere zwei Jahrzehnte. Der Psychiater Ulrich Venzlaff, (1921–2013) veröffentlichte 1958 eine Untersuchung, in der er den „erlebnisbedingten Persönlichkeitswandel“ beschrieb. Das von Venzlaff dokumentierte Syndrom fand nur langsam Eingang in die Begutachtungspraxis. Hemmend wirkten sich vor allem die ab den 50er-Jahren des 20. Jahrhunderts vom damaligen Bundesministerium für Arbeit erneut herausgegebenen „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachter-tätigkeit“ und die ministeriellen Begutachtungsrichtlinien aus (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1960). Ab 1980 setzte sich dann eine allgemeine Akzeptanz möglicher seelischer Traumafolgestörungen durch (➤ Kap. 16). Das

aktuelle Handbuch der psychiatrischen Begutachtung (Dreßing et al. 2020) trägt noch heute seinen Namen. Das seit dem 1. Januar 2024 geltende Vierzehnte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB XIV), dass das Opferentschädigungsgesetz abgelöst hat, trägt der Anerkennung von seelischen Traumafolgestörungen Rechnung.

Umstritten sind vor allem psychiatrische Gutachten, sei es in Betreuungsangelegenheiten, zur Frage der Schuldfähigkeit oder der Gefahr eines Rückfalls. Der Sachverständige sieht sich hierbei unterschiedlichen Interessen ausgesetzt, die seine Beurteilung beeinflussen können.

Doch auch der orthopädische Gutachter ist nicht frei von äußeren Einflüssen. In der Öffentlichkeit wird immer wieder der Vorwurf erhoben, der Gutachter sei nicht neutral, da er finanziell vom Auftraggeber abhängig sei. Wollte er Aufträge erhalten, müsse er den Erwartungen des Auftraggebers entsprechen. Diese Vorwürfe zielen auf Sachverständige, die sowohl für gesetzliche und soziale Versicherungen als auch für Gerichte tätig sind. Bereits 1976 hatte sich der Arbeitsmediziner W. Schimanski (Schimanski 1976) sehr kritisch zu diesem Thema geäußert. Der Psychiater und Psychologe Meins (2017) fokussierte sich explizit auf nach seiner Meinung „parteiische Gutachter“. Die Bundesregierung hatte sich 2013 in einer kleinen Anfrage zu „Medizinischen Gutachten in Gerichtsverfahren“ geäußert (Drucksache 17/12947) und dabei die besondere Verantwortung der Gerichte betont, auf die Neutralität der Gutachter zu achten. Ein rechtlicher Handlungsbedarf zur Bestellung gerichtlicher Sachverständiger wurde nicht festgestellt.

In den 1990er-Jahren waren Post und Bahn tiefgreifenden Umgestaltungsprozessen ausgesetzt. Die Führung der Unternehmen reduzierte die Zahl der Mitarbeiter und bediente sich dabei ihrer ärztlichen Dienste zum „sozialverträglichen Personalabbau“ zu Lasten des Steuerzahlers. Diese erstellten Gutachten, in denen die dauernde Dienstunfähigkeit auch bei geringfügigen Erkrankungen oder Verletzungsfolgen bestätigt wurden. Damit wurde der Weg in die Frühpensionierung geebnet. Dabei wurden selbst jüngere Postbeamte wegen der Folgen eines komplikationslos ausgeheilten Außenknöchelbruchs oder einer Epikondylitis in den dauernden Ruhestand verabschiedet.

Politische Einflüsse dürften sich auch in der Pflegeversicherung auswirken:

Die nichtärztliche Begutachtung in der Pflegeversicherung hat zu einer sehr starken Ausweitung der Zahl der Pflegebedürftigen geführt. In der COVID-19 Pandemie wurden die Pflegeanträge nach einem Telefoninterview bewertet. Sowohl in der gesetzlichen als auch in der privaten Pflegeversicherung wurden im Jahr 2022 ca. 90 % aller Anträge positiv beschieden. Die Zahl der Leistungsempfänger von Pflegeleistungen stieg seit Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich an. 1996 bezogen 1 546 746 Personen Pflegeleistungen. Bis zum Jahr 2017 erhöhte sich die Zahl auf 3 339 179 Leistungsempfänger, um im Jahr 2023 auf 5 236 586 Personen zu steigen

(Bundesministerium für Gesundheit 2024). Die Zahlen lassen sich weder durch den demografischen Wandel noch durch medizinische Faktoren erklären: Nicht alle Versicherten, denen ein Pflegegrad zugesprochen wurde, sind auch tatsächlich pflegebedürftig. In Sozialgerichtsverfahren, in denen es um die Erhöhung des GdB von 30 oder 40 geht, und in Rentenverfahren haben ein nicht geringer Anteil der Kläger Pflegegrade zugesprochen bekommen, ohne dass sich dies nach einer sorgfältigen Anamneseerhebung und körperlichen Untersuchung bestätigen ließ. Auf die Ambivalenz der Pflegebegutachtung wies der Soziologe P. Lambrix (2022, 2024) hin.

Als besonders anfällig für politische Einflussnahmen erwies sich das Schwerbehindertenrecht. War bei seiner Einführung noch vorgesehen, jeden Antragsteller, ebenso wie Kriegsbeschädigte, für die Feststellung der MdE (später GdB) zu untersuchen, sofern keine aussagekräftigen Unterlagen vorlägen (Anhaltspunkte 1977), wurde dieser Grundsatz rasch verlassen. Die Begutachtung erfolgte nur nach Aktenlage – bei überwiegend unzureichenden Daten. Die Politik bediente sich ab 1980 des Schwerbehindertenrechts, um die hohe Arbeitslosigkeit zu reduzieren. Arbeitslose wurden mithilfe ärztlicher Gutachten der Versorgungsämter zu Schwerbehinderten umdefiniert und aufgrund der zugewiesenen Schwerbehinderteneigenschaft vorzeitig berentet. So stieg der Anteil der schwerbehinderten Männer im Alter von 62 bis 65 Jahren in der alten Bundesrepublik von 28,8 % im Jahr 1979 auf 48,8 % im Jahr 1981. Grund dafür war die Einführung des Altersruhegelds ab dem 60. Lebensjahr für Schwerbehinderte gemäß § 37 SGB VI ab dem 1.1.1980. Nachdem sich in der Gegenwart der Arbeitsmarkt stabilisiert hat, ist die Begutachtungspraxis der zuständigen Behörden zu einer realistischen Beurteilung gesundheitlicher Beeinträchtigungen zurückgekehrt. Die Ergebnisse der GdB/GdS-Feststellung entsprechen im Allgemeinen den Vorgaben der Versorgungsmedizin-Verordnung.

1.7.3 Das moralische Risiko (Moral Hazard)

Medizinische Begutachtung dient dem Einzelnen und der Gemeinschaft. Der Gutachter stellt den Befund objektiv dar, um dem Leistungsträger eine Entscheidung zu ermöglichen. Seine Expertise dient auch dazu, ungerechtfertigte Ansprüche zu verneinen. Mit jeder Versicherung und Entschädigung ist ein moralisches Risiko („moral hazard“) verbunden. Das Verhalten eines Menschen verändert sich mit dem Versichertsein. Versicherungen können auch in unlauterer Weise ausgenutzt werden. Der Betrug bei Personenschäden und im Gesundheitswesen ist nicht unerheblich. In den Vereinigten Staaten geht man davon aus, dass ungefähr 10 % aller Sozialversicherungsleistungen ungerechtfertigt abgeschöpft werden (Economist 2014). Auch in Deutschland spielt der Betrug im Gesundheitswesen und in der Personenversicherung eine nicht unerhebliche Rolle. So bestehen in einzelnen Staatsanwalt-

schaften Dezernate zur Betrugsermittlung. In der Schweiz stimmte die überwiegende Mehrheit in einer Volksabstimmung am 25.11.2018 für die Annahme eines Observationsgesetzes zur Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs. Von 2007 bis 2023 konnte die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) durch erfolgreich abgeschlossene Missbrauchsfälle mehr als 272 Millionen Franken einsparen (Suva 2023).

Dem orthopädisch-unfallchirurgischen Sachverständigen muss bewusst sein, dass er selbst und seine ärztliche Tätigkeit im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen stehen. Sollte er den Eindruck haben, unter einem hohen Erwartungsdruck zu stehen und diesem nicht standhalten zu können, oder sollte auch nur der Anschein der eigenen Befangenheit bestehen, ist es sinnvoll, den Gutachtauftrag nicht anzunehmen.

LITERATUR

- Arbeitsgemeinschaft medizinischer Fachgesellschaften. Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung. Leitlinienregister 094/001, Entwicklungsstufe: S2k, 2019.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.). Die „Neurose“. Ihre versorgungs- und sozialmedizinische Beurteilung. Bonn: Schriftenreihe des Bundesversorgungsblattes, Heft 1, 1960 Bonn
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit. Bonn, 1958.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Anhaltspunkte für die Begutachtung Behinderter nach dem Schwerbehindertengesetz. Bonn, 1977.
- Bundesministerium für Gesundheit. Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten. 2024. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>. Letzter Zugriff 4.2.2025.
- Dreßing H, Habermeyer E. (Hrsg.). Psychiatrische Begutachtung: Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. München: Elsevier München, 2020.
- Gütt A, Rüdin E, Ruttke F. Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Bearbeitet und erläutert von ... München 1934.
- Lange M. Erbbiologie der angeborenen Körperfehler. Stuttgart, 1935.
- Lambrix P. Erstrebenswerte Unselbständigkeit? Die Ambivalenz der Pflegebegutachtung. Zeitschrift für Soziologie, 2022; 51(3): 227–243.
- Lambrix P. Die Perspektiven der Pflegebegutachtung – Ein Verfahren zwischen Messung, Bewertung und Entscheidung. MedSach 2024; 120: 24–28.
- Meins W. Der parteiische Gutachter – das unbekannte Wesen. Fortschr Neurol Psychiatr 2017; 85: 690–695.
- N. N. Health-care fraud. The \$272 billion swindle. The Economist 31.5.2014.
- Schimanski W. Beurteilung medizinischer Gutachten. Berlin: De Gruyter, 1976.
- SUVA. Versicherungsmissbrauch. 2024. <https://www.suva.ch/de-ch/ueber-uns/die-suva/versicherungsmissbrauch> (Letzter Zugriff 6.4.2025).
- Thomann K-D, Rauschmann M. Orthopäden und Patienten unter der nationalsozialistischen Diktatur. Orthopäde 2001; 30: 696–711.
- Thomann K-D. Der medizinische Gutachter: Arzt im Spannungsfeld divergierender Interessen. Orthopädie Mitteilungen 2011; 51–54.
- Venzlaff U. Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen (die sogenannten Unfallneurosen). Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer Verlag, 1958.
- Wiesing U. Verantwortung und Ethik in der Begutachtung. Med Sach 2008; 104: 125–129.

Rechtlicher Rahmen ärztlicher Begutachtung

2.1	Bedeutung und Aufgabenstellung	7
2.2	Tatsachenfeststellung	8
2.3	Auswahl des Gutachters	9
2.4	Formen ärztlicher Gutachten	9
2.5	Gutachterpflichten	10
2.5.1	Übernahmepflicht	10
2.5.2	Persönliche Leistungspflicht	10
2.5.3	Aufklärungspflichten	10
2.5.4	Schweigepflicht	11
2.5.5	Qualitätsanforderungen	12
2.6	„Pflichten“ des Probanden	12
2.7	Straf- und Haftungsrecht des Gutachters	13
2.8	Fazit	14

2.1 Bedeutung und Aufgabenstellung

Gerichte, Sozialversicherungsträger, private Versicherungen, sonstige Behörden und andere Einrichtungen wie etwa die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen sind in ihrer Entscheidungsfindung regelmäßig auf ärztliche Gutachten angewiesen. Letztlich kann jeder approbierte Arzt als Sachverständiger auftreten, obwohl in jüngerer Zeit das Bemühen von Ärztekammern, Fachgesellschaften usw. unverkennbar ist, für die erforderliche Ausbildung/Qualifizierung gutachtenspezifische Fortbildungsangebote bereitzustellen. Im Bemühen um die Qualitätssteigerung und -sicherung existieren mittlerweile auch diverse Leitlinien der AWMF, die sich mit allgemeinen Grundlagen und speziellen Fragestellungen der medizinischen Begutachtung befassen (AWMF 2019). Ebenso wenig wie eine große klinische Erfahrung gleichzeitig eine wissenschaftliche Kompetenz indiziert, sind Erfahrungen im klinischen und/

oder wissenschaftlichen Bereich keine Garantie für eine besondere Expertise als Gutachter.

Trotz der zentralen Funktion der medizinischen Sachverständigen innerhalb unseres Rechts- und Sozialsystems fehlt eine gesetzliche Definition ihrer erforderlichen Qualifikation. Allgemein fällt ihnen die Aufgabe zu, innerhalb eines Gutachtauftrags medizinische Befunde zu erheben und diese in Verbindung mit sonstigen zur Verfügung gestellten „Anknüpfungstatsachen“ auf der Basis medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnis und unter Berücksichtigung ärztlichen Erfahrungswissens zu bewerten, um eine Entscheidung des Auftraggebers über die Anwendbarkeit von Rechtsnormen auf einen Lebenssachverhalt vorzubereiten (Ulrich 2019, Gaidzik 2018).

Die Tätigkeit innerhalb eines Gutachtauftrags und die darin regelmäßig geforderte Tatsachenbewertung im Hinblick auf die vorgelegten Fragen (z. B. Bewertung einer Funktionsstörung für die Erwerbs- oder Berufsfähigkeit der Probanden oder deren Beurteilung in Ursache-Wirkungs-Beziehungen) unterscheiden den Sachverständigen vom bloß „sachverständigen

Zeugen“, der über medizinische Befunde aussagt, die er kraft besonderer beruflicher Sachkunde, z. B. in seiner Eigenschaft als vor- oder nachbehandelnder Arzt, „wahrgenommen“ hat. Die Beurteilung etwa eines Röntgenbilds als frakturverdächtig kann auch durch den sachverständigen Zeugen erfolgen. Die Frage, ob eine Strukturveränderung mit Wahrscheinlichkeit oder gar jenseits begründeter Zweifel auf ein Unfallereignis zurückgeführt werden muss, ist bereits dem Sachverständigen vorbehalten, was im Übrigen für den vom Gericht als Zeugen geladenen, dann jedoch als Sachverständigen befragten Arzt auch vergütungsrechtliche Konsequenzen haben kann, weshalb auch er auf eine korrekte Einordnung achten sollte.

Sachverständige werden vorbereitend tätig, d. h. sie sind nicht selbst Entscheidungsträger, sondern „Gehilfen“ (BGH, 24.6.1952–1 StR 130/52, BGHSt 3, 27) bzw. – in heutiger Terminologie – fachkundige Berater der Auftraggeber und deshalb an die ihnen gestellten Fragen oder erteilten Weisungen grundsätzlich gebunden. Für den gerichtlichen Sachverständigen ist dies ausdrücklich in den jeweiligen Prozessordnungen normiert, im außergerichtlichen Bereich gilt aber letztlich nichts anderes. Er ist daher nicht befugt, den Gutachtauftrag eigenmächtig abzuwandeln. Selbstverständlich aber kann er – soweit erforderlich – über das Gericht bzw. den Auftraggeber Einfluss auf die Formulierung der Beweisfragen nehmen und sich in Zweifelsfällen seine Aufgabenstellung erläutern lassen (§ 404a Abs. 2 ZPO). Der Gutachter sollte sich nicht scheuen, bei aus seiner Sicht unklaren oder eventuell sogar an der eigentlichen Problematik vorbeigehenden Aufgabenstellungen den telefonischen Kontakt mit dem Auftraggeber zu suchen.

Aus der Funktion des fachkundigen Beraters folgt weiterhin, dass nicht das Ergebnis, sondern dessen schlüssige und von Sachkenntnis getragene argumentative Herleitung die eigentliche Aufgabe des Sachverständigen und damit auch das maßgebliche Qualitätskriterium seiner Stellungnahme darstellt. Mag man auch zuweilen in der forensischen Praxis den Eindruck gewinnen, dass lediglich die zusammenfassende Bewertung am Ende des Gutachtens zur Kenntnis genommen wird, sollte der Gutachter nicht zuletzt auch im eigenen (Haftungs-)Interesse besondere Sorgfalt auf die Begründung seiner Auffassung verwenden.

Sachverständige sind an die Grenzen ihres jeweiligen Fachs gebunden. Dieser Grundsatz gilt sowohl in Abgrenzung zu anderen medizinischen Fachgebieten als auch – und erst recht – im Hinblick auf die Aufgabenteilung mit dem – juristischen – Auftraggeber. Sie sind daher weder zu generellen Rechtsausführungen berufen noch fällt ihnen die Aufgabe zu, gesellschaftliche Fehlentwicklungen (z. B. Zunahme des Anspruchsdenkens, Finanzierbarkeit des Versicherungssystems) oder vermeintliche/tatsächliche Fehlentscheidungen des Normgebers (z. B. hinsichtlich der Aufnahme bestimmter Erkrankungen in die Berufskrankheitenverordnung oder sonstiger medizinisch implausibler rechtlicher Vorgaben) über ihre Gutachten im Einzelfall zu „korrigieren“.

Vor diesem Hintergrund ist bei der Verwendung rechtlich besetzter Begriffe, z. B. MdE, wesentliche Teilursache oder

Berufs(un)fähigkeit, Vorsicht geboten, da deren Inhalt nur z. T. der medizinischen Beurteilung unterliegt. Zwar werden Sachverständige schon aus verfahrensökonomischen Gründen häufig nicht umhinkommen, mit diesen Termini zu arbeiten. Sie sollten sich dann jedoch über die Definition vergewissern, zumal manche exakt legal definierten Begriffe auch im medizinischen oder allgemeinen Sprachgebrauch auftauchen, zuweilen jedoch mit völlig anderem Inhalt (z. B. Hilflosigkeit, Pflegebedürftigkeit). Komplizierend tritt hinzu, dass derselbe Begriff je nach Rechtsgebiet einen unterschiedlichen Bedeutungsgehalt aufweisen kann (z. B. Arbeitsunfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung oder privaten Krankentagegeldversicherung).

2.2 Tatsachenfeststellung

Eine Bewertung knüpft an Tatsachen an (= Anknüpfungstatsachen im weiteren Sinn), die von den Sachverständigen teils aufgrund ihrer Sachkunde selbst festgestellt werden (Befundstatsachen) oder die ihnen als Akteninhalt oder aufgrund ausdrücklicher Weisung durch den Auftraggeber vorgegeben sind (= Anknüpfungstatsachen im engeren Sinn).

„Neue“ Tatsachen, die im Rahmen der Untersuchung der Probanden zu erheben bzw. durch dessen Exploration in Erfahrung gebracht werden können, sind letztlich Ausfluss der originären Aufgabe eines Sachverständigen und damit ohne Weiteres im Gutachten verwendbar. Zweifel können auftreten, wenn der Sachverständige über die Befragung hinaus Kenntnis von relevanten Umständen erhält (z. B. durch vom Probanden mitgebrachte Befundberichte/Röntgenbilder) oder sogar selbst Sachverhaltsermittlungen anstellt (z. B. Fremdanamnese, Anforderung von Unterlagen bei vor- bzw. nachbehandelnden Ärzten). Ist er durch den Auftrag ausdrücklich hierzu ermächtigt, ist die Verwertung dieses Materials unproblematisch. In den Verfahren, in denen der Sachverhalt durch den Auftraggeber bzw. das Gericht ohnehin umfassend „von Amts wegen“ aufzuklären ist, wie etwa im (Sozial-)Verwaltungsverfahren, im Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft, im Privatauftrag von Versicherungsgesellschaften oder im Sozialgerichtsprozess, sollte er sich durch Rückfragen über die Zulässigkeit zumindest vorab vergewissern. Vorsicht ist dagegen im stark reglementierten Zivilprozess geboten, da hier schon das Einführen „neuer“ Tatsachen einen formalen Akt darstellt, der prozessuale Rechte der Beteiligten tangiert. So stellt etwa eine „Fremdanamnese“ rechtstechnisch eine „Zeugenaussage“ dar, die – streng genommen – durch oder zumindest vor dem Gericht erfolgen müsste, jedenfalls aber die Anhörung bzw. Zustimmung der Prozessparteien voraussetzt, um eine rechtmäßige Basis für die gutachtliche Bewertung zu schaffen. Die Durchführung einer Fremdanamnese sollte daher im Rahmen eines Zivilrechtsstreits stets vorher mit dem

Gericht abgesprochen werden. Gleiches gilt auch für die Verwertung mitgebrachter Befundberichte etc., die bislang nicht Bestandteil der Gerichtsakte waren. Diese sind zunächst nur entgegenzunehmen, bis die – ggf. fernmündlich einzuholende – Zustimmung des Gerichts vorliegt. Auf diese Weise vermeidet der Sachverständige den Vorwurf der Kompetenzüberschreitung als Grund einer möglichen Befangenheit durch die vom Ergebnis des Gutachtens nicht überzeugte Partei.

2.3 Auswahl des Gutachters

Auch für die Auswahl des Sachverständigen gibt es nur wenige normative Grundlagen. § 200 Abs. 2 SGB VII verpflichtet die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, dem Anspruchsteller mehrere – i. d. R. drei – Gutachter zur Auswahl vorzuschlagen. Eine gleichlautende Vorschrift existiert für die Versorgungsverwaltung im Schwerbehindertenrecht (§ 17 Abs. 1 S. 2 SGB IX). Unterbreitet der Betroffene unabhängig von seinem Auswahlrecht einen eigenen Vorschlag zur Person des Gutachters, müssen die Verwaltungsträger dem zwar nicht folgen, allerdings wird man aufgrund der allgemeinen Gesetzesbindung der Exekutive eine Begründungspflicht für eine ablehnende Entscheidung annehmen müssen. Im Bereich des Privatversicherungsrechts haben sich die Beteiligten letztlich über die Person eines Sachverständigen zu verständigen, sofern nicht ohnehin bei Meinungsverschiedenheiten bedingungsgemäß ein „Ärzteausschuss“ tätig wird, mit entsprechenden, ebenfalls im jeweiligen Vertrag festgelegten Besetzungsregeln.

Im gerichtlichen Verfahren wird der Sachverständige i. d. R. durch das Gericht bestimmt (§ 73 Abs. 1 S. 1 StPO; § 404 Abs. 1 ZPO; die Vorschriften zum Sachverständigenbeweis der ZPO gelten kraft Verweisungsvorschrift auch im Sozial- [§ 118 SGG] und Verwaltungsgerichtsprozess [§ 98 VWGO]), wobei man zuweilen auf gerichtsinterne „Listen“ zurückgreift oder einen Gutachternvorschlag der örtlich zuständigen Ärztekammer einholt. Letzteres gewährleistet zwar die Neutralität in der Auswahl, nicht aber zwangsläufig die erforderliche Sachkunde, vor allem bei komplexeren Fragestellungen. Den Parteien bzw. – im Sozialgerichtsprozess – den Beteiligten bleiben neben ihrem unverbindlichen Vorschlagsrecht nur wenige Einflussmöglichkeiten. Allenfalls könnten sie sich mit Bindungswirkung für das Gericht auf die Person eines Sachverständigen einigen (§ 404 Abs. 5 ZPO). Im Strafprozess kann die Verteidigung die Vernehmung eines zuvor von ihr ordnungsgemäß geladenen und in der Hauptverhandlung gestellten Sachverständigen („präsenes Beweismittel“) i. d. R. erzwingen (Grenze: Rechtsmissbrauch), selbst wenn aus Sicht des Strafgerichts ein – weiteres – Gutachten entbehrlich erscheint (vgl. § 245 StPO). Eine scheinbare Ausnahme vom Grundsatz des

„gerichtlichen Sachverständigen“ bildet § 109 SGG, der dem Anspruchsteller die Möglichkeit einräumt, einen „Arzt seines Vertrauens“ als – weiteren – Gutachter zu benennen, der dann – nach Kostenvorschuss – vom Gericht mit der erneuten Begutachtung zu beauftragen ist und so prozessual die Stellung eines „gerichtlichen Sachverständigen“ einnimmt. Allerdings trägt hiermit der Gesetzgeber keineswegs einer „Meinungspluralität“ im Bereich der Begutachtung Rechnung. Vielmehr stammt § 109 SGG noch aus der Ära vor Einführung des SGG, in der sozial(versicherungs)rechtliche Ansprüche ohne nachfolgende gerichtliche Kontrolle verwaltungsintern geprüft und beschieden wurden. Vor diesem Hintergrund kann nicht verwundern, dass es immer wieder Bestrebungen gibt, § 109 SGG als vermeintliches Verfahrenshemmnis abzuschaffen.

Den Parteien oder Verfahrensbeteiligten bleibt es in allen Gerichtsbarkeiten unbenommen, privatgutachterliche Stellungnahmen im Rechtsstreit vorzulegen. Ein solches „Parteigutachten“ – nicht zu verwechseln mit einem „parteilichen“ Gutachten – stellt prozessual anders als das vom Gericht in Auftrag gegebene Gutachten zwar kein Beweismittel dar, ist aber als urkundlich belegter „substanziierter“ Parteivortrag vom gerichtlichen Sachverständigen und vom Gericht zur Kenntnis zu nehmen und inhaltlich zu würdigen. Dies gilt unabhängig von der Frage, ob das Gutachten vom Anspruchsteller oder vom Anspruchsgegner (z. B. Privatversicherer) beauftragt wurde. Lediglich die in einem Verwaltungsverfahren behördlich eingeholten Gutachten (BSG, 17.4.2013 – B 9 V 36/12 B, SozR § 118 Nr. 3) oder auch die Stellungnahme einer Gutachterkommission oder Schlichtungsstelle (BGH, 10.5.1987 – IV ZR 147,86, VersR 1987, 1091) können im Wege des Urkundsbeweises verwertet werden, ihr Inhalt unterliegt aber der freien Beweiswürdigung.

2.4 Formen ärztlicher Gutachten

Inhaltlich lassen sich „finale“ von (auch) „kausalen“ Fragestellungen differenzieren. Der erstgenannte Gutachtentyp ist z. B. im Renten- und Schwerbehindertenrecht anzutreffen. Der Gutachter hat dort den Körper- und Gesundheitszustand des Probanden zu objektivieren und etwaige Funktionseinschränkungen zu bewerten, etwa im Hinblick auf die Erwerbs-, Berufs- oder allgemeine Leistungsfähigkeit. Bei der „kausalen“ Bewertung sind darüber hinaus noch zusätzlich etwaige Kausalbeziehungen aufzuzeigen und zu beurteilen, etwa zu einem Unfall oder einem sonstigen Schadensereignis. Dieser – anspruchsvollere – Gutachtentyp findet sich in der gesetzlichen und privaten Unfallversicherung, im allgemeinen Haftpflicht- und sozialen Entschädigungsrecht sowie in der beamtenrechtlichen Unfallfürsorge.

2.5 Gutachterpflichten

2.5.1 Übernahmepflicht

Dem Sachverständigen sind teils ausdrücklich, teils aus seiner Aufgabenstellung abzuleitende Pflichten auferlegt, deren Missachtung nicht nur die Verwertbarkeit des Gutachtens, sondern auch den Vergütungsanspruch des Sachverständigen infrage stellen kann. Darüber hinaus drohen u. U. straf- oder haftungsrechtliche Konsequenzen.

So kann sich ein Arzt einem gerichtlichen Gutachtauftrag nicht ohne triftigen Grund entziehen (vgl. § 407 ZPO oder § 75 StPO). Daneben kann er kraft dienstvertraglicher Vorgaben oder aufgrund seines Arbeitsvertrags verpflichtet sein, einen Gutachtauftrag zu übernehmen.

Gründe, die den Sachverständigen zur Ablehnung des Auftrags berechtigen oder sogar verpflichten:

- Verwandtschaftliche Beziehung zu den Beteiligten
- Vorbefasstheit mit dem Streitfall, z. B. in der Eigenschaft als Beratungs- oder Gesellschaftsarzt
- Umstände, die den Sachverständigen als Zeugen zur Zeugnis- oder Auskunftsverweigerung berechtigen würden
- Zeitmangel oder Arbeitsüberlastung mit der Unmöglichkeit, das Gutachten innerhalb der gesetzten Frist bzw. „in angemessener Zeit“ zu erstatten
- Wenn Umstände vorliegen, die aus objektiver Sicht geeignet sind, Misstrauen gegen die Unparteilichkeit des Sachverständigen zu rechtfertigen (z. B. enge berufliche Beziehung oder persönliche Bekanntschaft mit einer Partei/einem Beteiligten)

Letzteres müssen Sachverständige seit 2016 schon bei Eingang des Auftrags prüfen und „unverzüglich“, also ohne schuldhaftes Zögern, dem Gericht mitteilen. Andernfalls droht ein Ordnungsgeld (§ 407a Abs. 2 ZPO n. F.) und/oder der Wegfall des Vergütungsanspruchs (§ 8a Abs. 1 JVEG). Übernimmt der Gutachter einen gerichtlichen Auftrag, besteht über die Übersendung der schriftlichen Expertise hinaus grundsätzlich auch die Pflicht zur mündlichen Gutachtenerstattung bzw. zur Erläuterung oder Ergänzung des Gutachtens am Verhandlungstermin (§ 411 Abs. 3 ZPO; Gaidzik und Schiltenswolf 2017). Von diesem Instrument wird im Zivilprozess häufig bis regelmäßig (v. a. im Arzthaftpflichtprozess), in Sozialgerichtsprozessen hingegen eher selten Gebrauch gemacht, freilich dort ohne überzeugende rechtliche Begründung und trotz des zu erwartenden Erkenntnisgewinns gerade bei widerstreitenden Gutachtermeinungen (Bultmann 2011).

2.5.2 Persönliche Leistungspflicht

Gutachter werden personam beauftragt. Während im außergerichtlichen Bereich die Beauftragung einer Institution (z. B. Gutachteninstitut) möglich ist, um dort intern die Auswahl

eines fachlich geeigneten Sachverständigen vornehmen zu lassen, ist der Gutachter im gerichtlichen Raum, vom Fall des Behördengutachtens abgesehen, zwingend namentlich zu bestellen. Hieraus folgt, dass die Begutachtung eine persönliche Leistung des in der Beweisanordnung bzw. im Beweisbeschluss Benannten darstellt, die grundsätzlich nicht delegiert werden darf (§ 407a Abs. 3 S. 1 ZPO). Enge Einschränkungen dieses Grundsatzes finden sich in § 407a Abs. 3 S. 2 ZPO, wonach eine Übertragung von „Hilfsdiensten untergeordneter Bedeutung“ generell und gutachtlicher Teilleistungen unter bestimmten Umständen zulässig ist. Letzteres setzt voraus, dass der Sachverständige den Mitarbeiter namhaft macht und den Umfang seiner Tätigkeit angibt. Die Unterstützung kann sich auf Anamnese, Teile der Befunderhebung sowie die Vorbereitung der abschließenden gutachtlichen Einschätzung erstrecken.

Die Grenze einer rechtlich erlaubten Delegation ist erreicht, wenn von einer eigenverantwortlichen Erstellung des Gutachtens nicht mehr ausgegangen werden kann.

Der eigentliche Sachverständige sollte daher stets die Schlussfolgerungen des Mitarbeiters unter eigener Auswertung der Befundgrundlagen inhaltlich nachvollziehen, sodass er ohne Weiteres in der Lage ist, das Gutachten im Rahmen einer mündlichen Verhandlung zu erstatten und ergänzend zu erläutern. Die bloß formelhafte Schlusswendung („Einverstanden aufgrund eigener Urteilsbildung“) wird zwar von manchen Gerichten immer (noch) akzeptiert. Es müsste aber bei Nachfragen erläutert werden können, worauf diese „eigene Urteilsbildung“ beruht. Der Verstoß gegen die persönliche Leistungspflicht im Gerichtsgutachten macht das Gutachten als Sachverständigenbeweis unbrauchbar und kann darüber hinaus den Verlust des Vergütungsanspruchs nach sich ziehen:

„... Der beauftragte Gutachter ist nicht berechtigt, den Mitarbeitern die das Gutachten prägende Zentralaufgabe zu überlassen. Der unverzichtbare Kern [...] liegt regelmäßig in der persönlichen Begegnung mit dem Probanden unter Einschluss eines explorierenden Gesprächs“ (BSG v. 18.9.2003 – B 9 VU 2/03 B).

Dieses Judikat richtet sich zwar explizit nur an den psychiatrischen Gutachter, bei dem die persönliche Exploration für die Beurteilung von herausragender Bedeutung ist. Aber auch für das traumatologische Gutachten wird es unverzichtbar sein, dass sich der bestellte Gutachter einen persönlichen Eindruck von dem zu Begutachtenden verschafft, um die vorstehend erwähnte Eigenverantwortlichkeit zu wahren. Zumindest in der sozialgerichtlichen Rechtsprechung haben diese Erwägungen mittlerweile Eingang gefunden (BSG v. 7.5.2019 – B 2 U 25/17 R), dort allerdings (auch) gestützt auf die Sonderregel des § 200 Abs. 2 SGB VII.

2.5.3 Aufklärungspflichten

Hinsichtlich der Aufklärungspflichten gelten für den Gutachter dieselben Grundsätze wie in der kurativen Versorgung,

d. h., der Proband ist im Rahmen invasiver und damit aufklärungspflichtiger Diagnosemaßnahmen über die damit verbundenen Risiken zu informieren. Besonderes Augenmerk ist vor dem Hintergrund der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) auch auf die notwendigen datenschutzrechtlichen Aufklärungspflichten zu legen. Sinnvoll ist eine vom Probanden zustimmend gegenzuzeichnende Informationsschrift über Zweck und Dauer der Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung sowie zu den aus der DSGVO und dem entsprechend neugefassten Bundesdatenschutzgesetz folgenden Löschungs-, Berichtigungs- und Beschwerderechten.

2.5.4 Schweigepflicht

Anders als der kurativ tätige Arzt, der in einem Vertrauensverhältnis zu seinem Patienten steht, treten für den Gutachter die Rechtsbeziehungen zum Auftraggeber in den Vordergrund, einschließlich der sich daraus ergebenden Auskunftspflichten. Hieraus folgt jedoch nicht, dass er generell außerhalb der straf-, haftungs- und berufsrechtlich sanktionierten ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB; § 9 MBO-Ärzte) steht. Innerhalb des Gutachtauftrags ist er gegenüber dem Auftraggeber bzw. den sonstigen Verfahrensbeteiligten von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden und gehalten, Informationen, die er bei der Befragung und Untersuchung des Probanden erhält, zu offenbaren und seinen Schlussfolgerungen zugrunde zu legen.

Die Entbindung von der Schweigepflicht kann durch ausdrückliche Erklärung des Probanden vor oder im Rahmen der gutachtlichen Untersuchung erklärt werden, was im Hinblick auf etwaige Reichweiten Zweifel sowie den – strengeren – Vorgaben der DSGVO auch vorzugswürdig erscheint. Sie folgt letztlich auch aus der Tatsache, dass der Proband i. d. R. Ansprüche geltend macht und sich zur Prüfung der Berechtigung dieser Ansprüche der Begutachtung unterzieht (konkludente Einwilligung). Vorab geäußerte Forderungen des Probanden, etwa die Anwesenheit Dritter bei der Untersuchung, sollten im Rahmen des Möglichen bzw. Zumutbaren pragmatisch gehandhabt werden. Dies umso mehr, als die Frage eines Rechtsanspruchs auf Anwesenheit Dritter bei der gutachtlichen Untersuchung in der Gerichtsbarkeit unterschiedlich gesehen wird (Gaidzik 2018). Da es dem Probanden grundsätzlich freisteht, die Entbindungserklärung von der Schweigepflicht zu widerrufen oder im Hinblick auf bestimmte Informationen einzuschränken, folgt gleichzeitig, dass der Gutachter eine solche Entscheidung akzeptieren, jedoch dieses Verhalten im Rahmen seines Gutachtens kenntlich machen muss, einschließlich der Auswirkungen auf die Validität seiner Ergebnisse. Ist aufgrund einer nur selektiven Zustimmung des Probanden eine sinnvolle Bearbeitung der an den Gutachter gerichteten Fragen nicht (mehr) möglich, ist der Gutachtauftrag notfalls mit entsprechender Begründung zurückzugeben.

Die funktionelle Verknüpfung der Zustimmung des Probanden zur Informationsweitergabe an den Inhalt des Gutachten-

auftrags markiert zugleich die Grenzen der Offenbarungsbefugnis in Bezug auf Personen/Institutionen außerhalb des konkreten Verfahrens bzw. auf Umstände, von denen der Gutachter im Rahmen seiner Untersuchung Kenntnis erhält, die jedoch mit dem Gutachtauftrag und dessen Erledigung in keiner sachlichen Beziehung stehen (z. B. die anamnестischen Angaben lassen einen Alkoholmissbrauch vermuten, der Gutachtauftrag beschränkt sich auf die Feststellung von Funktionseinschränkungen eines unfallgeschädigten Kniegelenks). Hier gilt die Schweigepflicht auch gegenüber dem Auftraggeber bzw. den übrigen Verfahrensbeteiligten, sofern ein Geheimhaltungsinteresse des Probanden erkennbar wird oder zu vermuten ist.

Umstände, die der Gutachter innerhalb oder im unmittelbaren zeitlichen Kontext mit der Untersuchungssituation wahrgenommen hat, sind ohne Weiteres verwertbar, z. B. die Begleitung des Probanden zur Röntgenabteilung zwecks Kontrolle der in der eigentlichen Untersuchungssituation demonstrierten Bewegungseinschränkungen. Zufällige Beobachtungen des Sachverständigen (z. B. in der Kantine, auf dem Weg zum oder vom Klinikparkplatz usw.) werden kontrovers beurteilt. Einerseits besteht zumindest noch ein zeitlicher Zusammenhang zur eigentlichen Begutachtung, andererseits ist aus der Perspektive des Probanden noch nicht oder nicht mehr eine Situation gegeben, in der er mit der Überprüfung seines Verhaltens rechnen muss, um seine Persönlichkeitsrechte wirksam ausüben zu können, wie z. B. einen ja stets möglichen Widerruf seiner Zustimmung zur Datenweitergabe. Letztlich erscheint es schon aus praktischen Erwägungen heraus ratsam, auf die Verarbeitung solch ergänzender Informationen zu verzichten, um nicht Vorwände für etwaige Befangenheitsanträge zu liefern, die dann zu zeitraubenden und grundsätzlich nicht vergütungsfähigen Stellungnahmen des Gutachters nötigen. Erfolg wird solchen Anträgen zwar nur selten beschieden sein. Es wird aber zumindest im formell strengeren Zivilprozess davon abhängen, ob es sich um zufällige oder planvolle „Beobachtungen“ als Ausdruck übergroßen Misstrauens gegenüber dem Probanden handelte. Erkenntnisse, die der Sachverständige weder in zeitlichem noch in sachlichem Zusammenhang mit der Begutachtungssituation gewonnen hat (z. B. spätere zufällige Begegnungen mit dem Probanden), sind im gerichtlichen Verfahren ausgeschlossen, wenn und solange diese Umstände nicht ordnungsgemäß (z. B. im Wege der Zeugenaussage) in das Verfahren eingeführt wurden.

Mit Inkrafttreten der DSGVO hat die Begrenzung auf die für die Auftragsbefriedigung notwendige Datenspeicherung einen besonderen Stellenwert erhalten. Die Aufnahme anamnестischer Angaben oder die Erhebung klinischer oder technischer Befunde, die ex ante erkennbar nicht im Zusammenhang mit der Fragestellung des Gutachtens stehen, sind ebenso unzulässig wie eine Speicherung – personenbezogener – Daten über den Zeitraum hinaus, in dem der Gutachter zur Aufgabenerfüllung oder zur Wahrung berechtigter Eigeninteressen (z. B. Haftung) hierauf zurückgreifen können muss.

2.5.5 Qualitätsanforderungen

Entsprechend seiner Eidesformel muss der Sachverständige das Gutachten „nach bestem Wissen und Gewissen“ erstatten, d. h., seine Beurteilung muss von völliger Unparteilichkeit und Objektivität geprägt sein. Dies schließt übergroßes Misstrauen ebenso aus wie die Übertragung der für den Arztberuf ansonsten kennzeichnenden Fürsorge auf die Rolle des Sachverständigen. Diese zugegeben schwierige Gratwanderung wird den gleichzeitig behandelnden Arzt vor fast unlösbare Probleme stellen, wenn er seinen Patienten nunmehr als „Probanden“ mit der notwendigen inneren Distanz begutachten soll. Zwar scheiden Behandler nicht von vornherein als Gutachter aus. Im Einzelfall kann deren Beauftragung sogar sinnvoll sein, da naturgemäß nur die Behandler den Patienten/Probanden außerhalb der Anspruchssituation im zeitlichen Längsschnitt kennen. Allen Beteiligten muss in einem solchen Fall aber bewusst sein, dass die Grundsätze der Unparteilichkeit und Objektivität unabhängig vom Behandlungsverhältnis einschränkungslos Geltung beanspruchen, will man der gutachterlichen Funktion gerecht werden.

Der Grundsatz der Objektivität verpflichtet den Gutachter weiterhin, die Erfahrungen seines Fachs in die Bewertung einzubeziehen und es nicht bei subjektiven Einschätzungen zu belassen. § 25 MBO-Ärzte verpflichtet den Arzt bei der „Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen. Gutachten und Zeugnisse, zu deren Ausstellung der Arzt verpflichtet ist oder die auszustellen er übernommen hat, sind innerhalb einer angemessenen Frist abzugeben.“ Eine Legaldefinition für die „Angemessenheit“ fehlt. Allerdings folgen einige Bearbeitungsfristen unmittelbar aus dem Gesetz, und § 411 ZPO n. F. verpflichtet das Gericht, dem Sachverständigen für die Erstattung des Gutachtens eine Frist zu setzen, deren Einhaltung wiederum mit einem drohenden Ordnungsgeld verknüpft ist. Schon deshalb sollte der Gutachter möglichst frühzeitig prüfen, ob die ihm gesetzte Frist aufgrund fallbezogener Besonderheiten oder aufgrund seiner Arbeitsbelastung absehbar eingehalten werden kann.

Bildete die Begutachtung früher eher einen Appendix zur klinischen Tätigkeit, ist in den letzten Jahren der Zwang zur Professionalisierung des Gutachterwesens unverkennbar. Gerichte, Versicherungsgesellschaften und Sozialversicherungsträger stellen zu Recht zunehmend höhere Anforderungen an die Qualität fachärztlicher Expertisen. Die Kenntnis der rechtlichen Rahmenbedingungen bei gleichzeitiger Beachtung der Grenzen medizinischer Kompetenz, das Beherrschen der gutachterlichen Methodik und die Übersicht über den wissenschaftlichen Meinungsstand, einschließlich etwaiger Leitlinien/Empfehlungen der Fachgesellschaften, sind elementare Voraussetzungen gutachterlicher Sorgfalt. Hierzu gehört auch die Kenntnis bzw. Beachtung von Tabellenwerken und deren graduelle Bindungswirkung für die gutachtliche Be-

wertung von Funktionsstörungen. Ausgehend von Listen mit Normqualität wie etwa der Anlage zur Versorgungsmedizinverordnung (VersMedV) mit ihren GdB-/GdS-Werten über konsenterte und wissenschaftlich fundierte Empfehlungen von Fachgesellschaften, die als „antizipierte Sachverständigen-gutachten“ Akzeptanz in der forensischen Praxis finden, bis hin zu Autorenmeinungen in der Gutachtenliteratur, steigt der verbleibende Beurteilungsspielraum. Erstere lassen Abweichungen allenfalls noch mit eingehender Begründung zu, die ihrerseits wiederum aus der Systematik der VersMedV abzuleiten wären. Wissenschaftlich legitimierte Empfehlungen von Fachgesellschaften und Lehrbuchmeinungen dienen zwar ebenfalls der einheitlichen Rechtsanwendung, müssen aber durch innere Plausibilität überzeugen.

2.6 „Pflichten“ des Probanden

Mitwirkungspflichten des Probanden im engeren Sinn, die im Weigerungsfall mit Zwangsmitteln durchgesetzt werden können, existieren verständlicherweise nur aus Gründen übergeordneter Allgemeinwohlinteressen, etwa im Bereich des Strafprozessrechts (§ 81, 81a StPO), zur Gefahrenabwehr im Bereich des Ordnungsrechts (z. B. § 26 ff. IfSG), zur Abstammungsfeststellung (§ 372a ZPO) oder im Beamtenrecht (§ 33 BeamtVG). Im Übrigen handelt es sich bei den auferlegten Mitwirkungspflichten um „Obliegenheiten“ des Probanden, die zwar nicht zu erzwingen sind, jedoch im Falle einer Weigerung mit beweisrechtlichen Nachteilen verbunden sein können. Je nach Rechtsgebiet kommen unterschiedliche Konsequenzen in Betracht.

Im Zivilprozess führt die fehlende Mitwirkung der für einen bestimmten Umstand an sich beweisbelasteten Partei zum Verlust des Rechtsstreits, soweit hierdurch die ihr obliegende Beweisführung misslingt. Entzieht sich der Proband einer gutachtlichen Untersuchung und kann auch nicht anders geklärt werden, ob und welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen er z. B. infolge eines Verkehrsunfalls davongetragen hat, wird er i. d. R. im Prozess unterliegen, weil die zu seiner Beweislast stehenden Voraussetzungen eines Schadensersatzanspruchs aufgrund seines Verhaltens nicht zu beweisen sind. Bedarf es hingegen der Mitwirkung des Beweisgegners, führt dessen Verweigerung zur Beweislastumkehr. Vernichtet etwa ein Arzt die Behandlungsdokumentation in der Hoffnung, so den Nachweis eines Behandlungsfehlers zu erschweren bzw. zu vereiteln, muss nicht mehr der Patient den Vorwurf des Sorgfaltspflichtverstoßes beweisen, sondern der Arzt den Nachweis sorgfaltsgerechten Verhaltens führen. Ähnliches gilt im Sozialgerichtsprozess, in dem das Gericht etwaige Verletzungen der Mitwirkungslasten im Rahmen seiner Beweiswürdigung berücksichtigen kann, wenn im Rahmen der dort gebotenen Amtsermittlung (§ 103 Abs. 1 SGG) andere Erkenntnisquellen nicht bestehen oder ausgeschöpft sind.

Handelt es sich hierbei um allgemeine prozessuale Grundsätze, sind die Mitwirkungspflichten im Sozialverfahren sogar gesetzlich normiert. Der Anspruchsteller ist verpflichtet, sich zur Prüfung der Leistungsberechtigung den erforderlichen Untersuchungen (§ 62 SGB I) und ggf. erforderlichen Heilbehandlungen (§ 63 SGB I) zu unterziehen. Die Grenzen dieser Mitwirkungs-„Pflichten“ finden sich in § 65 SGB I in Gestalt der Erforderlichkeit, Verhältnismäßigkeit und Zumutbarkeit. Insbesondere muss der Proband keine Maßnahmen dulden, bei denen im Einzelfall Schäden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden können oder die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind bzw. die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit darstellen (§ 65 Abs. 2 SGB I). Damit sind invasive diagnostische Eingriffe, von Blutentnahmen abgesehen, weithin ausgeschlossen. Der Einsatz von Röntgenstrahlung bei der Begutachtung wird hingegen nach § 25 Abs. 1 S.1 RöV i.V.m. §§ 62, 65 SGB I für zumutbar erachtet (vgl. OVG Hamburg, 9.2.2015 – 4 Bs 9/11; OLG Karlsruhe, 26.8.2015 – 18 UF 92/15). Unter dem Aspekt der "Erforderlichkeit" wird dies aber nur für die Fälle gelten können, in denen keine aussagekräftigen Vorbefunde vorliegen und keine diagnostischen Alternativen ohne Strahlenbelastung in Betracht kommen (MRT, Sonografie).

Verweigert der Proband die gutachterliche Untersuchung insgesamt, einzelne Auskünfte – ggf. unter Verpflichtung des Gutachters auf die ärztliche Schweigepflicht – oder für die gutachtliche Fragestellung relevante diagnostische Maßnahmen, muss der Gutachter diese Weigerung dokumentieren und die daraus für die Validität der gutachterlichen Schlussfolgerungen zu ziehenden Konsequenzen gegenüber dem Auftraggeber offenlegen. Es ist nicht seine Aufgabe, die Zumutbarkeit einer Maßnahme zu beurteilen, geschweige denn darf er diese heimlich durchführen (z. B. Bestimmung von Medikamentenspiegeln unter dem Vorwand einer „normalen“ Blutuntersuchung) oder sich über das Verbot des Probanden, bestimmte Informationen zu verwenden, hinwegsetzen.

2.7 Straf- und Haftungsrecht des Gutachters

Fehlerhafte ärztliche Gutachten können straf- und haftungsrechtliche Sanktionen für den Gutachter nach sich ziehen.

Folgende Delikte können im Zusammenhang mit der Gutachtererstattung stehen:

- Falschaussage (§ 153 StGB)
- Meineid/fahrlässiger Falscheid (§ 154/§ 163 StGB)
- Verletzung der Schweigepflicht (§ 203 StGB)
- Vorsätzliche/fahrlässige Körperverletzung (§ 223 ff./§ 229 StGB)
- Betrug (§ 263 StGB)
- Untreue (§ 266 StGB)

- Ausstellung unrichtiger Gesundheitszeugnisse (§ 278 StGB)
- Bestechlichkeit im geschäftlichen Verkehr (§ 299 StGB)
- Vorteilsannahme/Bestechlichkeit (§ 331/§ 332 StGB)

Praktische Bedeutung für den Sachverständigen haben die Aussage bzw. Eidesdelikte, die allerdings nach überwiegender Meinung in Rechtsprechung und Literatur die mündliche Erstattung bzw. zumindest die mündliche Erläuterung des Gutachtens am Verhandlungstermin ggf. unter zusätzlicher Vereidigung des Sachverständigen voraussetzen. Das vorsätzliche falsche schriftliche Gutachten kann als „unrichtiges Gesundheitszeugnis“ gemäß § 278 StGB strafbar sein, wenn und soweit der Gesundheitszustand des Probanden zur „Täuschung im Rechtsverkehr“ unrichtig dargestellt wird, was im Übrigen auch für ärztliche Atteste gilt. Dient die Stellungnahme der Überprüfung finanzieller Ansprüche des Betroffenen, kann kriminelles Verhalten des Gutachters in den Bereichen der Vermögens- oder eventuell auch der Korruptionsdelikte angesiedelt sein.

Verstöße gegen strafrechtliche Bestimmungen führen zur Einleitung eines Ermittlungsverfahrens durch die Staatsanwaltschaft als der zuständigen Strafverfolgungsbehörde und bei Bestätigung der Vorwürfe im Ergebnis zu einer Verurteilung zu Geld- oder Freiheitsstrafe durch die Strafgerichte.

Demgegenüber bezieht sich die haftungsrechtliche Verantwortlichkeit des Gutachters auf die mögliche Verpflichtung zur Schadensersatzleistung für fehlerhaft erstattete Gutachten.

Im Rechtsstreit richtet sich die Haftung seit 2002 ausschließlich nach § 839a BGB. Erstattet danach ein vom Gericht ernannter Sachverständiger vorsätzlich oder grob fahrlässig ein unrichtiges Gutachten, ist er zum Ersatz des Schadens verpflichtet, der einem Verfahrensbeteiligten durch eine gerichtliche Entscheidung entsteht, die auf diesem Gutachten beruht. Im Unterscheid zur alten Rechtslage kommt es nicht mehr darauf an, ob der Sachverständige auf sein Gutachten hin vereidigt wurde – dann Haftung gemäß § 823 Abs. 2 BGB in Verbindung mit dem Delikt des fahrlässigen Falscheids als Schutzgesetz – oder nicht (dann bei bloßen Vermögensschäden [nur] Haftung für eine „sittenwidrige“ Schädigung gemäß § 826 BGB). Eine nennenswerte Verschärfung geht mit dieser Gesetzesänderung entgegen manchen Befürchtungen nicht einher (Gaidzik 2004).

Aber auch außerhalb des gerichtlichen Verfahrens trifft den Gutachter eine Einstandspflicht für etwaige Schäden infolge seines Gutachtens, entweder aus dem mit dem Auftraggeber geschlossenen (Werk-)Vertrag, aus Delikt oder nach den Regeln der Amtshaftung.

Die Grundlage eines Gutachtauftrags ist regelmäßig ein Werkvertrag im Sinne von § 631 BGB. Geschuldet wird das ordnungsgemäß erstellte Gutachten als „Werk“. Verletzt der Gutachter als Schuldner dieses Vertrags seine hieraus resultierenden Pflichten vorsätzlich oder fahrlässig, ist er dem Auftraggeber für die hieraus resultierenden Schäden ersatzpflichtig (§ 280 BGB). Selbst leichte Fahrlässigkeit ist im Unterschied

zu § 839a BGB für eine vertragliche Haftung des Gutachters ausreichend, sofern man nicht durch eine gesonderte Vereinbarung die Haftung auf grobe Fahrlässigkeit beschränkt, was zwar möglich, in der gutachtlichen Praxis bislang aber eher unüblich ist. Ein etwaiges Mitverschulden des Geschädigten kann über § 254 BGB Berücksichtigung finden, so etwa, wenn der Auftraggeber eine ordnungsgemäße Schlüssigkeitskontrolle des Gutachters versäumt und so offenkundige Fehler übersehen hat. Strittig und klärungsbedürftig ist hingegen, ob und unter welchen Voraussetzungen neben dem Auftraggeber des Gutachtens auch der Proband in den „Schutzbereich“ des Vertrags einbezogen ist, mit der Folge, dass auch von ihm etwaige Schäden gegenüber dem Gutachter auf vertraglicher Grundlage haftungsrechtlich geltend gemacht werden könnten. Die Rechtsprechung hat dies bei Gutachten im Kontext von Versicherungsverträgen verneint, die lediglich auf Geldzahlung gerichtet sind (BGH, 17.9.2002 – X ZR 237/01, NJW 2002, 3625), was zwar im Ergebnis, nicht jedoch in der Begründung Zustimmung verdient (Gaidzik 2008).

Die deliktische Haftung des Sachverständigen außerhalb gerichtlicher Verfahren richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften der §§ 823 ff. BGB.

Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet (§ 823 Abs. 1 BGB).

Die primäre Vermögensschädigung infolge einer unzutreffenden Zu- oder Aberkennung der Anspruchsvoraussetzungen durch den Gutachter unterliegt nach einhelliger Meinung nicht dem Schutz des § 823 Abs. 1 BGB. Hier haftet der Gutachter mangels analoger Anwendbarkeit des § 839a BGB allenfalls für die – wenigstens bedingt vorsätzliche – sittenwidrige Schädigung nach Maßgabe von § 826 BGB: „Wer in einer gegen die guten Sitten verstoßenden Weise einem anderen vorsätzlich Schaden zufügt, ist dem anderen zum Ersatz des Schadens verpflichtet.“

In den Fällen, in denen die Begutachtung sich als hoheitliche Tätigkeit darstellt, so namentlich bei Gutachten im Auftrag der Sozialversicherungsträger (OLG Köln 20.7.2018 – 5 U 200/17; OLG Koblenz, 6.6.2005 – 5 U 687/05), finden im Verhältnis zum Probanden die Grundsätze der Amtshaftung Anwendung (§ 839 BGB i. V. m. Art. 34 GG). Die Ansprüche des Probanden richten sich insoweit ausschließlich gegen die Körperschaft, bei der der Gutachter angestellt oder in deren Diensten er tätig geworden ist, nicht jedoch unmittelbar gegen den Gutachter selbst. Allerdings kann die in Anspruch genommene Körperschaft gegenüber dem Gutachter zumindest in Fällen grober Fahrlässigkeit oder Vorsatz Regress nehmen. Die Regress-

möglichkeit bei bloß einfacher Fahrlässigkeit hängt von der strittigen Frage ab, ob das Haftungsprivileg des Art. 34 GG auch für extern hinzugezogene medizinische Gutachter gilt. So wollte die Rechtsprechung verschiedentlich die Privilegierung auf Fälle beschränkt wissen, in denen es um die „Stärkung der Entschlussfreudigkeit und Schlagkraft der öffentlichen Verwaltung“ ginge, und hat im Ergebnis beigezogene Unternehmer als Verwaltungshelfer auch unterhalb der Schwelle von Art. 34 GG haften lassen (vgl. BGH, 14.10.2004 – III ZR 169/04; OLG Stuttgart, 19.4.2005 – 1 U 74/03).

2.8 Fazit

Sachverständige sind aufgrund ihrer Funktion bei der „justizförmigen“ Sachverhaltsermittlung an bestimmte juristische Rahmenbedingungen gebunden, deren Kenntnis und Beachtung die Verwertbarkeit eines Gutachtens sicherstellen und einen Teil seiner inhaltlichen Qualität ausmachen. Es kann deshalb nicht oft genug betont werden, dass die Begutachtung keinen bloßen Annex zur kurativen oder sonstigen wissenschaftlichen Tätigkeit darstellen darf, sondern spezifische Kenntnisse voraussetzt. Sich diese zu erarbeiten, sollte nicht nur dem beruflichen Selbstverständnis von Ärztinnen und Ärzten entsprechen, sondern wird allein der nicht selten existenziellen Bedeutung eines Gutachtens für die Betroffenen sowie der allgemeinen gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Bedeutung des Gutachtenwesens in einem modernen Rechts- und Sozialstaat gerecht.

LITERATUR

- Arbeitsgemeinschaft medizinischer Fachgesellschaften. Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung. Leitlinienregister 094/001, Entwicklungsstufe: S2k, 2019.
- Bultmann S. Ladung des medizinischen Sachverständigen zur Erläuterung eines Gutachtens – aus juristischer Sicht, MedSach 2011; 107: 84–87.
- Gaidzik PW. Rechtsgrundlagen der Begutachtung. In: Widder B, Gaidzik PW. Neurowissenschaftliche Begutachtung, 3. Auflage. Stuttgart: Thieme, 2018; S. 13–30.
- Gaidzik PW. Gravierende Haftungsverschärfung für den gerichtlichen Sachverständigen durch § 839a BGB? Der medizinische Sachverständige 2018; 100:129–132.
- Gaidzik PW. Haftung des Gutachters. Forum medizinische Begutachtung, 1/2008: S. 35–40.
- Gaidzik PW, Schiltenswolf M. Erörterung eines Sachverständigengutachtens vor Gericht. MedSach 2017; 113:206–209.
- Ulrich J. Der gerichtliche Sachverständige, 13. A. Köln: Carl Heymanns Verlag, 2019.

Begutachtung häufiger Verletzungen der unteren Extremität

11.1	Hinweise zur Begutachtung der unteren Extremität	189
11.2	Verletzungen der Hüfte	192
11.3	Verletzungen der unteren Extremität	197
11.3.1	Schenkelhalsfraktur	197
11.3.2	Per- und subtrochantäre Frakturen	199
11.3.3	Oberschenkelchaftfraktur	204
11.3.4	Per- und suprakondyläre Frakturen	207
11.3.5	Patellafraktur	208
11.3.6	Patellaluxation	210
11.3.7	Verletzungen und Erkrankungen des Streckapparats des Kniegelenks: Quadrizepssehnenruptur – Patellarsehnenruptur	213
11.3.8	Verletzungen von Kapseln und Bändern des Kniegelenks	215
11.3.9	Verletzungen von Unterschenkel und Fuß	221
11.3.10	Die Begutachtung des Fußes	228
11.3.11	Verletzungen und Erkrankungen der Füße	234
11.4	Amputationen	247

11.1 Hinweise zur Begutachtung der unteren Extremität

Bei der Bewertung von Funktionsstörungen der Beine sind die Steh- und Gehfähigkeit besonders zu berücksichtigen. Die Beurteilung wird sich deshalb nicht auf die Untersuchung der entkleideten Beine beschränken können. Der Gutachter sollte den Probanden selbst im Wartezimmer abholen. Hierbei kann eine Reihe von Eindrücken gewonnen werden, die für die spätere Einschätzung von Bedeutung sein können:

- Ist der Proband allein oder in Begleitung erschienen?
- Bereitet es ihm Mühe, aufzustehen und die ersten Schritte bis zur Begrüßung zurückzulegen?
- Wird vielleicht sogar Hilfe benötigt, um aufzustehen?
- Werden Hilfsmittel benutzt und wenn ja, in welcher Weise (> Abb. 11.1)?
- Wie ist das Gangbild mit Schuhen?

Nachdem die Anamnese erhoben und die Beschwerden aufgenommen wurden, erhält der Gutachter bei der Beobachtung des Ab-

legens der Oberbekleidung und des Barfußgangs weitere wichtige Informationen.

- Benötigt der Proband beim Ausziehen Hilfe?
- In welcher Form wird das Hilfeersuchen geäußert und wie reagieren mögliche Begleiter?
- Wie ist der Barfußgang, wird hierbei ein Fritzstock oder eine Unterarmgehstütze verwendet?
- Hinkt der Untersuchte? Wenn ja, warum: Sind nur die Füße den kalten Fliesenboden nicht gewöhnt? Wird der Oberkörper mitbewegt? Gibt das Bein keinen Halt? Können Hüft- und/oder Kniegelenke nicht völlig gestreckt werden? Ist die Beweglichkeit des Sprunggelenks eingeschränkt oder wird der Fuß nur auf der Fußspitze oder der Ferse aufgesetzt?

Es schließt sich die Betrachtung der Beine von dorsal und ventral an: Der Gutachter sollte sich nicht darauf beschränken, pathologische Veränderungen mitzuteilen. Die Beschreibung eines seitengleichen Normalbefunds mit guter muskulärer Entwicklung kann entscheidende Hinweise für eine Restitutio ad integrum geben. Die Aufzeichnung der optisch erkennbaren



Abb. 11.1 Es ist von Bedeutung, wie die Probandin oder der Proband zur Untersuchung kommt: Erschien er oder sie allein? Wie erfolgte die Anreise? Sind der Partner, die Partnerin dabei oder die Kinder? Werden Gehstützen benutzt oder Hilfsmittel verwendet (a, b, c)? Es ist eine freundliche Geste, den Probanden im Wartezimmer zu begrüßen, abzuholen und zu fragen, ob eine Begleitperson mit in die Untersuchung kommen möchte. Der Sachverständige hat nichts zu verbergen, Befragung und Untersuchung sollten transparent und nachvollziehbar erfolgen. Auf dem Weg vom Wartezimmer zum Untersuchungsraum lassen sich erste Hinweise auf den körperlichen Zustand und das Selbstbild des Probanden gewinnen [P536]



Abb. 11.2 Die Betrachtung und Beschreibung von Gang und Stand geben wichtige Hinweise. Sinnvoll ist es, den Lokalbefund fotografisch zu dokumentieren. Die 55-jährige Rentenantragstellerin klagte über Knieschmerzen und Stauungsgefühle in beiden Beinen. Es lag eine Valgusstellung der Beinachsen mit einer Gonarthrose, rechts stärker als links, vor. Die Probandin hatte bei einer Größe von 165 cm ein Gewicht von 115 kg. Sie hatte zuvor ihr Gewicht von 130 auf 75 kg reduziert und sich danach plastischen Eingriffen an beiden Oberschenkeln unterzogen (Entfernung der überflüssigen Hautlappen). Später nahm sie erneut an Gewicht zu. Distal der plastischen Eingriffe an den Oberschenkeln lag eine erhebliche Schwellung vor, die die Beschwerden der Antragstellerin zwanglos erklärte [P536]

Normabweichungen umfasst neben den unfallbedingten auch die unfallunabhängigen Veränderungen:

Beschrieben werden Zustand und Farbe der Haut, Zustand des Unterhautgewebes, Muskulatur, Achsabweichungen, Fehlhaltungen und Schwellungen der Gelenke, Weichteil- oder Knochenvorsprünge, Krampfadern, Ulzera, Stauungsdermatosen, Ödeme, Narben, Abweichungen der Fußform und weitere mit dem Auge erkennbare Befunde (> Abb. 11.2). Beinlängendifferenzen lassen sich zumindest überschlägig durch das Auflegen der Hände auf den Beckenkamm ausmessen. Der Proband wird gebeten, kurzfristig beide Beine in

den Kniegelenken durchstrecken und gleichmäßig zu belasten. Die Messung sollte mehrfach wiederholt werden. Zwischendurch wird der Proband aufgefordert, auf der Stelle zu laufen. Hierdurch lässt sich die subjektive Beeinflussung reduzieren. Ergeben sich Hinweise für Längendifferenzen, werden so lange Brettchen von jeweils einem halben Zentimeter unter den Fuß (die Ferse) des verkürzten Beins gelegt, bis das Becken gerade steht.

Danach werden der Einbeinstand, der beidseitige Zehenspitzen- und Hackenstand überprüft. Wegen der Standunsicherheit vieler älterer Menschen muss das Untersuchungszimmer so

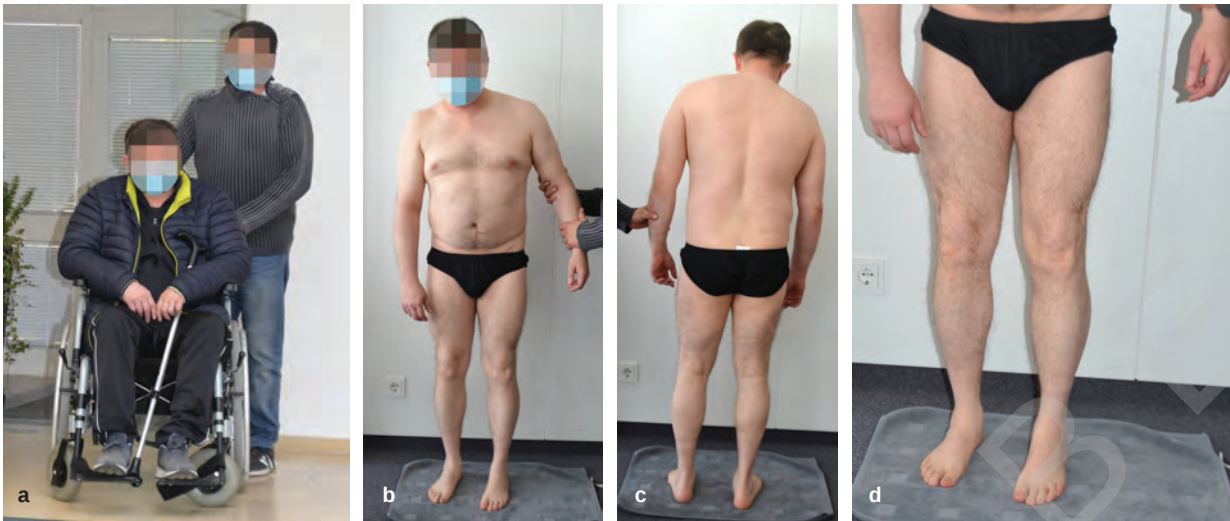


Abb. 11.3 Die Entwicklung der Muskulatur gibt wichtige Hinweise auf die Funktion der Beine. In diesem Fall ging es um die Vergabe des Merkmals aG im Schwerbehindertenrecht (SGB IX). Der Antragsteller wurde im Rollstuhl gebracht (a). Er gab an, nicht laufen zu können. Die Untersuchung ergab eine überdurchschnittlich kräftige Entwicklung der Rumpf- und Extremitätenmuskulatur (b, c). Die Entwicklung der Beinmuskulatur entsprach eher der eines Leistungssportlers (d). Eine Beeinträchtigung der Gehfähigkeit konnte aus orthopädischer Sicht nicht bestätigt werden. Die Ursache der Diskrepanz ließ sich im Rahmen der Untersuchung nicht klären [P536]

ausgelegt sein, dass die Möglichkeit besteht, sich an einem Gegenstand festzuhalten. Die Probanden werden gebeten, in die Hocke zu gehen. Ist erkennbar, dass der allgemeine körperliche Zustand oder die Gelenke der unteren Extremitäten diese Position nicht erlauben, sollte darauf verzichtet werden. Ein sehr kooperationswilliger Proband mit schwerer Gonarthrose würde möglicherweise die Hocke unter Schmerzen einnehmen und damit die ruhende Arthrose beider Kniegelenke aktivieren. Für den ärztlichen Gutachter gilt ebenso wie für den behandelnden Arzt der Grundsatz, niemals zu schaden („nihil nocere“).

Die weitere Untersuchung erfolgt im Liegen:

Geprüft wird die Beweglichkeit der Hüftgelenke in allen Ebenen. Die seitenvergleichende Prüfung lässt verletzungsbedingte Unterschiede rasch erkennen. Narben werden ausgemessen und palpiert. Verklebungen und schmerzhaft Resistenzen sollten aufgenommen werden. Enthesiopathien des Trochanter major und der Tractus iliotibialis sind häufig Anlass für Klagen. Die seitenvergleichende Prüfung kann Hinweise für unfallunabhängige Leiden geben (beidseitige Ansatzentendinosen, Tendonmyalgie). Besteht ein derartiger Verdacht, sollten auch weitere Knochenvorsprünge und Sehnenansätze palpiert werden, da diese ebenfalls häufig schmerzhaft sind. Überprüft werden sollten Knie- und Sprunggelenke, bei Verdacht auf Systemkrankheiten auch die Gelenke der oberen Extremität. Der spätere Vergleich der druckempfindlichen Regionen an Hüfte und Oberschenkel mit Röntgenaufnahmen fördert gelegentlich eine periartikuläre Verkalkung zutage, die im Zusammenhang mit dem Unfall entstanden ist. Wurde eine Endoprothese implantiert, ist deren Festigkeit klinisch zu prüfen. Ein kurzer, aber kräftiger Zug am Oberschenkel und die geführte, kraft-

volle, aber vorsichtige Stauchung des Oberschenkels in das Hüftgelenk wird bei einer Lockerung häufig als schmerzhaft angegeben. Demgegenüber bereitet diese Bewegung bei der Arthrose der Hüfte im Gegensatz zu den Maximalbewegungen kaum Beschwerden.

Der vielleicht wichtigste Indikator für die Funktion und den Einsatz des Beins ist die Entwicklung der Muskulatur (> Abb. 11.3). Klagt der Proband, ein Bein wegen der dabei auftretenden Schmerzen nicht belasten zu können, und lässt sich bereits mit bloßem Auge eine erhebliche Muskelatrophie erkennen, die durch die Messung der Umfangmaße bestätigt wird, stehen Befund und Befinden in Übereinstimmung.

Der Gutachter soll die funktionellen Beeinträchtigungen ermitteln. In Fällen eines unerwartet schlechten Heilverlaufs kann ihm allerdings auch die Aufgabe zufallen, Hinweise für eine weitere Therapie zu geben.

Bei einer Begutachtung nach einer Verletzung der Hüfte ist nicht ausreichend, Knie, Sprunggelenke und Füße nur kurz cursorisch zu untersuchen. Einerseits können bei der Primärdiagnostik auch Verletzungen des Knie- oder des Sprunggelenks übersehen worden sein, andererseits ist auszuschließen, dass sich unfallunabhängige Erkrankungen oder Folgen früherer Unfälle auf die übrigen Beingelenke auswirken.

Wirbelsäule und Becken sind in die Untersuchung mit einzubeziehen, um Auswirkungen einer gestörten Hüftgelenkfunktion auf den Beckenring und die (Lenden-)Wirbelsäule zu erfassen. Andererseits sollte daran gedacht werden, dass sich auch Wirbelsäulenerkrankungen auf die Hüftgelenke auswirken können: Erwähnt sei die Coxitis bei einem Morbus Bechterew oder die Folgen einer Spondylitis.

11.2 Verletzungen der Hüfte

Azetabulumfrakturen

Kodierung nach ICD-11: NB52.13; ICD-10: S32.4.

Ätiologie und Klinik

Das Hüftgelenk wird von einer relativ großen Gelenkpfanne gebildet, die den Hüftkopf weiträumig umgreift. Anatomisch unterscheidet man einen vorderen und einen hinteren knöchernen Pfeiler. Zum vorderen Pfeiler gehören der ventrale Anteil der Darmbeinschaukel, die vordere Hälfte des Pfannendachs und der Schambeinast. Der dorsale Pfeiler wird vom hinteren Pfannendach, dem Sitzbein und dem hinteren Anteil des Darmbeins gebildet.

Frakturen der Pfanne entstehen durch schwere Gewalteinwirkungen, Verkehrsunfälle mit hoher Rasanz oder Stürze aus größerer Höhe.

Die von Letournel eingeführte Klassifikation der Hüftpfannenfrakturen wurde von der AO der A-, B- und C-Einteilung angepasst (➤ Abb. 11.4):

- Bei der *A-Fraktur* ist nur ein Pfeiler betroffen.
- Die *B-Fraktur* bezeichnet Brüche, die sich quer durch die Pfanne ziehen.
- Bei der *C-Fraktur* sind beide Pfeiler gebrochen, das Pfannendach ist vollständig vom restlichen Becken getrennt.

Brüche des Pfannendachs entstehen vorwiegend bei schweren axialen Gewalteinwirkungen. Die früher klassische Verletzung war die des nicht angeschnallten Autofahrers, dessen Kniegelenke an das Armaturenbrett anslagen. Die dabei auftretenden Kräfte wurden über den Oberschenkel auf den Hüftkopf und die Hüftpfanne übertragen. Durch die Stauchung entstand eine zentrale Hüftgelenkluxationsfraktur.

Therapie und Prognose

Nach radiologischer und computertomografischer Diagnostik können unverschobene Pfannendachbrüche konservativ mit Extension und Entlastung behandelt werden. Alle verschobenen Pfannendachbrüche sind operativ zu behandeln, um eine möglichst stufenlose Wiederherstellung der Pfanne zu erreichen. Je nach Stabilität wird eine frühfunktionelle Behandlung, anfänglich unter Entlastung des betroffenen Hüftgelenks, angestrebt. Es schließt sich eine mehrwöchige Teilbelastung an. Unkomplizierte Frakturen sind nach 6–8 Wochen verheilt. Bei komplexen Brüchen ist eine Vollbelastung erst nach 12–16 Wochen möglich.

Die operative Behandlung hat die Prognose der Pfannendachfrakturen wesentlich verbessert. Auch nach operativer Rekonstruktion ist jedoch mit einer individuell unterschiedlichen funktionellen Beeinträchtigung zu rechnen. Das Risiko einer posttraumatischen Hüftgelenkarthrose ist erhöht

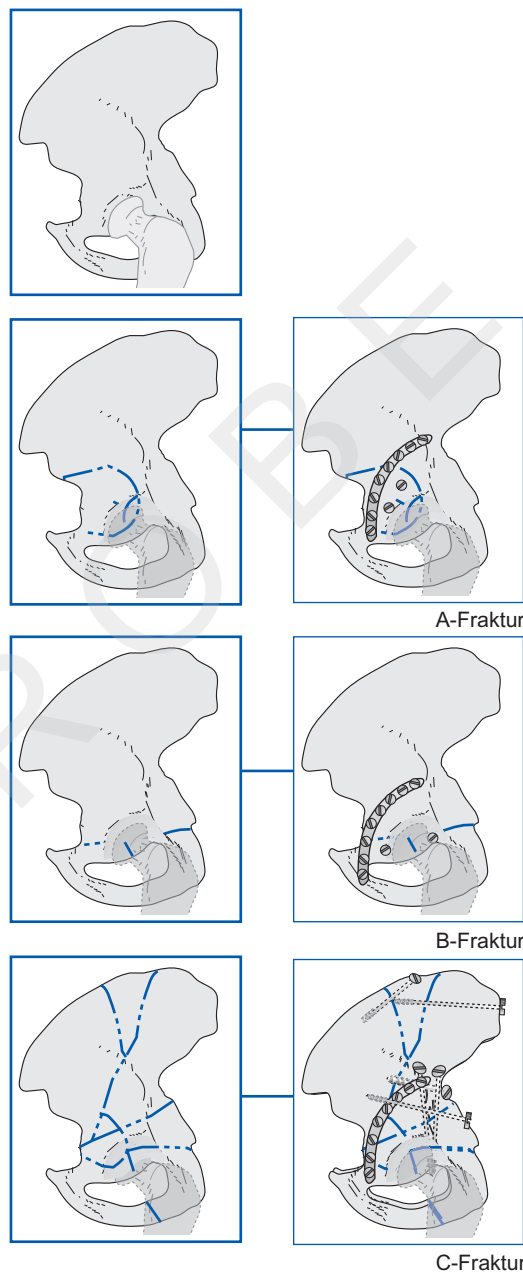


Abb. 11.4 Hüftpfannenverletzungen [L306]

(➤ Abb. 11.5). Wurde durch die Verletzung die Durchblutung des Hüftkopfs beeinträchtigt, besteht die Gefahr einer aseptischen Hüftkopfnekrose. Nach operativer Rekonstruktion können sich ausgedehnte Verkalkungen ausbilden, die die Beweglichkeit der Hüfte beeinträchtigen.

Begutachtung

Verheilte Azetabulumfrakturen wirken sich in unterschiedlicher Weise meist auf die Geh- und Stehfähigkeit und die Belastbarkeit des Beins aus. Durch Verschiebungen der Pfanne und



Abb. 11.5 Die 41-jährige Fahrerin eines Motorrollers wurde von einem Pkw übersehen und angefahren. Sie erlitt eine Azetabulumfraktur mit zentraler Hüftluxation (a). Das Azetabulum wurde mittels Platten- und Schraubenosteosynthese mit gutem Primärergebnis rekonstruiert. In der Folge entwickelte sich eine ausgeprägte posttraumatische Arthrose (b), mit Beuge- und Adduktionskontraktur der rechten Hüfte (c–e). Geplant war die Implantation einer TEP der rechten Hüfte. In der GUV wäre der Befund mit einer MdE in Höhe von 30 v. H. zu bewerten. In der PUV sollten eine Mindestinvalidität angegeben werden und eine Nachuntersuchung vor Ende der dreijährigen Karenzfrist erfolgen. In der GUV wäre nach Prothesenimplantation eine Reduktion der MdE auf 20 v. H. zu erwarten, in der PUV müsste zusätzlich zur Funktionseinschränkung ein Prothesenzuschlag gewährt werden (➤ Kap. 26) [P536]

Kontrakturen der Hüfte können sich reale oder funktionelle Beinlängendifferenzen ausbilden. Auch bei guten Behandlungsergebnissen ist mit einer gewissen Beeinträchtigung der Beweglichkeit des Hüftgelenks zu rechnen (➤ Tab. 11.1). Das Risiko der Hüftgelenkarthrose ist erhöht. Die Azetabulumfraktur ist als Präarthrose anzusehen. Der Gutachter sollte neben den orthopädisch-chirurgischen Unfallfolgen auf mögliche Begleitverletzungen achten.

Komplexe Becken- und Azetabulumverletzungen treten gehäuft im Rahmen von Polytraumen auf. Die Begutachtung Schwerverletzter erfordert Zeit für die betroffene Person, Empathie und die Bereitschaft, sich mit den vielfältigen Facetten der unterschiedlichen Verletzungen auseinanderzusetzen (➤ Abb. 11.6).

Tab. 11.1 Azetabulumfrakturen – Begutachtung

Rechtsgebiet	Begutachtung
GUv (MdE)	Unter 10–10–20 v. H.
PUV	Mit einer Invalidität zwischen $\frac{1}{20}$ und $\frac{5}{20}$ Beinwert ist zu rechnen. Bei fortgeschrittener posttraumatischer Arthrose kann die Invalidität im Einzelfall auch höher zu bemessen sein
Private BU-Versicherung	Stärkere umformende Veränderungen können den Einsatz in Steh- und Gehberufen um mehr als 50 % beeinträchtigen, eine individuelle Prüfung ist erforderlich
GRV	Im Allgemeinen keine Auswirkungen
GdB/GdS	10–30. Ist die Beweglichkeit schlechter als 0°–30°–90° – mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit –, kann ein GdB von 40 gegeben sein



Abb. 11.6 Die 42 Jahre Radfahrerin wurde von einem abbiegenden LKW erfasst und zog sich unter anderem eine offene Azetabulumfraktur links mit Beteiligung des vorderen und hinteren Pfeilers und einer Fraktur des linken Schambeins zu. Zusätzlich lag eine Fraktur der linken inneren Oberschenkelrolle vor. Am rechten Bein entstanden eine Décollement-Verletzung des Ober- und Unterschenkels sowie multiple Frakturen des Fußes. Der Verlauf war von Komplikationen begleitet. Es kam zu einem Infekt der linken Hüfte mit zeitweiliger Girdlestone-Situation, Implantation eines Spacers und nachfolgendem Ersatz des linken Hüftgelenks (a–e). In der GUV würde sich hieraus eine MdE von 50 v. H. ergeben. In der PUV ist die Invalidität getrennt für das rechte und linke Bein zu ermitteln. Die Beckenverletzung ist (mit Ausnahme der Azetabulumfraktur) außerhalb der Gliedertaxe gesondert zu bewerten [P536]

Traumatische Hüftgelenkluxation

Kodierung nach ICD-11: NC73.0Z; ICD-10: S73.0.

Ätiologie und Klinik

Die Luxation des Hüftgelenks ist im Vergleich zur Luxation der Schulter selten, sie ist immer Folge einer schweren Gewalteinwirkung. Ebenso wie die zentrale Pfannenfraktur war die Hüftgelenkluxation eine häufige Begleitverletzung vor Einführung des Sicherheitsgurts durch Anpralltraumen am Armaturenbrett. Am häufigsten ist die Luxation des Hüftkopfs aus dem Hüftgelenk nach hinten. Seltener sind die vorderen Luxationen. Der Hüftkopf kann nach ventral luxieren, wenn eine Gewalt auf den abgespreizten Oberschenkel einwirkt. Als Folge der dorsalen Luxation verkürzt sich das Bein, es ist angespreizt und nach innen gedreht. Bei der vorderen Luxation befindet sich der Oberschenkel in einer Beuge- und Abspreizposition. Die Verletzung wird radiologisch gesichert. Um Begleitverletzungen auszuschließen, ist nach der Reposition eine CT oder MRT erforderlich (➤ Abb. 11.7).

Therapie und Prognose

Das Hüftgelenk wird in Narkose reponiert. Auch nach vollständiger Entspannung der Muskulatur bedarf es eines erheblichen Zugs, um das Hüftgelenk einzurenken. Liegen Begleitverletzungen von Azetabulum oder Hüftkopf vor, ist das Hüftgelenk osteosynthetisch zu rekonstruieren. Nach der Reposition einer unkomplizierten Luxation sollte das Bein für ca. 2 Wochen an Unterarmgehstützen vollständig entlastet werden.

Die Prognose der Hüftluxation hängt von der Vitalität des Hüftkopfs ab. Man vermutet, dass eine Schädigung der den Hüftkopf versorgenden Blutgefäße die Entstehung der Hüftkopfnekrose begünstigt. Angestrebt wird die möglichst rasche Reposition des Hüftkopfs. Periartikuläre Verkalkungen können die Beweglichkeit des Hüftgelenks beeinträchtigen. Die Luxation fördert die Entstehung einer posttraumatischen Arthrose. Bei günstigem Verlauf verbleiben nur eine geringfügige Bewegungseinschränkung und Belastungsminderung.

Begutachtung

➤ Tab. 11.2.



Abb. 11.7 Die Hüftgelenkluxation ist meist Folge einer schweren Gewalteinwirkung. Der 17-jährige Auszubildende wurde nachts von einem Autofahrer angefahren. Er erlitt eine Hüftgelenkluxation rechts, einen Unterschenkelbruch links sowie ein schweres Schädel-Hirn-Trauma mit einem zweiwöchigen Koma und prolongiertem Durchgangssyndrom. Die Rehabilitation war erfolgreich: 2 Jahre nach dem Polytrauma nahm der Proband seine berufliche Tätigkeit wieder auf, schloss seine Lehre ab und wurde übernommen. Der Arbeitgeber war bereit, die Anforderungen an den Mitarbeiter an das durch das Schädel-Hirn-Trauma herabgesetzte Leistungsvermögen anzupassen [P536]

Tab. 11.2 Traumatische Hüftgelenkluxation – Begutachtung

Rechtsgebiet	Begutachtung
GUV (MdE)	Sofern leichtere Funktionsbeeinträchtigungen verbleiben, ist eine MdE von unter 10–10 v. H. anzunehmen. Bei stärkeren funktionellen Störungen und einer posttraumatischen Arthrose kann die MdE auch 20 v. H. betragen
PUV	Erwartet werden kann eine Invalidität von mindestens $1/20$ – $2/20$ Beinwert. Liegt eine stärkere posttraumatische Arthrose vor oder entwickelt sich eine Hüftkopfnekrose, die einer totalendoprothetischen Versorgung bedarf, ist die Invalidität unter Berücksichtigung eines Alterszuschlags zu bemessen (> Kap. 26.7.5 [> Tab. 26.32])
Private BU-Versicherung	Stärkere umformende Veränderungen können den Einsatz in Steh- und Gehberufen um mehr als 50 % beeinträchtigen, sodass eine Leistungspflicht gegeben sein kann
GRV	Im Allgemeinen keine Auswirkungen
GdB/GdS	Unter 10 bis 20. Entwickelt sich eine Hüftkopfnekrose, kann der GdB/GdS auch darüber liegen

Das Spektrum der Langzeitergebnisse nach Hüftluxation reicht von günstigen Ergebnissen mit einer nur geringen funktionellen

Beeinträchtigung bis zur vollständigen Zerstörung des Hüftgelenks durch eine posttraumatische Hüftkopfnekrose. Auch bei ungestörtem Heilverlauf klagen die Probanden häufig über Beschwerden beim Aufstehen sowie nach längerem Stehen und Gehen. Bei entsprechender subjektiver Symptomatik ist mit einer Bewegungseinschränkung der Hüfte zu rechnen. Eine abschließende Begutachtung sollte nicht vor Ablauf des 2. Unfalljahrs erfolgen, da sich erst nach diesem Zeitraum Dauerfolgen abschätzen lassen. Um die Fehldeutung einer idiopathischen Hüftkopfnekrose auszuschließen, sollten dem Gutachter die Befunde des erstbehandelnden Arztes vorliegen.

Hüftkopffraktur

Kodierung nach ICD-11: NC72.0; ICD-10: S72.08.

Ätiologie und Klinik

Frakturen des Hüftkopfs entstehen nur bei schwerer Gewalteinwirkung. Sie kommen in Kombination mit Hüftgelenkluxationen, Frakturen von Pfanne und Schenkelhals vor. Begleitverletzungen der Kniegelenke sind häufig.

Man unterscheidet nach Pipkin vier Frakturtypen:

- *Typ 1:* Der Bruch liegt außerhalb der Belastungszone, d. h. unterhalb der sog. Fovea, einer nabelförmigen Einziehung des Hüftkopfs.
 - *Typ 2:* Die Fraktur des Hüftkopfs bezieht die Fovea mit ein.
 - *Typ 3:* Kombination einer Hüftkopffraktur mit einem Schenkelhalsbruch.
 - *Typ 4:* Verletzung des Hüftkopfs in Kombination mit einer Hüftpfannenverletzung.
- Die primäre Symptomatik entspricht der der Hauptverletzung, z. B. Hüftluxation.

sofern es sich im tragenden Anteil befindet, durch Miniaturschrauben versorgt. Bei den Typen 3 und 4 nach Pipkin ist eine begleitende operative Versorgung der Schenkelhals- und Pfannendachfraktur notwendig. Sowohl nach konservativer Behandlung der Pipkin-1-Frakturen als auch nach operativer Rekonstruktion ist eine Entlastung des verletzten Beins für mindestens 6–8 Wochen erforderlich. Mit der Entwicklung einer posttraumatischen Arthrose ist zu rechnen. Bis zu 5 Jahre nach der Verletzung kann der Hüftkopf eine Nekrose entwickeln (➤ Abb. 11.8). Bei Trümmerbrüchen des Hüftkopfs ist der primäre endoprothetische Gelenkersatz die Methode der Wahl. Zum Befund einer Hüftkopfnekrose.

Therapie und Prognose

Nach entsprechender Diagnostik werden Frakturen vom Typ I nach Pipkin, die unverschoben sind, konservativ behandelt. Ansonsten wird das Knochenfragment entfernt oder,

Begutachtung

➤ Tab. 11.3.

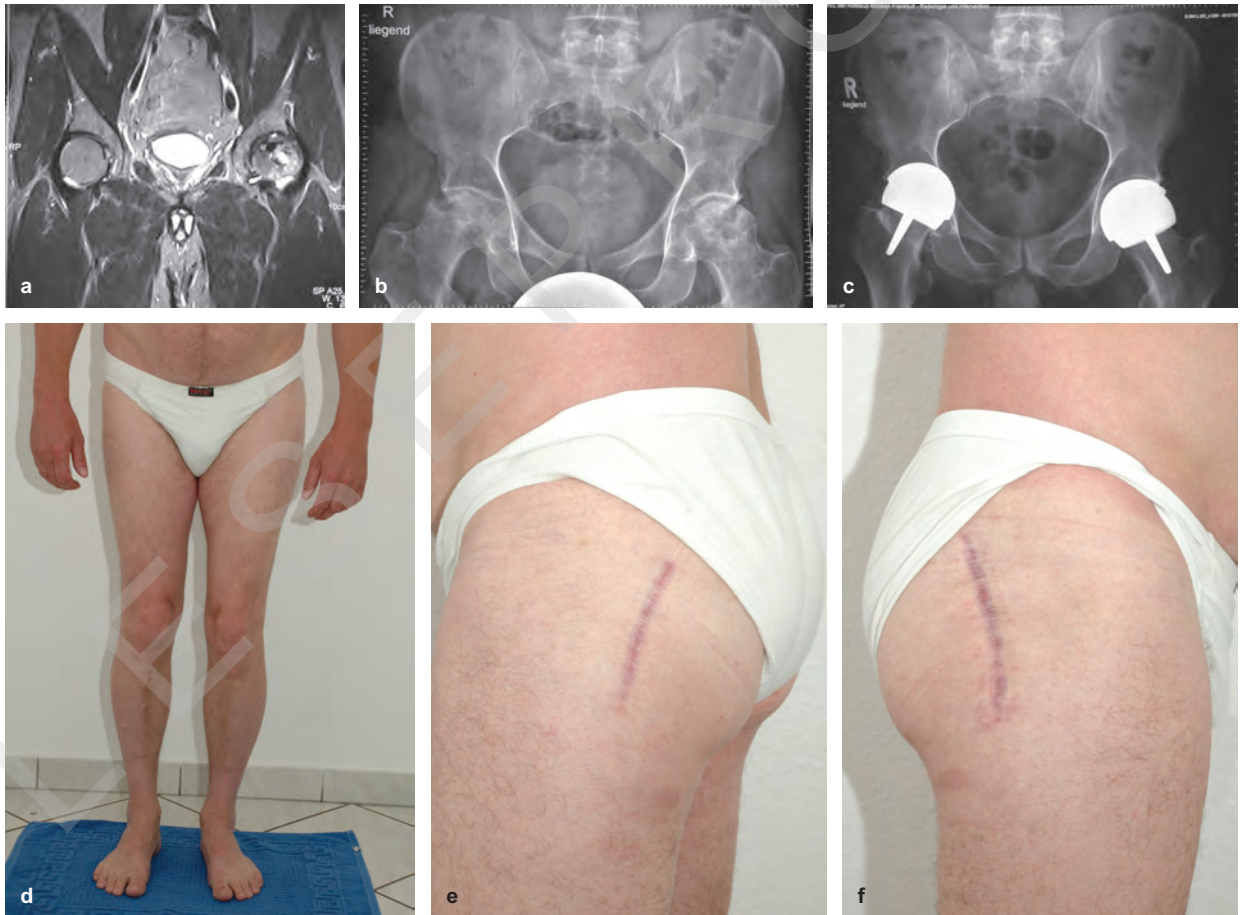


Abb. 11.8 Bei der Begutachtung von Probanden, die eine unfallbedingte aseptische Hüftkopfnekrose geltend machen, ist die Einsicht in die Originale der Behandlungsunterlagen unverzichtbar. Der 48-jährige Versicherte gab an, bei Glatteis zuerst auf die rechte, kurze Zeit später auf die linke Hüfte gefallen zu sein. Das MRT nach dem „ersten Unfall“ bestätigt eine Hüftkopfnekrose links. Die 1 Jahr später angefertigten Röntgenaufnahmen ergaben eine Hüftkopfnekrose beidseits (a, b). Der Versicherte wurde beidseits mit Kappenprothesen versorgt (c). Das postoperative Ergebnis war sehr gut (d–f). Aus den Behandlungsunterlagen ließ sich entnehmen, dass der Versicherte über zunehmende Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen beider Hüften klagte. Ein Unfallereignis war nicht dokumentiert, es handelte sich um eine idiopathische Hüftkopfnekrose beidseits, deren Genese unklar blieb [P536]

Tab. 11.3 Hüftkopffraktur – Begutachtung

Rechtsgebiet	Begutachtung
GUV (MdE)	Bei günstigem Verlauf 10 v.H.; bei stärkeren umformenden Veränderungen kann diese auch 20 v.H. erreichen. Komplikationslos eingeleitete Totalendoprothese der Hüfte bei optimaler Funktion: 10 v.H.
PUV	Erwartet werden kann eine Invalidität von mindestens $\frac{2}{20}$ – $\frac{5}{20}$ Beinwert. Liegt eine stärkere posttraumatische Arthrose vor oder entwickelt sich eine Hüftkopfnekrose, die einer totalendoprosthetischen Versorgung bedarf, ist die Invalidität unter Berücksichtigung des Prothesenzuschlags zu bemessen (> Kap. 26.7.5 [> Tab. 26.32])
Private BU-Ver-sicherung	Stärkere umformende Veränderungen können den Einsatz in Steh- und Gehberufen um mehr als 50 % beeinträchtigen, sodass eine Leistungspflicht gegeben sein kann
GRV	Im Allgemeinen keine Auswirkungen
GdB/GdS	10–20, bei Hüftkopfnekrose auch darüber

11.3 Verletzungen der unteren Extremität

11.3.1 Schenkelhalsfraktur

Kodierung nach ICD-11: NC72.22; ICD-10: S72.0-.

Ätiologie und Klinik

Die Last des Oberkörpers wird vom Becken auf den Hüftkopf und dann über den relativ schlanken Schenkelhals auf den körperrnahen Oberschenkel übertragen. Nehmen der Knochenkalksalzgehalt und die bindegewebige Struktur des Skeletts mit dem Alter ab und entwickelt sich eine Osteoporose, wirkt sich dies auf die Stabilität des Schenkelhalses aus. Bei jüngeren Menschen bedarf es einer erheblichen Gewalteinwirkung, bevor der Schenkelhals bricht. Typische Ereignisse sind Stürze aus größerer Höhe, etwa beim Inline-Skaten, Reiten oder Fahrrad- bzw. Motorradfahren. Demgegenüber sind die Unfallereignisse beim älteren Menschen oft unspektakulär. Der Schenkelhals kann im Alter bereits brechen, wenn eine Stufe verfehlt wird oder der Verletzte auf glattem Boden ausrutscht. Bei fortgeschrittener Osteoporose kann der Schenkelhalsbruch sogar ohne einen äußeren Anlass entstehen. Frauen erleiden häufiger einen Schenkelhalsbruch als Männer. Das klinische Bild ist typisch: Der Verletzte liegt am Boden, das verkürzte Bein ist nach außen verdreht. Beim eingestauchten Schenkelhalsbruch kann eine sichtbare Fehlstellung fehlen.

Unter biomechanischen Gesichtspunkten und Berücksichtigung der erforderlichen Behandlung wird der **Schenkelhalsbruch nach Pauwels** eingeteilt (> Abb. 11.9):

- **Pauwels 1:** Die Neigung der Bruchebene zur Horizontalen beträgt maximal 30°.

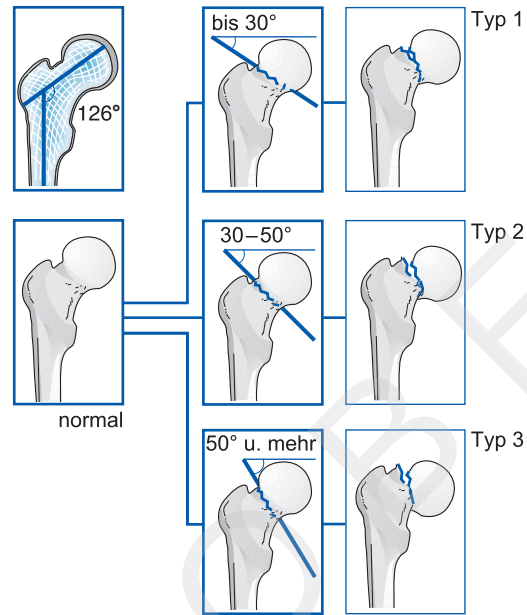


Abb. 11.9 Schenkelhalsfrakturen – Einteilung nach Pauwels [L306]

- **Pauwels 2:** Die Neigung der Bruchebene zur Horizontalen beträgt ungefähr 50°.
- **Pauwels 3:** Die Neigung der Bruchebene zur Horizontalen beträgt mehr als 70°.

Bei einem Schenkelhalsbruch Pauwels 1 sind die Chancen einer Heilung auch ohne operativen Eingriff gut. Liegt eine Fraktur des Typs Pauwels 2 oder 3 vor, ist ein operativer Eingriff unumgänglich, da sich bei instabilem Hüftkopf eine Pseudarthrose des Schenkelhalses ausbilden würde.

Therapie und Prognose

Eingestauchte Schenkelhalsbrüche können konservativ durch Entlastung behandelt werden. Alle instabilen Brüche und Frakturen der Typen Pauwels 2 und 3 werden operiert. Dabei kommen unterschiedliche Verfahren infrage. Ziel der Therapie ist die anatomisch exakte Wiederherstellung des Schenkelhalses. Hierzu dienen Schrauben, Winkelplatten und Nägel (z. B. dynamische Hüftschraube). Je nachdem, welches operative Verfahren zum Einsatz kommt, kann eine Entlastung des operierten Beins für 6–12 Wochen erforderlich sein.

Bei älteren Menschen kann der Hüftkopf auch entfernt und durch eine Duokopfprothese oder eine Totalendoprothese ersetzt werden. An die operative Versorgung schließt sich eine physiotherapeutische Rehabilitation an, mit der die Gehfähigkeit bestmöglich wiederhergestellt werden soll. Manche Operateure empfehlen auch nach Implantation einer TEP die Benutzung von Gehstützen bis zum Ende der 12. Woche.

Die Prognose des Schenkelhalsbruchs hat sich in den letzten 100 Jahren grundlegend gewandelt. Kam der nicht eingestauchte Schenkelhalsbruch noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts einem Todesurteil gleich (Bettlägerigkeit

– Lungenentzündung mit letaler Komplikation), verbleiben heute nach operativer Behandlung in den meisten Fällen nur geringe Beeinträchtigungen.

Eine Komplikation, die nicht immer vermieden werden kann, ist die Hüftkopfnekrose. In diesem Fall wird der Hüftkopf endoprothetisch ersetzt. Bei einem kleinen Teil der Patienten bildet sich nach operativer Therapie eine Pseudarthrose aus. Je nach Lokalbefund und Alter wird eine Revisionsoperation mit einer Knochentransplantation oder dem Einbau einer TEP infrage kommen. Gelegentlich treten nach operativer Behandlung Infekte auf, die Folgeeingriffe erzwingen. Durch den operativen Eingriff kann eine Lähmung des Schenkelstreckers (N. femoralis) entstehen.

Begutachtung

Im Rahmen der Begutachtung stehen zwei Aspekte im Vordergrund:

- Das Unfallereignis
- Der funktionelle Befund

Das Unfallereignis

Keine Probleme bereitet das adäquate Unfallereignis des jüngeren oder älteren Menschen: Der Verkehrsunfall, bei dem ein Fußgänger von einem Kraftwagen angefahren wurde, ein Sturz aus großer Höhe oder vom Fahrrad, das plötzliche Ausrutschen auf einer Eisfläche.

Viel schwieriger ist die Beurteilung fraglicher Unfälle:

Hinweise zur Zusammenhangsbegutachtung der Schenkelhalsfraktur

Wie soll man die Schilderung eines 70-jährigen Probanden einordnen, der anlässlich der Begutachtung auf die Frage nach der Entstehung der Verletzung antwortete, er sei beim Rasenmähen auf glattem Untergrund ausgeglitten und einen Abhang heruntergestürzt, wenn die ärztlichen Primärdokumente andere Angaben enthalten. Der Notarzt notierte, dass der Versicherte „ohne Grund“ gestürzt sei, im Krankenhaus gab der Proband an, er sei „plötzlich und ohne Anlass“ gefallen. Während die spätere Schilderung einem geeigneten Unfallereignis entspricht, deuten die Erstangaben auf eine Spontanfraktur hin.

Die Frage wird sich ohne weitere Behandlungsunterlagen nicht beurteilen lassen. Beigezogen werden sollten die Entlassungsberichte des Krankenhauses und der Rehabilitationsklinik. Es ist unverzichtbar, Einblick in die Behandlungsdatei des Hausarztes oder Orthopäden zu nehmen, um festzustellen, ob bereits vor dem Unfall eine manifeste Osteoporose bestand (Osteodensitometrie) und behandelt wurde (Therapie mit Bisphosphonaten oder anderen den Knochen stabilisierenden Präparaten). Bereits vorliegende Laborwerte sind auszuwerten. In der Anamnese sollte nach internistischen Vorerkrankungen gefahndet werden. Besonders zu achten ist auf Stoffwechselstörungen, Lungenleiden, Autoimmunprozesse, Malignome (Metastasen?) und

Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises. Gezielt sollte gefragt werden, ob Medikamente eingenommen wurden, die den Knochenstoffwechsel beeinflussen (Kortison, Zytostatika).

Der Operationsbericht enthält oftmals wesentliche Hinweise: Äußerte sich der Operateur zum Aspekt oder der Festigkeit des Knochens? Brach die Klinge beim Einbringen aus, fand eine Schraube keinen Halt? Musste das Verfahren intraoperativ gewechselt werden und wurde wegen der mangelnden Festigkeit des Knochens anstelle der Winkelplatte eine Endoprothese eingebracht? Da weder der Operationsbericht noch die Entlassungsberichte unter forensischen Aspekten verfasst werden, kommt der Gutachter nicht umhin, die Primärdokumente sorgfältig auszuwerten. Selbstverständlich sind alle Röntgenaufnahmen und weiteren bildtechnischen Dokumente im Original einzusehen.

Bei der Beantwortung der Zusammenhangsfrage ist zwischen dem möglichen Unfall und den vielfältigen konstitutionellen Faktoren abzuwägen. In der Haftpflichtversicherung und in der PUV gilt das Adäquanzprinzip, in der GU die Theorie der wesentlichen Bedingung. In der PUV ist der Gutachter zudem gehalten, die mögliche Mitwirkung durch unfallfremde Erkrankungen oder Gebrechen anteilig zu berücksichtigen. Das von Schröter (> Kap. 8.5.4, > Tab. 8.7) erleichtert die Beantwortung der Zusammenhangsfrage zwischen Unfall und Fraktur bei vorbestehender Osteoporose.

Gelegentlich wurden bereits Gutachten für andere Institutionen erstellt, die Pflegeversicherung, den MD, die Berufsgenossenschaft, eine Gutachter- und Schlichtungsstelle bei der Landesärztekammer oder im Auftrag des Anspruchstellers bzw. der Anwälte desselben. Als Gutachter wurden nicht selten Ordinarien oder Chefärzte beauftragt. Gerade bei längeren und scheinbar gut begründeten Expertisen liegt es nahe, auf eigene detaillierte Erhebungen zu verzichten und sich dem Votum des Vorgutachters anzuschließen. Hiervor kann nur nachdrücklich gewarnt werden. Nur die eigene Auswertung und die sorgfältige Lektüre aller Originaldokumente, kritische Rückfragen und die Anforderung fehlender Unterlagen ermöglichen ein fundiertes Urteil. Dabei stellt sich gelegentlich heraus, dass auch „offizielle Gutachten“ (Landesärztekammer, MD) auf falschen Voraussetzungen beruhen, unvollständig sind und ohne die erforderliche Sorgfalt erstellt wurden. Hinterfragt werden sollte auch eine mögliche Interessengebundenheit.

Der Gutachter darf sich die Beantwortung der Zusammenhangsfrage nicht einfach machen. Sein Urteil kann weitreichende Konsequenzen haben: Dabei sind die finanziellen Folgen in der PUV überschaubar. Ganz anders ist die Situation, wenn es um einen Haftpflichtschaden geht. Wurde der Betroffene durch ein Drittverschulden pflegebedürftig (ein häufiger Fall bei hochbetagten Menschen), wird die Pflegeversicherung Regress bei dem Verursacher (i. d. R. bei dessen Haftpflichtversicherer) nehmen. Hat der Schenkelhalsbruch die Pflegebedürftigkeit ausgelöst, kommen auf den Versicherer unter Umständen über einen langen Zeitraum jährliche Kosten im fünfstelligen Euro-Bereich zu. Mit einer oberflächlichen Beurteilung macht sich der

Gutachter nicht nur unglaubwürdig, ein mangelhaftes Gutachten kann Schadensersatzansprüche gegen den Verfasser auslösen.

Der funktionelle Befund

Der funktionelle Befund wird entsprechend den allgemeinen Regeln der orthopädisch-unfallchirurgischen Begutachtung erhoben.

Zu rechnen ist mit einer Veränderung der Beinlänge. Verkürzungen kommen ebenso vor wie Verlängerungen. Häufig ist eine meist leichte Bewegungseinschränkung des Hüftgelenks. Die radiologischen Befunde sind sorgfältig zu dokumentieren. Besonders zu achten ist auf Heilungsverzögerungen (Pseudarthrose), die Struktur des Hüftkopfs (Hüftkopfnekrose) und die Lage des Metalls (Lockerung, Verschiebung). Die Fraktur erhöht das Risiko der Entwicklung einer Koxarthrose. Die meisten Auftraggeber veranlassen eine Begutachtung erstmals 1 Jahr nach dem Unfall. Lässt sich zu diesem Zeitpunkt der Endzustand noch nicht beurteilen, sollte der Gutachter nur eine vorläufige Stellungnahme abgeben und eine abschließende Untersuchung nach weiteren 12 Monaten oder kurz vor Ablauf der Dreijahresfrist (PUV) empfehlen.

Die Ergebnisse der Begutachtung von Schenkelhalsfrakturen hängen davon ab, ob das Hüftgelenk erhalten (> Tab. 11.4) oder durch eine Endoprothese ersetzt wurde (> Tab. 11.5).

Tab. 11.4 Schenkelhalsfraktur, Hüftgelenk erhalten, konservativ oder operativ behandelt – Begutachtung

Rechtsgebiet	Begutachtung
GUV (MdE)	Bei günstigem Verlauf: unter 10 bis 10 v.H. Bei Ausbildung einer stärkeren Arthrose, einer Beinverkürzung oder Rotationsfehlern der Beinachse kann die MdE 20 v.H. erreichen
PUV	Zu erwarten ist eine Invalidität $\frac{2}{20}$ – $\frac{4}{20}$ Beinwert. Sehr günstige bzw. ungünstige Heilverläufe können Abweichungen begründen
Private BU-Versicherung	Die unkomplizierte operativ oder konservativ behandelte Schenkelhalsfraktur hinterlässt nur eine geringe Beeinträchtigung der beruflichen Belastbarkeit. Bei Schwerarbeitern und einem Einsatz auf Leitern bzw. Gerüsten kann in seltenen Fällen eine BU gegeben sein
GRV	Im Allgemeinen keine Auswirkungen
GdB/GdS	0–10. Stärkere Einschränkungen der Beweglichkeit können einen GdB von 20 oder sogar 30 bedingen (0°–30°–90° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizungsfähigkeit)

Tab. 11.5 Schenkelhalsfraktur, Hüftgelenk endoprothetisch ersetzt – Begutachtung

Rechtsgebiet	Begutachtung
GUV (MdE)	Komplikationslos eingehheilte TEP der Hüfte bei optimaler Funktion: 10 v.H., ansonsten 20 v.H.
PUV	Zu den Bemessungsempfehlungen nach Implantation von Endoprothesen > Kap. 26.7.5 (> Tab. 26.32). Bei guter Funktion (diskrete Bewegungseinschränkung, leichte Muskelminderung) kann bei Probanden über dem 60. Lebensjahr eine Invalidität – inklusive Prothesenzuschlag – von ca. $\frac{3}{20}$ Beinwert erwartet werden
Private BU-Versicherung	In Büroberufen und Berufen, in denen eine normale Steh- und Gehfähigkeit gefordert wird, ist die Berufsfähigkeit durch eine intakte Endoprothese nicht maßgeblich beeinträchtigt. Bei Versicherten, die regelmäßig schwere körperliche Arbeiten ausführen (Heben und Tragen von Lasten über 15 kg) oder überwiegend in Zwangshaltung tätig sind, kann der Grad der BU mehr als 50 % betragen. Eine individuelle Prüfung ist erforderlich
GRV	Im Allgemeinen keine Auswirkungen
GdB/GdS	Mindestens 10, beidseitig mindestens 20

11.3.2 Per- und subtrochantäre Frakturen

Kodierung nach ICD-11: NC72.3; ICD-10: S72.1 und S72.2.

Ätiologie und Klinik

Brüche zwischen dem großen und kleinen Rollhügel sind meistens Folge einer stärkeren Gewalteinwirkung, z. B. bei Motorrad- oder Kraftwagenfahrern. Sie können allerdings bei älteren Menschen auch bei wenig spektakulären Stürzen entstehen. Zunehmendes Alter und Osteoporose müssen auch bei den per- und subtrochantären Frakturen als Risikofaktoren angenommen werden. Ebenso wie bei den Schenkelhalsfrakturen sind Frauen häufiger betroffen als Männer.

Bei einem Bruch des Oberschenkels unterhalb der Rollhügel wird der körpernahe Anteil des Oberschenkels nach oben und außen gezogen. Verantwortlich sind hierfür die am körpernahen Oberschenkel ansetzenden Glutealmuskeln sowie der M. iliopsoas, der von der gleichseitigen LWS zum kleinen Rollhügel zieht. Demgegenüber setzen die Anspreizmuskeln am körperfernen Fragment an, dieses wird nach innen gezogen. Es können spiralförmige, schräge oder quere Brüche, bei denen ein Keil ausgesprengt wird, und Trümmerbrüche auftreten.

Wegen der mit der Fraktur einhergehenden Fehlstellung der Bruchfragmente und den Problemen der Retention ist eine operative Behandlung angezeigt.

Therapie und Prognose

Für die Therapie der per- und subtrochantären Frakturen stehen verschiedene operative Materialien und Verfahren zur Verfügung. Neben der auch bei der Schenkelhalsfraktur

verwendeten dynamischen Hüftschraube (➤ Abb. 11.10) kommen unterschiedliche Nägel infrage. Sofern das körpernahe Fragment nicht zu klein ist, kann die Fraktur mit einem Verriegelungsnagel stabilisiert werden. Damit gelingt es, sowohl die Länge des Oberschenkels zu erhalten als auch eine sekundäre Rotationsfehlstellung auszuschließen. Möglich ist auch die Versorgung mit einem proximalen Femurnagel, der das Prinzip des Verriegelungsnagels aufgreift, jedoch nur etwas mehr als das obere Drittel des Oberschenkelknochens



Abb. 11.10 Die 75-jährige Probandin war zuhause über einer Teppichkante gestürzt und hatte sich eine trochantäre Fraktur zugezogen (a). Sie war mit einer dynamischen Hüftschraube mit gutem Ergebnis versorgt worden (b). Die Beweglichkeit der Hüfte und die Belastbarkeit des rechten Beins waren nur gering eingeschränkt (c–e). In der PUV war die Invalidität mit $\frac{3}{20}$ Beinwert zu bemessen [P536]

Tab. 11.6 Per- und subtrochantäre Frakturen – Begutachtung

Rechtsgebiet	Begutachtung
GUV (MdE)	Bei günstigem Verlauf 10 v.H. Im Einzelfall kann die MdE auch darunter liegen. Erhebliche Verkürzungen, Drehfehlstellungen und andere Komplikationen können die MdE auf 20 v.H. erhöhen
PUV	Zu erwarten ist eine Invalidität von $\frac{2}{20}$ – $\frac{4}{20}$ Beinwert. Bei Komplikationen ist eine höhere Invalidität möglich
Private BU-Ver-sicherung	Die unkomplizierte operativ oder konservativ behandelte per- und subtrochantäre Femur-fraktur kann eine mäßige Beeinträchtigung der beruflichen Belastbarkeit hinterlassen. Bei Personen, die ausschließlich stehende Arbeiten und Arbeiten mit Absturzgefahr verrichten, ist individuell zu prüfen, ob eine BU vorliegt
GRV	Im Allgemeinen keine Auswirkung
GdB/GdS	0–10. Stärkere Einschränkungen der Beweglich-keit können einen GdB/GdS von 20 oder sogar 30 bedingen (0°–30°–90° mit entsprechender Ein-schränkung der Dreh- und Spreizungsfähigkeit)

stabilisiert. Zum Einsatz kommen auch Plattenosteosynthesen und – bei sonst inoperablen Patienten – elastische Federnägel. Sofern die Fraktur mit einem Marknagel stabilisiert wurde, kann das Bein bereits kurze Zeit nach dem Eingriff mit dem Körpergewicht belastet werden, ein Vorteil, der v.a. für ältere Menschen von großer Bedeutung ist. Je nach intraoperativem Befund und postoperativer Stabilität können die Gehstützen im Allgemeinen nach 4–10 Wochen weggelassen werden. Das Metall wird bei jüngeren Patienten bis zu 1½ Jahre nach dem Unfallereignis entfernt, bei hochbetagten Verletzten belassen. Sofern keine Komplikationen auftreten, ist die Prognose günstig. Verkalkungen und fibröse Vernarbungen können die Beweglichkeit der Hüfte einschränken.

Begutachtung

Die Gutachtaufträge nach sub- und pertrochantären Frakturen dienen meist der Zustandsbeurteilung der Funktion von Hüftgelenk und Bein. Zusammenhangsbegutachtungen sind selten. Zwar nimmt die Inzidenz von per- und subtrochantären Frakturen mit dem Alter zu, eindeutig pathologische Frakturen sind allerdings nur bei lokalisierten Knochenprozessen (Zysten, Malignomen, Infektionen) zu erwarten. Der Gutachter sollte besonders sorgfältig auf Drehfehler und Verkürzungen achten (➤ Tab. 11.6). Eine stärkere Verkürzung der intertrochantären Region, anatomische Verschiebungen und Pseudarthrosen von Trochanter major und Trochanter minor können die Gehfähigkeit beeinträchtigen. Eine Pseud-

arthrose des Tuberculum minus setzt die Wirkung des M. iliopsoas herab und schwächt damit die Beugung des Oberschenkels. Liegen Kernspintomografien der LWS vor, lässt sich meist eine deutliche Verminderung des Querschnitts des M. psoas auf der betroffenen Seite nachweisen. Geben die Probanden an, keine Treppen steigen zu können und unsicher auf den Beinen zu sein, sollte bei einer deutlichen Schwäche der Oberschenkelmuskulatur auch an eine Teilläsion des N. femoralis gedacht werden.

Periprothetische Frakturen nach Implantation von Endoprothesen am Hüft- und Kniegelenk

Kodierung nach ICD-11: QB51.7; NC7Y; ICD-10: S72 + Z96.6 (Oberschenkel); S82 + Z96.6 (Unterschenkel).

Ätiologie und Klinik

Viele ältere Menschen sind mit Endoprothesen – v.a. der Hüft- und Kniegelenke – versorgt. Die stabile Endoprothese bei einer ansonsten gesunden Person erhöht an sich das Risiko eines Sturzes nicht. Hagel et al. (2014) betonten, dass die Ursache für die periprothetischen Frakturen „zumeist niedrig-energetische Frakturmechanismen durch Stürze, aber auch durch gelockerte Prothesenteile, abriebbedingte Osteolysen, periprothetische Infektionen oder Stressfrakturen bei Implantatfehlstellungen“ seien. Nicht berücksichtigt sind die intraoperativ aufgetretenen Frakturen.

Pathologische, nach inadäquaten Ereignissen aufgetretene periprothetische Frakturen kündigen sich durch belastungsabhängige Schmerzen, Instabilität, zunehmende Funktionsstörungen, eine Veränderung der Statik und radiologisch nachweisbare Resorptionssäume im Röntgenbild an. Daneben können periprothetische Frakturen auch durch adäquate Unfallereignisse ausgelöst werden. Zudem steigt die Sturzgefahr mit dem Alter. Die Ursachen sind vielfältig: Erwähnt seien die Abnahme der körperlichen Beweglichkeit und Ausdauer, die Minderung der Muskulatur, Beeinträchtigungen des Gleichgewichtssinns, erhöhtes Körpergewicht und neurologische Störungen. Auch ein nur mäßiger Alkoholkonsum trägt zur Sturzneigung bei. Eine verminderte Knochenqualität erhöht das Risiko, eine periprothetische Fraktur zu erleiden. Begünstigend wirken sich eine Osteoporose und Osteomalazie, langfristige Kortikoid-Medikation und rheumatische Erkrankungen aus.

Periprothetische Frakturen sind relativ häufig. Hagel et al. (2014) verwiesen auf eine Auswertung des schwedischen Hüfttotalendoprothesenregisters, nachdem 8,1 % aller von 1979 bis 2011 versorgten Patienten eine periprothetische Fraktur erlitten hatten.

Klassifiziert werden die periprothetischen Frakturen nach Hüft-TEP nach der Vancouver-Klassifikation (➤ Tab. 11.7, ➤ Abb. 11.11), die periprothetischen Femurfrakturen nach Knie-TEP nach der Lewis-Rorabeck-Klassifikation (➤ Tab. 11.8, ➤ Abb. 11.12).

Tab. 11.7 Vancouver Klassifikation für periprothetische Frakturen nach Hüft-TEP (Masri et al. 2004)

Typ	Lokalisation der Femurfraktur	Subtyp
A	Regio trochanterica	AG: Trochanter major AL: Trochanter minor
B	Dorsal des Trochanter major bis zur Prothesenspitze	B1: stabile Prothese B2: instabile Prothese B3: instabil und schlechte Knochenstabilität
C	Unterhalb des Prothesenschafts	

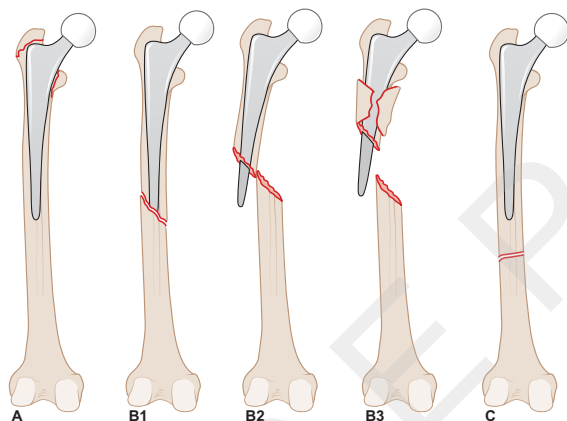


Abb. 11.11 Vancouver-Klassifikation für periprothetische Frakturen nach Hüft-TEP [L126]

Therapie und Prognose

Im Allgemeinen kommt nur eine operative Stabilisierung infrage. Bei Frakturen vom Typ Vancouver A ist eine Fixierung durch Plattenosteosynthesen, Zuggurtungen, Cerclagen und Kirschner-Drähte möglich. Bei Frakturen vom Typ Vancouver B1 und C ist eine winkelstabile Plattenosteosynthese indiziert. Frakturen der Einteilung B2 und B3 bedürfen eines Prothesenwechsels. Zum Einsatz kommen unterschiedliche Revisionsendoprothesen, im Einzelfall kann, nach mehrfachen periprothetischen Frakturen, ein kompletter Femurersatz unter Einschluss einer Hüft- und Knieendoprothese erforderlich werden. Die Therapie bei den periprothetischen Frakturen nach Knieendoprothese entspricht grundsätzlich denen am proximalen Oberschenkel.

Die Prognose hängt im Wesentlichen vom allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten ab. Angesichts des Alters

Tab. 11.8 Lewis-Rorabeck-Klassifikation bei suprakondylären Femurfrakturen nach Knie-TEP (Rorabeck et al. 1999)

Typ	Femurfraktur	Prothesensitz
I	Nicht disloziert	Fest
II	Disloziert	Fest
III	Disloziert/nicht disloziert	Locker

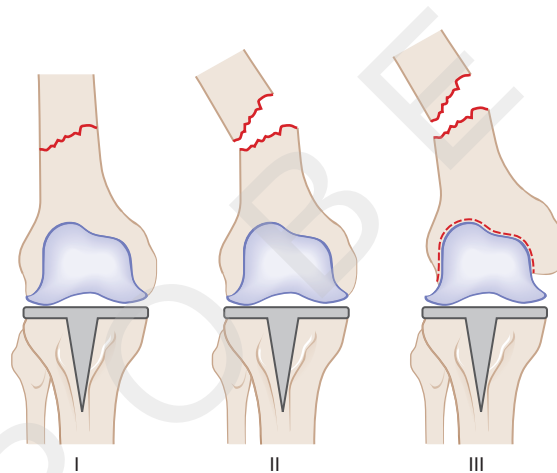


Abb. 11.12 Lewis-Rorabeck-Klassifikation bei suprakondylären Femurfrakturen nach Knie-TEP [L126]

und der Polymorbidität der Betroffenen sind häufig eine geriatrische Rehabilitation und zumindest eine zeitlich begrenzte pflegerische Betreuung erforderlich. Allgemeine Aussagen zur Prognose sind angesichts der Unterschiede im Patientenkollektiv kaum möglich.

Begutachtung

Probanden mit periprothetischen Frakturen sind vorwiegend im Rahmen der PUV, gelegentlich auch für eine Haftpflichtversicherung zu begutachten. Die große Mehrheit der Endoprothesenträger befindet sich nicht mehr im Erwerbsleben, sodass Begutachtungen für die GUV die Ausnahme sind.

Ein fundiertes Gutachten ist nur möglich, wenn dem Sachverständigen die vollständigen ärztlichen Befunde nach Eintritt der Fraktur zur Verfügung stehen. Besteht die Möglichkeit einer nichttraumatischen Lockerung, sollten zudem die Behandlungsunterlagen des Hausarztes und des behandelnden Orthopäden/Unfallchirurgen über einen Zeitraum von ca. 1 Jahr vor dem Unfall – im Hinblick auf die prophetisch versorgte Extremität – zur Verfügung stehen. Unerlässlich ist die persönliche Auswertung von Röntgenaufnahmen seit Implantation der Endoprothese bis zum Zeitpunkt der Begutachtung.

Hauptaufgabe des Gutachters ist die Abgrenzung traumatischer Frakturen von spontanen Lockerungen und pathologischen Frakturen. Die verschiedenen Aspekte sind abwägend darzustellen. Für den Leser, die Versicherung, das Gericht und den Betroffenen muss die Argumentation nachvollziehbar und verständlich sein.

Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung

Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen

Klaus-Dieter Thomann / Volker Grosser (Hrsg.)



Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung: zuverlässig beurteilen und plausibel begründen

Dieses Buch zeigt übersichtlich alles, was nötig ist, um professionelle orthopädisch-unfallchirurgische Gutachten zu erstellen. Dazu gehören zum einen das medizinische Fachwissen, zum anderen die spezifischen Anforderungen der unterschiedlichsten Versicherungen und die juristischen Hintergründe:

- Grundlagen und Rahmenbedingungen der Begutachtung allgemein
- Die wichtigsten Verletzungs- und Krankheitsbilder und ihre Relevanz für die Begutachtung
- Die unterschiedlichen Versicherungen und deren Besonderheiten und Anforderungen an Gutachterinnen und Gutachter
- Richtlinien der Begutachtung und Referenzwerte für alle wesentlichen Verletzungen

4. Auflage 2026.

642 Seiten, 143 farb. Abb., Gebunden
ISBN 9783437211973

Neu in der 4. Auflage:

Es wurden alle rechtlichen Neuregelungen berücksichtigt:

- Berufskrankheitenrecht einschließlich Beurteilungskriterien zu den drei neuen chirurgisch-orthopädischen Berufskrankheiten BK 2116, 2117 und 2118
- Pflegeversicherung
- Soziales Entschädigungsrecht im SGB XIV
- Soldatenentschädigungsgesetz

Mehrere Kapitel, beispielsweise zur Begutachtung in der privaten Unfallversicherung, Pflegeversicherung, Arbeitslosenversicherung sowie zu ärztlichen Behandlungsfehlern in der gesetzlichen Krankenversicherung, wurden vollständig neu gestaltet und spiegeln nun den aktuellen Stand wider.

Dieses Buch ist geeignet für

- Fachärzte und Fachärztinnen sowie Weiterbildungsassistenten und -assistentinnen für Orthopädie und Unfallchirurgie, Allgemeinmedizin, Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Neurologie, Psychiatrie, im öffentlichen Gesundheitswesen, in Verwaltungen, in gesetzlichen und privaten Versicherungen
- Anwälte und Anwältinnen sowie Richter und Richterinnen im Zivil- und Sozialrecht
- Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in gesetzlichen und privaten Versicherungen, Behörden und Verwaltungen
- Interessenvertreter von Menschen mit Behinderungen

Stand: Feb.-26. Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten.
€-Preise gültig in Deutschland inkl. MwSt., ggf. zzgl. Versandkosten.



ELSEVIER

elsevier.de