

Begutachtung im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Lehrbuch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Herausgegeben von Ute Teichert & Peter Tinnemann

Version 1.0, 2020

Autoren/innen

Annette Fröhmel
Klaus-Dieter Koch
Rudolf Lange
Dorothee Meissner
Antje Petersen
Elke Richartz-Salzbürger
Reinhard Rieger
Klaus Schröer



Akademie für Öffentliches
Gesundheitswesen in Düsseldorf

Begutachtung im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Lehrbücher für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Herausgegeben von Ute Teichert &
Peter Tinnemann



Akademie für Öffentliches
Gesundheitswesen in Düsseldorf

Version 1.0

Version 1.0

Das Erstellen von Gutachten, insbesondere für öffentliche Auftraggeber, ist eine zentrale Aufgabe von Ärztinnen und -ärzten in den amtsärztlichen Diensten der Gesundheitsämter und anderer Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Es kann auch zukünftig davon ausgegangen werden, dass die Erstellung von Gutachten ein fester Bestandteil des ÖGD bleibt.

Die vielfältigen Begutachtungsanlässe im Öffentlichen Gesundheitsdienst werfen immer wieder neue Fragen auf. Daher ist es notwendig diesbezügliche Standards einzuführen, um neben der Orientierung an Rechtsnormen, Rechtsprechung und Stand der Wissenschaft hohe Qualität sicherstellen zu können.

Mit dem vorliegenden Lehrbuch stellen wir ein zentrales Werk für die gutachterliche Tätigkeit für ärztliche Kollegen/innen zur Verfügung. Es stellt länderübergreifend die Lehrmeinung zu Begutachtung im ÖGD dar und ist ein Standardwerk zur Orientierung für die alltägliche praktische Arbeit in den Gesundheitsämtern. Darüber hinaus unterstützt es die Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in der amtsärztlichen Begutachtung.

Die in diesem Lehrbuch zusammengefassten Inhalte beruhen auf jahrelanger theoretischer Auseinandersetzung und praktischer Erfahrung der Autoren/innen im ÖGD. **Das vorliegende Lehrbuch ist ein Gemeinschaftswerk aller beteiligten Autorinnen und Autoren und ist nicht die Meinung einzelner Institutionen oder einzelner Autoren und Autorinnen.**

Der oder die Person, die begutachtet wird, ist kein Patient, kein Klient, kein Proband sondern: Versicherte/r, Beamtin/er, Beschäftigte/r, Beihilfeberechtigte/r, Verunfallte/r. Im Sinne der leichteren Lesbarkeit haben wir uns für den Begriff: „Proband/in“ entschieden, wohl wissend, dass dieser Begriff die Rechtsstellung der/des zu Begutachtenden nicht korrekt darstellt. Uns geht es auch darum, den Begriff: Patientin/Patient zu vermeiden, um klarzustellen, dass es sich hier nicht um kurative sondern gutachterliche Tätigkeiten handelt.

Dieses Lehrbuch wird zukünftig aktualisiert und erweitert werden. Wir freuen uns daher, wenn Sie uns Ihre Anregungen, Kommentare und Ergänzungen mitteilen. Schicken Sie diese bitte an lehrbuch@akademie-ogw.de

Wir nutzen [Hypothes.is](#) für Ihre Kommentare und Ergänzungen unseres Lehrbuches.

Impressum

Begutachtung im Öffentlichen Gesundheitsdienst
Lehrbuch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst
ISBN 978-3-9812871-5-8
DOI [10.25815/wfp2-y114](https://doi.org/10.25815/wfp2-y114)
Datum 2020
Ort Berlin

© 2020 die Autoren. Creative Commons: Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International (CC BY-SA 4.0)
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Drucken Lightning Source, Ingram Content Group Inc.

Kontaktangaben

Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf
Kanzlerstr. 4
40472 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211 - 310 96 10
www.akademie-oegw.de
Steuernummer: 106/5773/0023

Die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf ist eine rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts. Gesetzlich vertreten durch die Direktorin Dr. med. Ute Teichert, MPH

Rechtsaufsicht:

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
Abteilung IV/Gesundheit
Fürstenwall 25, 40219 Düsseldorf

Verantwortlich für die Inhalte gemäß § 55 Abs. 2 RStV:

Dr. med. Ute Teichert MPH
Telefon: +49 (0) 211 - 310 96 20
E-Mail: teichert@akademie-oegw.de

Haftung für Inhalte

Die Betreiberin dieser Webseite übernehmen keine Gewähr für die Aktualität, Richtigkeit oder Vollständigkeit der von ihnen bereitgestellten Informationen. Alle Angebote sind freibleibend und unverbindlich. Haftungsansprüche gegen die Betreiber, welche sich auf direkte oder indirekte Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen oder verlinkten Informationen verursacht wurden, sind grundsätzlich ausgeschlossen. Durch die Nutzung werden auch keine Rechte oder Pflichten zwischen den Betreibern und der Nutzerin oder dem Nutzer der Onlineangebote oder Dritten begründet. Die Betreiber behalten sich ausdrücklich vor, Teile der Angebote oder die gesamten Angebote ohne vorherige Ankündigung zu verändern, zu ergänzen, zu löschen oder die Veröffentlichung zeitweise oder endgültig einzustellen. Die Inhalte stellen die persönliche Meinung der Autoren wieder.

Als Diensteanbieter sind wir gemäß § 7 Abs.1 TMG für eigene Inhalte auf diesen Seiten nach den allgemeinen Gesetzen verantwortlich. Nach §§ 8 bis 10 TMG sind wir als Diensteanbieter jedoch nicht verpflichtet, übermittelte oder gespeicherte fremde Informationen zu überwachen oder nach Umständen zu forschen, die auf eine rechtswidrige Tätigkeit hinweisen. Verpflichtungen zur Entfernung oder Sperrung der Nutzung von Informationen nach den allgemeinen Gesetzen bleiben hiervon unberührt. Eine diesbezügliche Haftung ist jedoch erst ab dem Zeitpunkt der Kenntnis einer konkreten Rechtsverletzung möglich. Bei Bekanntwerden von entsprechenden Rechtsverletzungen werden wir diese Inhalte umgehend entfernen.

Haftung für Links

Unser Angebot enthält Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalte wir keinen Einfluss haben. Deshalb können wir für diese fremden Inhalte auch keine Gewähr übernehmen. Für die Inhalte der verlinkten Seiten ist stets der jeweilige Anbieter oder Betreiber der Seiten verantwortlich. Die verlinkten Seiten wurden zum Zeitpunkt der Verlinkung auf mögliche Rechtsverstöße überprüft. Rechtswidrige Inhalte waren zum Zeitpunkt der Verlinkung nicht erkennbar. Eine

permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten ist jedoch ohne konkrete Anhaltspunkte einer Rechtsverletzung nicht zumutbar. Bei Bekanntwerden von Rechtsverletzungen werden wir derartige Links umgehend entfernen.



Akademie für Öffentliches
Gesundheitswesen in Düsseldorf

Über uns

Des Lehr- und Handbuch ist ein gemeinsames Projekt der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen und des Open Science Lab der TIB (Technischen Informationsbibliothek) - Leibniz-Informationszentrum Technik und Naturwissenschaften.

Finanzierung

Das Projekt wurde mit Mitteln des Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanziell gefördert.

Open Access

Dieses online kostenfrei zugängliche Lehr- und Handbuch soll Ihnen als Arbeitshilfe im Praxisalltag dienen. Um Forschung und Lehre zur Verbesserung der Öffentlichen Gesundheit zu fördern ist es wichtig, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im ÖGD, die interessierte Fachöffentlichkeit und die Öffentlichkeit jederzeit Zugang zum bestverfügbaren Wissen zum Thema Öffentliche Gesundheit haben. Die aktuellste Version des Lehr- und Handbuchs ist on-demand gedruckt erhältlich.

Urheberrechtserklärung & Lizenz

Das Lehrbuch ist eine **Open Educational Resource (OER)**, daher verfügbar unter der Lizenz Creative Commons Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International (CC BY-SA 4.0) (mehr: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>). Sie dürfen das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten, es remixen, verändern und darauf aufbauen, und zwar für beliebige Zwecke, sogar kommerziell. Der Lizenzgeber kann diese Freiheiten nicht widerrufen, solange Sie sich an die

Lizenzbedingungen halten: Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders. Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technischen Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

Es werden keine Garantien gegeben und auch keine Gewähr geleistet.

Die Lizenz verschafft Ihnen möglicherweise nicht alle Erlaubnisse, die Sie für die jeweilige Nutzung brauchen. Es können beispielsweise andere Rechte, wie Persönlichkeits- und Datenschutzrechte, zu beachten sein, die Ihre Nutzung des Materials entsprechend beschränken.

Helpen Sie uns, das Lehrbuch zu verbessern

Wir freuen uns über Kommentare und Feedback von allen, unabhängig von ihrem Fachwissen oder Hintergrund. Schreiben Sie eine E-mail an lehrbuch@akademie-oegw.de

Das Lehrbuch wird als GitHub-Repository zur Verfügung gestellt.

Nachhaltigkeit und Weiterentwicklung

Das Ergebnis des gemeinsamen Schreibprozesses wurde und wird kontinuierlich ergänzt und verbessert. Hierbei können auch Leserinnen und Leser selbst durch Feedback und Ergänzungen aktiv werden. Den Autorinnen und Autoren aller Texte ist bewusst, dass mit den bisher abgedeckten Themenbereichen nur Teile des gesamten Tätigkeitsspektrums des ÖGD dargestellt werden.

Da es sich um ein agiles Projekt handelt, das in Anbindung an die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen stetig weiterentwickelt werden soll, ist neben einer fortlaufenden Aktualisierung der bestehenden Kapitel auch eine Ergänzung durch weitere Themengebiete möglich.

Die Autoren/innen haben sich dazu entschieden in dem Lehrbuch den Bezeichnung "Proband/in" für alle Personen zu benutzen, die im Rahmen der Erstellung eines Gutachtens begutachtet werden.

Methode

Alle Texte wurden mit der sogenannten **Book Sprint** Methode erarbeitet und verfasst. Ein **Book Sprint** ist eine agile Methode, um in kurzer Zeit gemeinsam längere und komplexere Texte zu schreiben. Alle Book Sprints wurden gemeinsam von der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen und dem Open Science Lab der Technischen Informationsbibliothek (TIB) organisiert und durchgeführt. Die Methode Book Sprint erlaubt eine zielorientierte Erstellung digitaler Inhalte.

Die Methode beruht auf den Prinzipien der Weitergabe (Sharing), der gemeinsamen Entwicklung (Co-Development), der Vernetzung der Teilnehmenden (Community Building) und einer geteilten Verantwortung für das gemeinsame Produkt (Collective Ownership). Diese offene, transparente Methode wurde an mehreren Institutionen, unter anderem der TIB, bereits mehrfach erfolgreich angewendet. Dabei wird sich an zuvor definierten Ziel-Kompetenz-Profilen, in der bisherigen Lehre erprobten Lehrmodulen und an praktischen Anwendungsbeispielen (Use Cases) orientiert.

Autorinnen und Autoren schreiben unter Nutzung digitaler Technologien. Diese ermöglichen einen gemeinsamen, parallelen Schreibprozess an Texten, die in vollem Umfang und bis zum Endergebnis als gemeinsames Produkt konzipiert und verstanden werden. Auf diese Weise entstehen Buchkapitel oder ganze Bücher. Wir haben in intensiven dreitägigen Book Sprints mit bis zehn Fachleute zu einem ausgewählten Thema gearbeitet. Dabei entwickeln die Teilnehmenden unter moderierter Anleitung eines/einer medienpädagogisch erfahrenen Book Sprint Moderators/-in gemeinsam Inhalte zu ausgewählten Themen, die relevant für die Arbeit im ÖGD sind.

Entstehungsprozess

Dieses Lehr- und Handbuch ist ein gemeinsames Projekt der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen und des Open Science Lab der Technischen Informationsbibliothek des Leibniz-Informationszentrums Technik und Naturwissenschaften.

Fachleute aus unterschiedlichen Bereichen im ÖGD, gemeinsam mit Lehrenden der Akademie, haben ab 2019 in sogenannten Book Sprints in gemeinsamer Autorenschaft Texte für diese Lehrbuchreihe verfasst.

Auf die Phase des initialen kollaborativen Schreibprozesses folgte eine Lektoratsphase, wobei inhaltliche Ergänzungen und Überarbeitungen kontinuierlich durch- und eingefügt werden. Die Textbeiträge beruhen auf breiter einschlägiger Literatur, praktischen Erfahrungen langjähriger ÖGD-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Erfahrungen und Anregungen von Nachwuchs Fachkräften mit Interesse an Öffentlicher Gesundheit.

In allen Lehrbüchern werden gemeinsam festgelegte Kapitel zu u.a. Geschichte, Zielen, Aufgaben und Strukturen sowie Begriffsdefinitionen umfangreich beschrieben. Jedes Buch wurde als umfassende und in sich geschlossene Abhandlung aufgebaut und kann sowohl in Ergänzung zu den anderen Büchern gelesen als auch isoliert als Nachschlagewerk behandelt werden.

Die gesamte Lehrbuchreihe ist als Open Educational Resource (OER) angelegt und ist unter einer offenen Lizenz veröffentlicht, die kostenlosen Zugang sowie die kostenlose Nutzung, Bearbeitung und Weiterverarbeitung durch Andere ohne oder mit geringfügigen Einschränkungen ermöglichen.

Das Lehrbuch ist in aktualisierter Form auch als gedrucktes Lehrbuch kostengünstig on-demand erhältlich.

Haftungsausschluss (Disclaimer)

Die in diesem Lehrbuch zusammengefassten Inhalte beruhen auf jahrelanger theoretischer Auseinandersetzung und praktischer

Erfahrung der Autoren/innen im Öffentlichen Gesundheitsdienst und sollen hilfreiche Informationen zu den besprochenen Themen liefern.

Das vorliegend Lehrbuch ist ein Gemeinschaftswerk aller beteiligten Autorinnen und Autoren und ist nicht die Meinung einzelner Institutionen für die die beteiligten Autoren/innen arbeiten.

Die Autoren/innen, Herausgeber/innen und die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen bemühen sich nach bestem Wissen und Gewissen, die über dieses Buch zugänglichen Informationen korrekt, vollständig und aktuell dazustellen, aber übernehmen hierfür keine Gewähr. Sie stellen dieses Lehrbuch und seinen Inhalt ohne Mängelgewähr zur Verfügung und machen keine Zusicherungen oder Garantien jeglicher Art in Bezug auf dieses Buch oder seinen Inhalt.

Weder haften die Autoren/innen, die Herausgeber/innen, die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen noch andere Mitwirkenden für Schäden, die sich aus oder im Zusammenhang mit der Verwendung dieses Buches ergeben. Dies ist eine umfassende Haftungsbeschränkung, die für alle Schäden jeglicher Art gilt, einschließlich (ohne Einschränkung) entschädigend; direkte, indirekte oder Folgeschäden; Verlust von Daten, Einkommen oder Gewinn; Verlust von oder Sachschäden und Ansprüche Dritter.

Verweise auf andere Seiten im Internet, Referenzen oder andere Quellen werden nur zu Informationszwecken bereitgestellt und stellen keine Billigung von Websites oder anderen Quellen dar. Die Leser sollten sich bewusst sein, dass sich die in diesem Lehrbuch aufgeführten Websites ändern können.

Autoren/innen

Annette Fröhmel

Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf

Klaus-Dieter Koch

Berlin

Dr. med. Rudolf Lange

Kreisgesundheitsamt, Mettmann

Dr.med. Dorothee Meissner

Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf

Dr. med. Antje Petersen

Kreisgesundheitsamt, Husum

PD Dr. med. Elke Richartz-Salzbürger

Referat für Gesundheit und Umwelt, Landeshauptstadt München

Dr. jur. Reinhard Rieger

Hamburg

Dr. med. Klaus Schröer

Referat für Gesundheit und Umwelt, Landeshauptstadt München

Anerkennung & Danksagung

Anna Eckhardt und **Lambert Heller** für die Unterstützung bei der Entwicklung des Projektes und der Durchführung der Book Sprints.

Dr. med. Jakob Schumacher und **Simon Worthington** für die Unterstützung bei der Umsetzung des Projektes und die technische Umsetzung auf GitHub.

Bernd Schiller und **Petra Münstedt** für die sorgfältige Durchsicht und umsichtigen Korrekturen des Textes im gesamten Werk.

Johannes Wilm, und das **FidusWriter.org Team**, für die technische Unterstützung.

Dem **Bundesministerium für Gesundheit**, das die gemeinsame Erarbeitung unseres Lehrbuches gefördert hat. Ohne diese Unterstützung wäre das Projekt nicht möglich gewesen.

Dr.med. Ute Teichert für den Enthusiasmus und die tatkräftige Unterstützung des Projektes.

Inhalt

Juristischer Hintergrund: Amtsärztliche Gutachten im Verfahren	17
Die Rolle als amtsärztliche/r Gutachter/in	31
Gutachtauftrag	39
Formalia des Gutachtens	45
Praktischer Ablauf der Begutachtung	51
Besonderheit bei der Begutachtung: Psychischer Störungen	57
Mitwirkungspflicht der zu begutachtenden Personen/Probanden	67
Wichtige rechtliche Rahmenbedingungen	73
Gutachtenbereich: Beamtenrecht, Einstellungs- & Dienstfähigkeitsbegutachtung, Beihilfe	89
Gutachtenbereich: Dienstunfall, Unfallheilverfahren & Beamtenversorgungsrecht	117
Spezielle Gutachten	129
Annex-Abkürzungen	153
Literaturverzeichnis	157

Juristischer Hintergrund: Amtsärztliche Gutachten im Verfahren

Gesundheitsämter stellen einen Teil der allgemeinen Verwaltung dar und stellen zur Gutachtenerstellung Expertise aus Medizin und Verwaltung zur Verfügung. Die sachliche Basis für ein Gutachten ergibt sich zum einen (I.) **formell-abstrakt** aus den rechtlichen Anforderungen des jeweils einschlägigen Verfahrensrechts und zum anderen (II.) aus den **inhaltlichen**, d.h. medizinischen Anforderungen aus dem Gutachtenauftrag und den sich aus diesem wiederum abzuleitenden erforderlichen Erkenntnisgrundlagen.

Aus dem Zusammenspiel dieser Faktoren ergibt sich dann (III.) eine **Grundlage** für die behördliche oder auch gerichtliche Entscheidung.

(I) Gutachten im Verfahrensrecht

Staatliche Verfahren benötigen einen formalen Ablauf der durch Rechtsnormen geregelt wird. Die Gesamtheit aller Rechtsnormen wird üblicherweise als Verfahrensrecht bezeichnet. Die überwiegenden Gutachtenaufträge im amtsärztlichen Bereich unterliegen im Verfahrensrecht dem **Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG)** und dem weitgehend **inhaltsgleichen Sozialgesetzbuch (SGB) X**.

Wenn und soweit im öffentlichen Recht für eine Entscheidung (amts)ärztlicher Sachverstand benötigt wird, gelten für die Heranziehung ärztlichen Sachverständigen die Grundregeln dieses allgemeinen Verfahrensrechts – soweit das Fachrecht nichts Abweichendes bestimmt. Das sind insbesondere die Regeln über die Beweismittel § 26 VwVfG bzw. die Parallelnorm § 21 im SGB X im Bereich des Sozialrechts.



„Die Entscheidung, ob ein Sachverständigengutachten eingeholt werden soll, steht im Rahmen der freien Beweiswürdigung (§ 108 Abs. 1 VwGO) im pflichtgemäßen Ermessen des Tatsachengerichts. Das Ermessen wird nur dann fehlerhaft ausgeübt, wenn das Gericht von der Einholung eines Gutachtens absieht, obwohl sich ihm die Notwendigkeit hierzu hätte aufdrängen müssen (stRspr, vgl.

BVerwG, Beschluss vom 10. Januar 2018 - 3 B 59.16 - ZOV 2018, 53 <54>). Dies ist nach den konkreten Umständen des Falles hier zu verneinen. Die dem Berufungsgericht vorliegenden Unterlagen genügten, um das Gericht in die Lage zu versetzen, die entscheidungserheblichen Tatsachen zu beurteilen. Denn die in das Verfahren eingeführten Erkenntnisse zur medizinischen und insbesondere medikamentösen Versorgung im Heimatstaat tragen die tatrichterliche Prognose des Berufungsgerichts (vgl. S. 24 ff. UA), dass, soweit einzelne Medikamente in Serbien nicht verfügbar sind, diese durch andere, gleich wirksame Medikamente substituiert werden können“. REF: Vgl. BVerwG, Beschluss vom 17. Januar 2019 – 1 B 85/18, 1 PKH 67/18 zum Gerichtsverfahren)

Das bedeutet, dass die Behörde die für die anstehende hoheitliche Entscheidung zuständig ist, in Ausübung ihres Ermessens auch darüber entscheidet, ob und welche ärztlichen Gutachten im Rahmen des Amtsermittlungsgrundsatzes (oder auch Untersuchungsgrundsatz) zur Aufklärung des Sachverhalts für die Entscheidungsfindung benötigt werden.

Die einschlägigen Normen des §§ 24 und 26 VwVfG sprechen hier für sich und lauten zusammengefasst und gekürzt:

§ 24 Untersuchungsgrundsatz

(1) Die Behörde ermittelt den Sachverhalt von Amts wegen. Sie bestimmt Art und Umfang der Ermittlungen; an das Vorbringen und an die Beweisanträge der Beteiligten ist sie nicht gebunden. Sie hat alle für den Einzelfall bedeutsamen, auch die für die Beteiligten günstigen Umstände zu berücksichtigen.

Zur Ermittlung des Sachverhalts bedient die Behörde sich folgender Beweismittel (§ 26 VwVfG):

1. Auskünfte jeder Art
2. Beteiligte anhören, Zeugen und Sachverständige vernehmen oder die schriftliche oder elektronische Äußerung von Beteiligten, Sachverständigen und Zeugen einholen
3. Urkunden und Akten beiziehen
4. den Augenschein einnehmen

Entscheidet sich die Behörde nach § 26 Abs. 2 VwVfG ein Sachverständigengutachten als Beweismittel einzuholen, sei es im Rahmen des Ermessens, sei es, weil die Einholung eines (amts)ärztlichen Gutachtens in dem jeweiligen Fachgesetz zwingend vorgeschrieben ist (*REF:Z.B. im Beamtenrecht, § 44 Hamburgisches Beamtengesetz / § 48 BBG oder auch § 64 Abs. 1 Nr. 2 EstDV und viele andere*)), sind weitere Erkenntnisgrundlagen, die die Gutachterin bzw. der Gutachter benötigt, von den Anforderungen aus seinem Fachgebiet abhängig.

Das ergibt sich aus der Funktion eines begutachtenden Amtsarztes, der – wie es der Bayrische Verwaltungsgerichtshof im *Beschluss vom 6. Dezember 2018 – 6 ZB 18.2176* treffend ausdrückt:

“ . . . lediglich als sachverständiger Helfer tätig [wird], um den zuständigen Stellen diejenige Fachkenntnis zu vermitteln, die für deren Entscheidung erforderlich ist. “

Anders formuliert: Das amtsärztliche Gutachten ist nur eine, wenn in vielen Fällen auch die wichtigste Grundlage für die am Schluss eines Verfahrens anstehende Behörden- oder Gerichtsentscheidung.

(II) Erkenntnisgrundlagen des Gutachtauftrages

1. Bevor es aber zu dieser materiellen fachlichen Bewertung kommt, ist der Gutachtauftrag eine zwingende Erkenntnisquelle.

Auch wenn dieser von der verfahrensleitenden Behörde bzw. dem erkennenden Gericht erteilt wird, enthält er zahlreiche Sachangaben, deren Kenntnis unerlässlich für eine sachgerechte Begutachtung ist. Als besonders prägnantes Beispiel kann hier die beamtenrechtliche Begutachtung dienen.

Ausgehend von der Rollenverteilung zwischen „Dienstvorgesetzten“ und Sachverständigen bzw. Amtsärzten bei beamtenrechtlichen Entscheidungen hat sich in der Rechtsprechung (u.a. BVerwG vom 30. Mai 2013 - 2 C 68.11) eine hohe inhaltliche Anforderung an die Untersuchungsanordnung und damit auch den Gutachtauftrag entwickelt:



„Ferner muss die Anordnung Angaben zu Art und Umfang der ärztlichen Untersuchung enthalten. Die Behörde darf dies nicht dem Arzt überlassen. Dies gilt insbesondere, wenn sich der Beamte einer fachpsychiatrischen Untersuchung unterziehen soll. Erhebungen des Psychiaters zum Lebenslauf des Beamten, wie etwa Kindheit, Ausbildung, besondere Krankheiten, und zum konkreten Verhalten auf dem Dienstposten stehen dem Bereich privater Lebensgestaltung noch näher als die rein medizinischen Feststellungen, die bei der angeordneten Untersuchung zu erheben sind. Deshalb sind die mit einer solchen Untersuchung verbundenen Eingriffe in das Recht des Beamten aus Art. 2 Abs. 2 GG wie auch in sein allgemeines Persönlichkeitsrecht regelmäßig weitgehend (BVerfG, Beschluss vom 24. Juni 1993 a.a.O. S. 82 ff.; BVerwG, Urteil vom 26. April 2012 a.a.O. Rn. 17).



Nur wenn in der Aufforderung selbst Art und Umfang der geforderten ärztlichen Untersuchung nachvollziehbar sind, kann der Betroffene auch nach Maßgabe des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit ihre Rechtmäßigkeit überprüfen. Dementsprechend muss sich der Dienstherr bereits im Vorfeld des Erlasses nach entsprechender sachkundiger ärztlicher Beratung zumindest in den Grundzügen darüber klar werden, in welcher Hinsicht Zweifel am körperlichen Zustand oder der Gesundheit des Beamten bestehen und welche ärztlichen Untersuchungen zur endgültigen Klärung geboten sind“.

2. Neben dem Gutachtenauftrag und ihn ergänzend sind regelmäßig die in dem jeweiligen Verfahren bereits angefallenen Vorgänge bzw. Akten Erkenntnisgrundlage für das zu erstellende Gutachten.

Dazu können z.B. medizinische Vorbefunde herangezogen werden oder – regelmäßig – Aussagen über Zeiten von krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit. Soweit hier Fragen des Schutzes personenbezogener Daten auftreten, gilt der Grundsatz, dass der Übermittler der Daten für die Zulässigkeit der Übermittlung verantwortlich ist, die/der Gutachter/in hat also keinen Anlass, sich mit der Frage zu beschäftigen, ob diese Daten übermittelt werden durften. Er darf und muss sie zur Erfüllung seiner sachverständigen Expertise nutzen.

3. Problematisch ist dagegen die Anforderung (früherer) medizinischer Angaben unmittelbar von dem/der Proband/in.

Grundsätzlich besteht zwischen der/dem amtsärztlichen Gutachter/in und dem/der Proband/in kein dahingehendes Rechtsverhältnis, das die/den Gutachter/in berechtigen würde, dem/der Probanden/in Weisungen zu erteilen. Daher bedarf es hier regelmäßig des Umwegs über die verfahrensleitende Stelle (Gericht / Behörde).

Eine dahingehende Anordnung an den/die Probanden/in, eine/n (frühere/n) Arzt/Ärztin zu Beweis Zwecken von der Schweigepflicht zu entbinden und sich mit der Beiziehung einer früheren ärztlichen

Begutachtung einverstanden zu erklären, muss dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit genügen. Das gilt insbesondere bei psychischen Erkrankungen. Die früheren Erkenntnisse müssen nach ärztlicher Auffassung für die neue Begutachtung zwingend erforderlich sein, um im weiteren Verfahren ggf. zu einer Beweislastumkehr zu führen (REF Vgl. BVerwG, Beschluss vom 26. Mai 2014 – 2 B 69/12).

Hier ist in der Regel eine Rückkopplung zwischen der verfahrensleitenden Stelle und dem begutachtenden Amtsarzt erforderlich. Jene muss über die Verhältnismäßigkeit der Anforderung entscheiden und dieser muss die (medizinische) Erforderlichkeit der weiteren Angaben plausibilisieren.

4. Neben den unter 1. bis 3. genannten verfahrensmäßig eher formalen Erkenntnisgrundlagen muss ein verwertbares Gutachten auch noch fachlich-inhaltliche Voraussetzungen erfüllen.

4.1 Allgemeine Anforderungen

Für die Erstellung eines amtsärztlichen Gutachtens gelten die allgemeinen Grundregeln für wissenschaftliches Arbeiten, wie für jede rechtlich relevante sachverständige Begutachtung oder Stellungnahme. Je nach Bereich kommt dem amtsärztlichen Gutachten gegenüber privatärztlichen Gutachten im Dissensfall sogar Vorrang zu. Das Bundesverwaltungsgericht formuliert:



"Die erwähnte Rechtsprechung besagt, dass für den Fall, dass inhaltlich nicht oder nicht vollständig vereinbare Stellungnahmen eines Amtsarztes und eines Privatarztes zu demselben Krankheitsbild vorliegen, diejenige des Amtsarztes im Konfliktfall dann Vorrang verdient, wenn dieser sich mit substantiierten medizinischen Befunden des behandelnden Privatarztes auseinandergesetzt hat." (vgl. etwa Urteil vom 11. Oktober 2006 - BVerwG 1 D 10.05 - Buchholz 232 § 73 BBG Nr. 30 Rn. 36 f. St. Rspr., vgl. m.w.Nw. VG Augsburg, Urteil vom 14. Januar 2016 – Au 2 K 14.1585.).

Ein in einem Verwaltungsverfahren erstelltes ärztliches Gutachten muss die medizinischen Befunde und ebensolche Schlussfolgerungen so plausibel und nachvollziehbar darlegen, dass die zuständige Behörde auf dieser Grundlage entscheiden kann, ob die in der jeweils einschlägigen Norm abstrakt umschriebenen Tatbestände vorliegen oder nicht.

Das Gutachten muss sowohl die notwendigen Feststellungen zum Sachverhalt, d.h. die in Bezug auf den/en Beamten/in erhobenen Befunde darstellen, als auch die aus medizinischer Sicht daraus abzuleitenden Schlussfolgerungen.

Was die wissenschaftliche Tiefe eines amtsärztlichen Gutachtens angeht, so ist diese vom Fachrecht abhängig. Stark vereinfacht kann man formulieren: Mit zunehmender Grundrechtsrelevanz steigen die Anforderungen an die wissenschaftliche Qualität eines Gutachtens. So sind z.B. die Anforderungen an ein Gutachten im Bereich des Steuerrechts weniger streng als im Bereich des Beamtenrechts (*Vgl. Finanzgericht Rheinland-Pfalz, Urteil vom 04. Juli 2018 – 1 K 1480/16 einerseits und BayVGH, Beschluss vom 13. Dezember 2018 – 3 ZB 16.935 andererseits.*). Generell gilt, dass amtsärztliche Gutachten – wie jedes rechtlich in ein Verfahren eingeführtes ärztliches Gutachten – dem aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechen müssen (*vgl. Landessozialgericht Mecklenburg-Vorpommern, Urteil vom 30. Mai 2018 – L 5 U 77/14, s.a Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 06. April 2017 – L 6 VJ 1281/15 –, juris*).

Das bedeutet im Einzelnen, dass jedenfalls folgende Schritte bei der Begutachtung durchgeführt werden bzw. erfüllt sein müssen:

- (1) Medizinische Anamnese
- (2) Sozial - / Berufsanamnese
- (3) Jetziges Beschwerdebild
- (4) (Frühere) Untersuchungsbefunde

(5) (Frühere) Diagnosen / Fachdiagnosen

(6) Epikrise / Wertung / Gewicht

(7) Sozialmedizinische Stellungnahme / Aussagen zu zeitlichen Prognosen

(8) Stellungnahme zu Reha- Maßnahmen und zur inhaltlichen Prognose

(9) Beantwortung der Fragestellung (Zusammenfassung) aufgrund der Erhebungen nach 1 – 8.

(10) Nachsorgende Überprüfung auf Schlüssigkeit und inhaltliche Überzeugungskraft

4.2 Verfügt der/die Amtsarzt/ärztin nicht über die in dem jeweiligen Bereich erforderliche Sachkunde, kann und muss er sich gegebenenfalls ergänzender Zusatzgutachten bedienen. Sonst sind die gutachterlichen Ausführungen im Streitfall unverwertbar, weil es an der nötigen Sachkunde fehlt. Im ggf. weiteren gerichtlichen Verfahren kann sich ein Gericht in der anstehenden Entscheidung aber grundsätzlich ohne weiteres auf amtsärztliche Gutachten stützen, die Gegenstand des Verwaltungsverfahrens waren. Eine weitere Sachverhaltsaufklärung durch gerichtsseitige Einholung eines ergänzenden Sachverständigen-Gutachtens ist regelmäßig nur dann geboten, wenn das im Verwaltungsverfahren eingeholte Gutachten nicht hinreichend geeignet ist, dem Gericht die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen tatsächlichen Grundlagen zu vermitteln. Dies ist der Fall, wenn das Gutachten (bzw. auch amtsärztliche Stellungnahme) auch für den Nichtsachkundigen erkennbare (grobe) Mängel aufweist, etwa:

- nicht auf dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft beruht
- von unzutreffenden tatsächlichen Voraussetzungen ausgeht
- unlösbare inhaltliche Widersprüche enthält

- Anlass zu Zweifeln an der Sachkunde oder Unparteilichkeit der/des Gutachters/in (Sachverständigen) gibt

(vgl. *VG Gelsenkirchen, Urteil vom 31. Mai 2017 – 3 K 1320/15-*; s.a. unter dem Aspekt der Rechtsschutzgarantie den sehr deutlichen Beschluss des BVerfG vom 16.01.2017 - 2 BvR 2615/14)).

(III) Das amtsärztliche Gutachten als Entscheidungsbasis

1. Die rechtliche Bewertung der Gutachten – des amtsärztlichen Gutachtens und des angeforderten Zusatzgutachtens – erfolgt dann in einer „gestaffelten Gesamtschau“ in der Weise, dass der/die Amtsarzt/ärztin sich mit dem Zusatzgutachten fachlich intensiv auseinandersetzen muss, es bewertet und zu einem zusammenfassenden Gutachten, einer Conclusio für die erkennenden Behörden kommen muss.

2. Auf dieser Basis wird das Gutachten dann in das Verfahren eingeführt und hilft dem Rechtsanwender bei der Subsumtion, der Ordnung des konkreten Sachverhaltes unter die Tatbestände der anzuwendenden Norm.

Es ist zu entscheiden, ob die in dem Gutachten getroffenen Feststellungen den zahlreichen rechtlichen Kategorien bzw. Begriffen (sog Tatbestände bzw. Tatbestandsmerkmale) wie z.B. „dienstunfähig“ / „schuldfähig“ / „gesundheitliche Eignung“ / „Fahrtüchtigkeit“ / „Pflegebedürftigkeit“ / altersentsprechender Entwicklungsstand / gesundheitliche Schwächen oder Schäden etc.) unterfallen oder nicht. Dieser Akt der Rechtsanwendung obliegt als letzter Schritt im Entscheidungsprozess allein dem zuständigen Amtswalter der zuständigen verfahrensleitenden Behörde, bzw. der Richterin oder dem Richter, nicht der Gutachterin oder dem Gutachter. Das hat das Verwaltungsgericht Arnberg (*vgl. VG Arnberg, Urteil vom 7. Februar 2014 –13 K 3126/12*) in einer Entscheidung zum Dienstunfallrecht pointiert zum Ausdruck gebracht, darum seien die einschlägigen

Passagen aus der Entscheidung – unter Kürzungen und Hervorhebungen – hier zitiert:



„Es geht bei der Erstellung polizeiärztlicher Gutachten im Bereich des Unfallausgleichs deshalb allein darum, dem Dienstherrn durch das polizeiärztliche Gutachten eine belastbare Tatsachengrundlage . . . zu schaffen, aufgrund derer der Dienstherr – nicht: der Polizeiarzt – prüfen und entscheiden kann, ob und in welchem Umfang und über welchen Zeitraum dem Beamten Unfallausgleich zusteht“.

. . . „Auch soweit die handelnde Behörde im Verlaufe des Verfahrens mehrfach erklärt hat, sie könne ihren Unfallausgleich ablehnenden Bescheid nicht aufheben, weil sie an das Gutachten des Polizeiarztes gebunden sei, handelt es sich um einen gravierenden Rechtsirrtum“.

„. . . das polizeiärztliche Gutachten [hat] nicht die Funktion, über den Unfallausgleich zu entscheiden. Diese Entscheidung ist der Verwaltung – und nachfolgend dem Gericht – vorbehalten. Die Verwaltung kann daher – weil der Polizeiarzt überhaupt keine

"Entscheidung" im eigentlichen Sinne trifft, sondern der Verwaltung lediglich die tatsächliche Grundlage für die Entscheidung liefert – nicht an das Testat des Polizeiarztes in diesem Sinne "gebunden" sein. Selbstverständlich ist es allerdings so, dass die Verwaltung eine polizeiärztlich ordnungsgemäß ermittelte (belastbare)

Tatsachengrundlage ihrer Entscheidung über die Gewährung von Unfallausgleich zu Grunde legen kann und zu Grunde zu legen hat. Dies gilt aber – ebenso selbstverständlich – dann nicht, wenn das Gutachten – wie hier – unter offensichtlichen Mängeln leidet, etwa, weil die polizeiärztliche Begutachtung den maßgeblichen Zeitraum überhaupt nicht in den Blick nimmt oder tatsächlich bestehende dienstunfallbedingte Einschränkungen des

Beamten nicht erkennt/benennt. In einem solchen Fall muss die Verwaltung selbstverständlich, um ihrer Pflicht aus § 24 des Verwaltungsverfahrensgesetzes zu genügen, eine Nachbesserung des polizeiärztlichen Gutachtens in die Wege leiten und darf sich nicht – geradezu "sehenden Auges" – auf eine falsch ermittelte Tatsachengrundlage stützen, um den Antrag des Beamten auf Gewährung von Unfallausgleich abzulehnen“.

3. Auf der anderen Seite darf sich der/die Entscheidungsträger/in keine fachlichen – medizinischen oder psychiatrischen oder psychologischen – Kenntnisse anmaßen, die er/sie nicht hat.

Andernfalls liegt ein schwerer Verfahrensfehler in Form des Verstoßes gegen den Amtsermittlungsgrundsatz vor, der in der Regel zur Rechtswidrigkeit der Entscheidung führt. Für das gerichtliche Verfahren – für das behördliche Verfahren gilt nichts anderes – hat das Bundesverwaltungsgericht (vgl. *BVerwG, Beschluss vom 26. September 2014 – 2 B 14/14 –*, juris; *m.w.Nw. – ständige Rspr.*) zur Frage der Schuldfähigkeit ausgeführt (Auszug):



„ . . . hat das Gericht den entscheidungserheblichen Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln. Fehlt dem Gericht die hierfür erforderliche Sachkunde, muss es sachverständige Hilfe in Anspruch nehmen. Kommt es maßgeblich auf den Gesundheitszustand eines Menschen an, ist daher regelmäßig die Inanspruchnahme ärztlicher Fachkunde erforderlich. Für die hier entscheidungserheblichen medizinischen Fachfragen gibt es keine eigene, nicht durch entsprechende medizinische Sachverständigengutachten vermittelte Sachkunde des Richters“

4. Aus den unter 1. bis 3. dargestellten Rechts- bzw. Verfahrensgrundsätzen ergibt sich gewissermaßen zwangsweise, dass nur ein gutes Zusammenspiel zwischen verfahrensleitender Behörde

und dem gutachterlich tätigen amtsärztlichen Dienst auch zu richtigen Entscheidungen führen kann.

Nur wenn gegenseitiger Respekt für und auch Neugier auf das Fachgebiet des anderen vorhanden ist, werden im allgemeinen Sinne gute und im Rechtssinne richtige Entscheidungen entstehen können.

Die Rolle als amtsärztliche/r Gutachter/in

Die amts- bzw. sozialärztlich begutachtende Person wird gegenüber der auftraggebenden Stelle als Sachverständige/r tätig.

Ein/e „**Sachverständige/r**“ ist eine Person, die etwas von einer speziellen „Sache“ versteht – d.h. besonders geeignet ist, anderen, weniger sachkundigen Verfahrensbeteiligten Hintergründe zu einem (hier: medizinischen) Sachverhalt zu vermitteln und auf Grundlage von Kenntnissen und Erfahrungen bei Bedarf auch eine Bewertung aus fachlicher Sicht vorzunehmen.

Persönliche Voraussetzungen

Bei einem/r ärztlichen Gutachter/in werden verschiedene Grundkompetenzen vorausgesetzt:

- ärztliche Grundkenntnisse
- je nach Fragestellung spezialisierte Fachkompetenz
- Kenntnisse im sozialrechtlichen (o.a.) Kontext der Begutachtungsthematik
- Fähigkeit zu logischem, abstrahierendem und schlussfolgerndem Denken
- sehr gute mündliche und schriftliche Kommunikationsfähigkeiten
- Distanz, Neutralität und Unabhängigkeit

Kritisches Rollenverständnis

Die letztgenannte Erwartung an die Funktion des/r Gutachter/in erfordert, sich über die Rolle bzw. Positionierung in den divergierenden Interessenslagen bewusst zu werden.

Der/die Gutachter/in hat grundsätzlich unparteiisch zu sein, d.h. er/sie soll und darf weder die Interessen des/der Probanden/in (cave: ärztlicher Rollenkonflikt!) noch die Interessen des Beauftragenden (cave: dienstl. Interessenkonflikt?) einseitig beachten oder gar berücksichtigen.

Dies führt allerdings häufig zu einem typischen Rollenkonflikt. Primär ist die Ärztin/ der Arzt aus der Berufswahl und dem Selbstverständnis eigentlich als „Helfer/in und Heiler/in“ sozialisiert. Das übliche kurative ärztliche Vertrauensverhältnis orientiert sich dabei gezielt am persönlichen Wohl der Patienten. Die Ärztin/der Arzt, die/der dieser Zielsetzung folgt, erfüllt somit auch die an sie/ihn gerichteten Erwartungen des/der Probanden/in.

Demgegenüber muss die Ärztin/der Arzt in der speziellen Funktion als Gutachter/in den Probanden eher distanziert als „Fall“ bzw. „Objekt“ betrachten - dies allerdings unabhängig von einem selbstverständlich positiv zugewandten Umgang. Das heißt der/die Gutachter/in muss sich bewusst von der einseitigen Orientierung am Wohl und Interesse der Probanden lösen. Dies bedeutet allerdings zugleich, auch die unbewussten Erwartungen der Probanden möglicherweise nicht oder nur unvollständig bedienen zu können - obwohl diese/r die Ärztin/den Arzt gern weiterhin als „Helfer/in“ vereinnahmen möchte.

Für das Verhältnis der beiden Seiten bedeutet dies, dass sich hier nicht mehr „ärztlich tätige und zu behandelnde Person“ im besonderen Vertrauensverhältnis, sondern „Gutachter/in und Proband/in“ in gebotener Distanz gegenüberstehen - für beide Seiten ggfs. ungewohnt und Anlass für mögliche Irritationen.

Andererseits befindet sich nicht nur der/die ärztlich Gutachter/in, sondern auch der/die zu Proband/in in einem Rollenkonflikt.

Im typischen kurativ-medizinischen Krankheitsfall ist davon auszugehen, dass der/die Proband/in ihre Gesundheit gern rasch und uneingeschränkt wiedererlangen möchte. Sie wird somit die ärztliche Beratung und Hilfe zur Gesundung und Gesunderhaltung aktiv annehmen und umsetzen - d.h. die erkrankte Person „will“ gesunden.

Im Rahmen eines sozialmedizinischen Antragsverfahrens verändert sich jedoch die Zielsetzung, d.h. der/die Proband/in möchte letztlich durch ihren Antrag einen sachlichen oder finanziellen Anspruch als sogenannten sekundären Krankheitsgewinn erzielen. Dies bedeutet

allerdings, dass der/die Proband/in ihren Krankheitszustand in den Vordergrund rücken muss und eher kein Interesse an einer Stabilisierung zeigen wird, um ihren Anspruch nicht zugleich zu gefährden oder zu verlieren - d.h. der/die Proband/in "darf nicht" gesunden.

Auch diesen Aspekt muss die/der Gutachter/in kennen und berücksichtigen, um eine mögliche Aggravation nicht zu übersehen und eine objektive Begutachtungsbasis zu bewahren.

Gutachterliche Fachkompetenz

Vielfach wird die Frage aufgeworfen, welche spezifische Fachkompetenz der/die sozialmedizinisch Gutachter/in aus eigener klinischer Qualifikation aufweisen muss. Die Frage führt in gerichtlichen Verfahren mitunter zu irritierenden anwaltlichen Beanstandungen.

Hierzu muss verdeutlicht werden, dass es Aufgabe des/der sozialärztlich Gutachter/in ist, der auftraggebenden Institution einen medizinischen Sachverhalt verständlich zu machen und entscheidungsrelevante Aspekte herauszuarbeiten.

Bei sozialmedizinischen Fragestellungen sind in der Regel komplexe Multimorbiditäten zu berücksichtigen, so dass es eher auf eine Gesamtbewertung im Sinne einer „ganzheitlichen“ Synthese ankommt.

Dabei bauen sozialmedizinische Verfahren typischerweise darauf auf, dass die Probanden sich bereits im Vorfeld wegen ihrer Erkrankungen bei, ggf. sogar mehreren, jeweils einschlägig qualifizierten, kurativmedizinisch orientierten Fachärzten/innen in laufender Behandlung befindet. Deren diagnostische Erkenntnisse, welche zugleich auch die Basis für vielfältige therapeutische Ansätze darstellen, bieten zugleich das Grundgerüst für den sekundären sozialrechtlichen Anspruch.

Es ist deshalb gerade nicht Aufgabe eines/einer sozialmedizinischen Gutachters/in, eine bessere Diagnostik und Differentialdiagnostik bzw. Therapiekonzeption zu leisten als die/der behandelnde Haus- bzw. Fachärztin/arzt.

Für die meisten sozialmedizinischen Verfahren muss daher der/die Gutachter/in nicht zwingend einschlägig als Fachärztin oder Facharzt für eines der zu berücksichtigenden Gesundheitsprobleme qualifiziert sein – vielmehr kommt es auf eine sorgfältige Anamnese, eine umfassende Beziehung und Plausibilitätsprüfung relevanter Fremdbefunde sowie eine kompetente Gesamtschau und summarisch-integrative Bewertung an.

Diese Erkenntnisse sind - über den kurativ-medizinischen Ansatz hinaus - in einen sozialrechtlichen Kontext zu stellen, unter Heranziehung evtl. vorgegebener Kriterien zu gewichten und der entscheidungsbefugten Stelle sachkundig aufbereitet zu vermitteln.

Diese Herangehensweise ist in den verschiedenen sozialrechtlichen Verfahren weitgehend analog zu sehen - mit Ausnahme von gezielt an der konkreten Fachthematik orientierten Spezialgutachten - z.B. zu Unfallzusammenhängen und Unfallfolgen. Diese erfordern im Vergleich einen erheblich gezielteren Bezug zur konkreten Behandlungssituation und einen dementsprechend einschlägigen fachspezialisierten Erfahrungshorizont.

Verpflichtung zur Gutachtenerstellung

Grundsätzlich ergibt sich die Verpflichtung zur Erstellung eines amtsärztlichen Gutachtens aus der dienstlichen Funktion und der gesetzlichen Aufgabenzuweisung an die Gesundheitsbehörde (ggf. nach Bundesländern variierend).

Bei gerichtlich angeforderten Gutachten ergibt sich die Verpflichtung aus der mit dem Auftrag ergehenden Bestellung (gemäß Zivil-/Strafprozessordnung) - bei namentlich-persönlicher

Beauftragung ohnehin, bei Beauftragung der Behörde wiederum aus der internen Zuweisung.

Allerdings kann bzw. muss ein/e beauftragte/r Gutachter/in in besonderen Fällen aus Gründen der Befangenheit oder drohenden Voreingenommenheit einen Begutachtungsauftrag ablehnen, beispielsweise wenn zwischen den Beteiligten:

- zuvor schon einmal eine anderweitige Beziehung z.B. aus ärztlicher Behandlung bestanden hat oder besteht,
- eine andere familiäre, soziale oder sonstige Beziehung besteht.

Die erstgenannte Thematik ist je nach Fragestellung offen zu handhaben. Eine Doppelfunktion mit therapeutischen Aspekten und gutachterlichen Aufgaben ist gerade im psychiatrischen Fachbereich nicht unüblich, bspw. in der Klinik oder im Sozialpsychiatrischen Dienst.

Eine tatsächliche persönliche Befangenheit kann sich neben familiären oder nachbarschaftlichen Aspekten auch aus sonstigen Beziehungen ergeben - wobei hierbei kein zu strenger Maßstab angelegt werden sollte. So wird allein die Tatsache, z.B. bei gleicher Behörde tätig zu sein und sich ggfs. im Haus oder in anderen dienstlichen Angelegenheiten begegnen zu können, kaum als Befangenheit in einem beamtenrechtlichen Einstellungs- oder Dienstfähigkeits-Verfahren bewertet werden können. In Zweifelsfällen kann es sinnvoll sein, die zuständige vorgesetzte Stelle zur Prüfung der Befangenheit, Absicherung der Neutralität durch ein kontrollierendes 4-Augen-Prinzip oder ggfs. Umsteuerung des Auftrags einzuschalten.

Darüber hinaus kann ein Begutachtungsauftrag zurückgewiesen werden, wenn die zu begutachtende Problematik erkennbar eine besondere Kompetenz oder sonstige Ausstattung erfordert, die persönlich oder aus den Rahmenbedingungen heraus nicht gegeben ist - und auch nicht z.B. im Rahmen eines ergänzenden Zusatzgutachtens beigezogen werden kann. Dies hat die beauftragte begutachtende Person schon mit Sichtung des Auftrags im Rahmen

der ihm obliegenden Sorgfalt zu prüfen, um sich nicht ein sogenanntes Übernahmeverschulden vorhalten zu lassen, wenn später die fachliche Qualität oder gar generelle Verwendbarkeit des Gutachtens angegriffen werden könnte.

Ob und inwieweit innerhalb eines Amtes die erwünschten fachlichen Kompetenzen vorgehalten werden können, muss in der entsprechenden Gesundheitsbehörde geklärt werden.

Haftung des/der Gutachters/in

Die Haftung für die sachliche und fachliche Richtigkeit in der Erstellung eines amtsärztlichen Gutachtens erfolgt nach den Regeln, die für jegliche dienstliche Tätigkeit im Amt gelten. Wenn und solange der/die Gutachter/in diese Funktion als Mitarbeiter/in der Behörde wahrnimmt, ist für mögliche Mängel oder Schäden primär der Dienstherr haftbar zu machen. Dieser kann dazu über eine entsprechende verbandliche Haftpflichtversicherung abgesichert sein.

Die gutachterlich tätigen Mitarbeitenden können lediglich bei vorsätzlichem oder grob fahrlässigem Fehlverhalten oder entsprechenden Fehlern im Nachgang in sogenannten Regress genommen werden, d.h. intern zu einem Schadenersatz in Anspruch genommen werden.

Bei berufstypisch sorgfältigem Vorgehen in der Bearbeitung einer Begutachtung dürfte dies allerdings kaum einmal in Betracht kommen.

Zuständigkeit der amtsärztlichen Dienste

In den kommunalen Gesundheitsämtern sind Amtsärztliche Dienste vor allem im Auftrag von anderen Behörden, Gerichten, öffentlichen Einrichtungen oder anderen Institutionen in Erfüllung hoheitlicher Aufgaben tätig. Die Zuständigkeiten können in einzelnen Bundesländern, zum Teil von Kommune zu Kommune

Die Rolle als amtsärztliche/r Gutachter/in

unterschiedlich sein. Meistens ist ein wesentlicher Teil der gesetzlich geregelten Aufgaben amtsärztlicher Dienste die Erstellung von Gutachten.

Gutachtenauftrag

Gutachtenauftrag

Ein ärztliches Gutachten liegt vor, wenn ein/e Ärztin/Arzt aufgrund der medizinischen Fachkompetenz aus Zuständen oder Tatsachen, die sie/er selbst oder eine andere Person wahrgenommen hat, mithilfe der eigenen Fachkunde im Hinblick auf eine ganz bestimmte Fragestellung Schlußfolgerungen zieht.

Daher sind auch ärztliche Atteste, Bescheinigungen und Stellungnahmen als gutachtliche Äußerungen zu verstehen.

Für ärztliche Gutachter/innen regelt unter anderem §25 der ärztlichen Berufsordnung den Umgang mit ärztlichen Gutachten und Zeugnissen:

“ *Bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse haben Ärztinnen und Ärzte mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen ihre ärztliche Überzeugung auszusprechen. Gutachten und Zeugnisse, zu deren Ausstellung Ärztinnen und Ärzte verpflichtet sind oder die auszustellen sie übernommen haben, sind innerhalb einer angemessenen Frist abzugeben. Zeugnisse über Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung müssen grundsätzlich innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung, bei Ausscheiden unverzüglich, ausgestellt werden. (§25 Ärztliche Gutachten und Zeugnisse, (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte vom 14.12.2018)*

Vor Abfassung des Gutachtens

Bevor die Bearbeitung eines Gutachtens durch den/die beauftragte/n Gutachter/in oder die Einrichtung begonnen wird, ist es notwendig, systematisch zu prüfen, ob der Auftrag angenommen werden darf, kann und sollte. Diese Prüfung sollte zeitnah erfolgen, um ggf. der

auftraggebenden Stelle entsprechend eine Rückmeldung geben zu können.

1. Prüfung der örtlichen Zuständigkeit

Frage: "Sind wir die zuständige Behörde?"

Die örtliche Zuständigkeit sollte gegeben sein.

2. Prüfung der Rechtsgrundlagen

Frage: "Was ist die rechtliche Grundlage für das Gutachten?"

Es ist darauf zu achten, dass immer eine eindeutig rechtliche Grundlage vorhanden ist, auf der die Erstellung des Gutachtens erfolgt. Der Gutachtauftrag muss immer auf ein Gesetz oder auf eine auf einem Gesetz beruhende Rechtsverordnung als Rechtsgrundlage zurückgeführt werden können. Konkretisiert wird er dann z.B. durch richterliche Beschlüsse oder Verfügungen.

Die Rechtsgrundlage sollte von der beauftragenden Person oder Einrichtung angegeben werden. Wenn aus der Auftragserteilung nicht deutlich hervorgeht, auf welcher rechtlichen Grundlage diese erfolgt, sollte diese von dem/der Gutachter/in oder Einrichtung mit dem/der Auftraggeber/in geklärt werden.

3. Prüfung der Fragestellung

Frage: "Bin ich für die Beantwortung der Fragestellung geeignet und kann die Frage beantwortet werden?"

Im allgemeinen wird erwartet, dass die Kenntnis aus dem entsprechenden ärztlichen Fachgebiet des/der Gutachter/in diese in die Lage versetzen, die Fragestellung(en) des Gutachtauftrages zu beantworten. Jedoch sollte immer geprüft werden, ob die

Gutachtenauftrag

Fragestellung(en) verständlich und zulässig sind, um geeignet beantwortet werden zu können.

Darüber hinaus sollten gutachterlich tätige Ärzte/innen prüfen, ob sie zur Erstattung des Gutachtens ausreichend sachkundig sind, bzw. die gesetzlich vorgeschriebenen Qualifikationen erfüllt sind. Ebenso ist zu klären, ob der Auftrag ohne Hinzuziehung Dritter (weitere Sachverständige) erledigt werden kann. Wenn der/die Gutachter/in nicht dazu in der Lage ist, bzw. wenn die Fragestellung dem/der Gutachter/in aus Wissenschaft und Praxis nicht geläufig ist, sollte dies der beauftragenden Stelle umgehend mitgeteilt und ggf. der Gutachtenauftrag abgelehnt werden.

Der/die Gutachter/in ist grundsätzlich verpflichtet, das Gutachten persönlich zu erstatten und darf dieses nicht einem anderen übertragen. Ausnahmen können beispielsweise eine psychologische Testung oder apparative Zusatzuntersuchungen sein. In diesem Fall sind die weiteren ärztlich tätigen Personen bzw. Mitarbeiter/innen und deren Verantwortungsbereiche im Gutachten zu benennen.

4. Prüfung des Zeitrahmens

Frage: "Kann ich das Gutachten bis zu dem erwarteten Termin erstellen?"

Der/die Gutachter/in sollte prüfen, ob er/sie in der Lage ist, das Gutachten innerhalb der festgelegten Frist zu erstatten. Ist dies nicht der Fall, sollte er/sie unverzüglich Kontakt mit dem Auftraggeber aufnehmen. Falls keine Frist gesetzt wurde, sollte der/die Gutachter/in den Auftraggeber informieren, wenn mit erheblichen Verzögerungen zu rechnen ist.

Darüber hinaus sollte der/die Gutachter/in individuell einschätzen bzw. prüfen, ob:

- die Eingangsqualität des Auftrags ausreicht oder ggf. weitere Unterlagen durch den/die Gutachter/in angefordert werden müssen

- eine ärztliche Untersuchung notwendig ist oder ein Gutachten nach Aktenlage erstellt werden kann
- ein Dolmetscher zur Untersuchung beizuziehen ist
- der erforderliche Zeitbedarf für die Erstellung des Gutachtens in der persönlichen Terminplanung des/der Gutachter/in berücksichtigt werden kann

Für die Bearbeitung eines Gutachtauftrages sind folgende Angaben des Auftraggebers hilfreich:

- Kontaktdaten/Personalien der zu begutachtenden Person, inkl. Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift
- ggf. Telefonnummer, unter der der/der/die Proband/in erreichbar ist (insbesondere für etwaige Terminverschiebungen; die Terminvergabe selbst erfolgt schriftlich).
- Hinweis auf evtl. Abwesenheiten des/der Probanden/in, z.B. Urlaub, Dienstverpflichtungen oder stationärer Behandlung. Dies ist insbesondere hilfreich, um mehrfache Terminvergaben zu vermeiden.
- um fachliche Zuordnung zu ermöglichen, ist die Fachrichtung der/des Ärztin/Arztes hilfreich, die/der die vorliegenden Unterlagen, z.B. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, ausgestellt hat (z. B. Psychiater/in oder Orthopäde/in)
- Angaben über krankheitsbedingte Fehlzeiten in Arbeitstagen oder Kalendertagen
- Angaben über Auffälligkeiten im Dienst, z. B. aufbrausendes, aggressives Verhalten
- Hinweise auf Sucht oder Abhängigkeiten z. B. Führerscheinverlust, festgestellter Alkoholgeruch
- Hinweise über Veränderung der qualitativen und quantitativen Arbeitsergebnisse
- Hinweise auf Mobbing/Bossing oder Konflikte am Arbeitsplatz
- Besondere Belastungen, z. B. Gehaltspfändung (Schulden, Spielsucht, Pflege ...)

Formalia des Gutachtens

Qualitätskriterien

Um einen ausreichenden Qualitätsstandard für Gutachten sicherzustellen, ist es notwendig Mindestanforderungen festzulegen. Qualitätsstandards dienen dazu, Probanden, die vom Gutachten betroffen sind oder Gutachten als Informationsquellen nutzen, einen Maßstab zur Bewertung vorzulegen und tragen zum Schutz vor unsachgemäßen Gutachten bei.

Aufklärung des Probanden

Zu begutachtende Probanden müssen über den gutachterlichen Auftrag und die darin formulierten Fragen informiert werden. Sie müssen darüber aufgeklärt werden, dass das, was in der Untersuchungssituation besprochen und erhoben wurde, unter Umständen dem Auftraggeber mitgeteilt wird, somit die ärztliche Schweigepflicht eingeschränkt wird.

Eine ärztliche Schweigepflicht besteht weiterhin für Details der Exploration, die für die Beantwortung der Fragestellung nicht relevant sind.

Zudem muss der/die Proband/in über den Untersuchungsablauf, die Aufgaben und Funktion des/der Gutachters/in (Sachverständige/r) informiert werden. Der/die Proband/in sollte ebenfalls darüber aufgeklärt werden, dass der Auftraggeber und nicht der/die Gutachter/in die Rechtsentscheidung trifft.

Dem schriftlichen Gutachten sollte ein Hinweis auf die erfolgte Belehrung und Aufklärung vorangestellt werden. In den seltenen Fällen, in denen der/die Proband/in erkrankungsbedingt die o. g. Erläuterungen möglicherweise nicht aufnehmen und erfassen kann, sollte mit dem Auftraggeber und ggf. dem Rechtsvertreter des/der Probanden/in Rücksprache bzgl. des weiteren Vorgehens gehalten werden.

Aufbau eines Gutachtens

Die ein Gutachten beauftragende Einrichtung möchte spezifische Fragestellungen überschaubar und nachvollziehbar beantwortet und vermittelt bekommen. Dabei spielt ein sachbezogener und logischer Aufbau bei der Entwicklung der Ergebnisfindung eines Gutachtens eine entscheidende Rolle.

Formaler Rahmen

In der Regel sollte bei einem (Freitext-) Gutachten folgende Formalien beachtet werden:

- Paginierung des Gutachtens
- Nennung des Aktenzeichens
- Nennung des Sachverständigen unter Nennung relevanter beruflicher Abschlüsse
- Nennung des Auftraggebers
- Nennung der wörtlichen Fragestellung und der Rechtsgrundlage
- Nennung der eingesetzten Methoden
- Nennung der Untersuchungstermine mit Datum, Ort (ggf. auch Dauer)
- Der Ursprung externer Befunde, bspw. wesentlicher Untersuchungsergebnisse, Unterlagen oder Auskünfte dritter Personen sind im Einzelnen darzulegen. Datengrundlage und Interpretation sind zu trennen.
- Nennung von Hilfskräften bei nicht untergeordneter Bedeutung. Für Dritte muss ersichtlich sein, welcher Untersucher bei welchen Teilen des Gutachtens mitgewirkt hat.
- Das Gutachten muss von der/dem beauftragten begutachtenden Sachverständigen persönlich und mit Datum versehen unterschrieben sein.
- Literatur sollte angeführt werden, soweit im Gutachten darauf näher Bezug genommen wird.

Eine formale Gliederung des Gutachtens sollte typischerweise folgende Inhalte wiedergeben:

Grundlagen der Begutachtung

Hier erfolgt die Wiedergabe des Sachverhalts und der Anknüpfungstatsachen auf der Basis der (Akten-)Analyse, sowie einschlägiger medizinischer Vorbefunde.

(Fachliche) Fragestellungen

Aus der (gerichtlichen) Fragestellung werden bei Bedarf medizinische Fragestellungen abgeleitet.

Rahmenbedingungen des Untersuchungsverlaufs

Die Exploration sollte unter Bedingungen durchgeführt werden, unter denen ein diskretes, ungestörtes und konzentriertes Arbeiten möglich ist. Ein wertschätzender Umgang mit dem/der Probanden/in, ihren Sorgen und möglichen Ängsten sollte selbstverständlich sein.

Insbesondere in der psychiatrischen Begutachtung ist es empfehlenswert, sich seine eigene Rolle in der Begutachtungssituation in Erinnerung zu rufen.

Untersuchungsergebnisse

Die medizinische Begutachtung ist nie Selbstzweck. Ihre Aufgabe ist die Beantwortung der von den Auftraggebern gestellten Beweisfragen, bspw. Gerichten, Ministerien, Versorgungsämtern, Krankenkassen. Dabei gilt **immer**, dass die eigentliche Rechtsfrage **nie** von dem/der Gutachter/in zu beantworten oder zu entscheiden ist (auch wenn es häufig eine Tendenz der auftraggebenden Einrichtung gibt, der Gutachtern/innen die Entscheidung und somit die Verantwortung für die Entscheidung zuzuschreiben.)

Das Grundprinzip des Gutachtens ist: Die Beantwortung der Fragestellung dient als Beweismittel, mit dessen Hilfe der auftraggebenden Stelle eine Entscheidung erleichtert wird.

Die ärztliche Begutachtung folgt auch in Fällen unterschiedlicher Fragestellung dem Prinzip eines dreistufigen Vorgehens:

- im ersten Schritt erfolgt **die Diagnosestellung**, in der Regel gemäß **ICD-10** oder ggf. **DSM-5**. Zu berücksichtigen ist, ob sich die Diagnosestellung im Rahmen der Fragestellung auf eine retrospektive Diagnosestellung (z. B. Abschluss eines Rechtsgeschäfts), eine zum Zeitpunkt der Begutachtung zu erstellende Diagnose oder eine prospektive Fragestellung (z. B. Betreuungsrecht) bezieht. Die funktionellen Auswirkungen der Diagnose werden in der Regel anhand des ICF, bei psychiatrischen Erkrankungen anhand des “Mini-ICF für psychische Störungen” eingeschätzt. (Ref. S Linden M et al., vgl. S. 31)
- im zweiten Schritt muss die (psychopathologische) **Diagnose den jeweiligen rechtlichen Begrifflichkeiten zugeordnet** werden. Der/die Gutachter/in übersetzt quasi die jeweiligen Befunde und die Diagnose in juristische Begriffe.
- im dritten Schritt hat der/die **Sachverständige die Beweisfragen** zu beantworten (wie o. g. unter Beachtung, dass die Wertung und Würdigung durch den Auftraggeber erfolgt). Die Stellung einer Diagnose reicht nicht aus, es müssen die hieraus folgenden Symptome und deren Auswirkungen im psychosozialen Bereich folgen.

Es ist selbstverständlich, dass der/die Gutachter/in (Sachverständige/r) im Begutachtungsverfahren immer auch Ärztin/Arzt ist. Die ärztliche Grundhaltung der Empathie und des Verstehens erfordert dabei jedoch die eigenen emotionalen Empfindungen und Reaktionen wahrzunehmen und zu reflektieren, d. h. Aspekte der Übertragung und Gegenübertragung zu berücksichtigen. Diese können wertvolle diagnostische Hinweise sein.

Formalia des Gutachtens

Außerdem kann die Wahrnehmung und Reflektion von Emotionen und Reaktionen verhindern, dass sich diese auf die gutachterliche Stellungnahme auswirken.

Praktischer Ablauf der Begutachtung

Praktischer Ablauf der Begutachtung

Prinzipiell ist der Ablauf einer Begutachtung abhängig von der Rechtsgrundlage des Gutachtens. Der praktische Ablauf der Begutachtung wird im Folgenden am Beispiel von Dienstfähigkeitsgutachten dargestellt.

Ein Gutachten sollte nicht nur Äußerungen zum aktuellen Gesundheitszustand enthalten, sondern sollte ggf. auch prüfen, darlegen und bewerten, ob gesundheitliche Konsequenzen durch eventuelle weitere fachärztliche Behandlungen oder Rehabilitationsmaßnahmen vermieden werden könnten.

Dazu hat sie zu prüfen, ob eine Störung mit Krankheitswert vorliegt, die Grundlage für die Leistungseinschränkungen und Fehlzeiten ist, die zum Gutachtauftrag geführt haben. Insbesondere hat sie funktionelle Auswirkungen vorliegender Krankheiten zu beschreiben, so dass andere eine Entscheidung über die Feststellung beispielsweise der Dienstfähigkeit oder Dienstunfähigkeit treffen können.

Gutachter/innen treffen also keine Entscheidungen, sondern erstellen eine sachverständige Tatsachenbasis für die Entscheidung anderer, bspw. des Dienstvorgesetzten, der RichterIn. Das ärztliche Gutachten dient dabei einer entscheidenden Stelle als umfassende Entscheidungsgrundlage, z.B. für die Feststellung der Dienstunfähigkeit und die Versetzung in den Ruhestand

Aufgaben der beauftragten begutachtenden Person

Eine gutachtliche Untersuchung sollte immer wie eine standardisierte ärztliche Untersuchung durchgeführt werden. Dabei sollte der/die Gutachter/in Kompetenz ausstrahlen und die Untersuchung wertschätzend und rücksichtsvoll vornehmen. Dazu sind zwingend geeignete Räumlichkeiten und eine sachliche Atmosphäre notwendig.

Der/die Proband/in sollte erkennen, dass sich der/die Gutachter/in bereits mit dem Sachverhalt befasst hat.

Die ärztliche Untersuchung sollte immer mit der Frage beendet werden, ob alle Beschwerden und Funktionsausfälle berücksichtigt und ausreichend besprochen wurden.

Zur Erstellung einer Prognose wird erwartet, dass der aktuelle Stand der medizinischen Wissenschaft und die Leitlinien der Fachgesellschaften genutzt werden, die evidenzbasiert sind und sich unter anderem auf Statistiken, z.B. Fünf-Jahre-Überlebensrate, beziehen. Dabei ist zu beachten dass sich diese nicht direkt auf die z.B. Dienstfähigkeit, sondern auf medizinische Faktoren beziehen.

Arbeitskreise von Gutachtern/innen haben zusätzlich in den einzelnen Bundesländern bereits für verschiedene Krankheitsbilder exemplarische Bewertungen erarbeitet, die man bei der Bewertung mit heranziehen kann. Insbesondere der Arbeitskreis Qualitätssicherung für das Amtsärztliche Gutachtenwesen Nordrhein-Westfalen hat hier einige relevante Veröffentlichungen erarbeitet.

Begutachtungsfragen/-antworten

Aus den Rechtsgrundlagen, die dem Gutachten zugrunde liegen, ergeben sich Fragen, die dem/der Gutachter/in gestellt werden. Im Folgenden werden **beispielhaft Fragen** genannt, die von begutachtenden Ärzte/innen regelmäßig bei der Begutachtung der Dienstfähigkeit im Gutachten beantwortet werden sollten:

- Welche Maßnahmen wurden bisher zur Verbesserung oder Wiederherstellung der Gesundheit durchgeführt und mit welchem Erfolg??
- Welche krankheitsbedingten Leistungseinschränkungen liegen vor? Wie ist die bisherige Entwicklung und wie das Ausmaß der Gesundheitsstörung zu beurteilen?
- Sind zur Erhaltung, Verbesserung oder Wiederherstellung der Gesundheit weitere Behandlungsmaßnahmen oder rehabilitative berufliche Maßnahmen erfolgversprechend? Wenn ja, welche?
- Bestehen aus ärztlicher Sicht wegen des körperlichen Zustandes oder aus gesundheitlichen Gründen Leistungseinschränkungen

bei der Aufgabenwahrnehmung im derzeitigen Aufgabenbereich oder im übertragenen konkreten Amt oder im Statusamt? Wenn ja, welche konkreten Tätigkeiten können nicht mehr ausgeübt werden?

- Liegt die gesundheitliche Eignung für eine anderweitige Verwendung (§ 26 Abs. 2 und 3 BeamtStG) vor? Wenn ja, für welche?
- Liegen eventuell die Voraussetzungen der begrenzten Dienstfähigkeit im Sinne des § 27 BeamtStG vor? Wenn ja, in welchem Umfang?
- Ist mit der Wiederherstellung der vollen Dienstfähigkeit zu rechnen? Wenn ja, in welchem Zeitraum?
- Wird für den Fall der Versetzung in den Ruhestand eine Nachuntersuchung für zweckmäßig gehalten? Wenn ja, in welchem Zeitabstand?

Anders als bei einer standardisierten Einstellungsuntersuchung orientiert sich der Untersuchungsumfang eines Gutachtens zur Überprüfung der Dienstfähigkeit von Beginn an der Fragestellung und dem Ausmaß der krankheitsbedingten dienstlichen Beeinträchtigungen. Im Folgenden sind Beispiele des Untersuchungsumfangs bei der Überprüfung der Dienstfähigkeit einer Untersuchungsstelle aufgeführt:

- Befragung zur medizinischen Vorgeschichte (inklusive psychischer Vorerkrankungen)
- Befragung zur lebensgeschichtlichen Entwicklung
- Befragung zu den aktuellen beruflichen/sozialen Verhältnissen
- Befragung zur aktuellen Befindlichkeit und Behandlung
- Erhebung des aktuellen psychischen Befundes
- Ganzkörperuntersuchung (orientierende oder grobe Untersuchung des gesamten Körpers beziehungsweise dessen Organsysteme)
- Auswertung vorgelegter Vorbefunde

- Gegebenenfalls nach Absprache eine Blutuntersuchung, soweit erforderlich auch zur Bestimmung von Alkohol und weiteren Suchtmitteln
- Gegebenenfalls Anordnung einer fachärztlichen Zusatzuntersuchung (nach Abstimmung und erneuter Weisung durch Dienstvorgesetzten)

Besonderheit bei der Begutachtung: Psychischer Störungen

Die Beurteilung psychischer Störungen erfolgt im günstigen Fall durch eine/n Fachärztin/-arzt. In der Realität werden aber psychiatrische Begutachtungen, insbesondere im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, oft durch Fachärzte/innen anderer Fachrichtungen vorgenommen.

Grundsätzlich befähigt das Studium der Medizin jede/n Ärztin/Arzt zu einer psychiatrischen Untersuchung. So ist beispielsweise jede/r approbierte Ärztin/Arzt befugt, ein Gutachten im Rahmen der zivilrechtlichen Unterbringung von selbst- oder fremdgefährdenden Patienten zu erstatten. Gleichwohl tragen die klinisch-psychiatrische Erfahrung sowie nicht zuletzt psychotherapeutische Kenntnisse fraglos zur Kompetenz der begutachtenden Person bei.

Rahmenbedingungen

Wie bei allen Patienten ist auch bei psychisch Kranken eine besondere Vertrauensbasis notwendig, um im Rahmen eines tragfähigen Arbeitsbündnisses die für die Begutachtung relevanten Informationen zu erhalten.

Bei psychisch Erkrankten bedarf es sicherlich eines besonderen Feingefühls und Geschicks, um die unverändert erheblichen Vorbehalte gegenüber der Äußerung psychischer Probleme zu überwinden. Psychische Auffälligkeiten sind auch im 21. Jahrhundert häufig schambesetzt und werden in weiten Teilen der Bevölkerung immer noch tabuisiert.

Darüber hinaus gehen viele psychiatrische Erkrankungen mit spezifischen Ängsten einher. So ist das Erleben psychotischer Patienten häufig paranoid gefärbt, sodass sie der/dem Gutachter/in mit entsprechendem Misstrauen begegnen. Probanden mit Traumafolgestörungen haben erhebliche Ängste vor traumaspezifischen Triggerreizen im Rahmen der Untersuchung. Es empfiehlt sich daher, sich bereits zuvor über Art und Ausmaß des möglichen zugrundeliegenden Störungsbildes zu informieren.

Zu Beginn der Untersuchung kann eine ruhige und sachliche Erklärung des Hintergrunds der Begutachtung, im gegebenen Fall auch eine kurze psychotherapeutische Intervention, die Ängste von Probanden/innen vermindern.

Die psychiatrische Untersuchung selbst besteht wie in der Organmedizin aus Anamnese und Befunderhebung, wobei im Unterschied zur körperlichen Untersuchung die Erfassung psychopathologischer Symptome über weite Strecken parallel zu der Anamnese-Erhebung erfolgt.

Anamnese

Es erweist sich als hilfreich, die Probanden in einem ersten Teil der Anamnese zunächst frei und möglichst wenig strukturiert berichten zu lassen. Dies erlaubt einen Einblick in die individuelle Gewichtung der vorgebrachten Beschwerden und Themen. Zudem gewinnt der/die Gutachter/in einen Eindruck von der Introspektions- und Reflexionsfähigkeit des/der Probanden/in und kann deren Gesamtpersönlichkeit mit etwaigen Besonderheiten von Verhalten und Beziehungsgestaltung auf sich wirken lassen.

Darüber hinaus können sich im freien Bericht bestimmte psychopathologische Symptome zeigen, die bei einer eng strukturierten Befragung nicht zum Tragen kämen. So werden sich die formalen Denkstörungen einer psychotischen Person weniger im Rahmen eines strukturierten Interviews manifestieren, sondern eher während eines freien Gesprächsverlaufs. Dann ist unter Umständen zu beobachten, wie der Faden verloren geht, Gedankengänge inkohärent werden oder der/die Proband/in kommentierenden Stimmen folgt.

Im weiteren Teil der Anamnese wird der/die Proband/in gezielt die verschiedenen, aus der Organmedizin bekannten Bereiche ähnlich einem semistrukturierten Interview abfragen. Neben Informationen zu Art und Entwicklung der beurteilungsrelevanten Symptomatik, zur körperlichen, vegetativen, Medikamenten- und Suchtanamnese

kommt der biografischen und sozialen Anamnese bei psychiatrischen Erkrankungen eine besondere Bedeutung zu. Hier interessieren etwaige Auffälligkeiten der frühkindlichen Entwicklung, Schullaufbahn, Pubertät und Adoleszenz ebenso wie spätere Lebenskrisen oder „life events“ als mögliche Auslöser psychischer Dekompensation.

Die Anamnese gibt zudem wertvolle Hinweise auf biologische, psychosoziale und psychische Ressourcen oder aber Risikofaktoren des/der Probanden/in, die die Fähigkeiten zu Stressbewältigung und Traumaverarbeitung sowie den Verlauf psychischer Erkrankungen wesentlich beeinflussen (Herrman et al. 2011).

Darüber hinaus empfiehlt es sich zur Einschätzung der konkreten Beeinträchtigungen, sich von dem/der Probanden/in die Gestaltung und Bewältigung des privaten und ggf. beruflichen Alltags detailliert schildern zu lassen.

Psychischer Befund

Kernstück der psychiatrischen Untersuchung und wesentliche Grundlage für eine psychiatrische Diagnosestellung ist der zum Zeitpunkt der Untersuchung erhobene psychische Befund (der nicht notwendigerweise psychopathologisch sein muss).

Während des anamnestischen Gesprächs lassen sich ggf. bereits eine Vielzahl psychopathologischer Symptome beobachten wie kognitive Beeinträchtigungen, formale Denkstörungen oder Veränderungen von Antrieb oder Psychomotorik. Weitere psychische Symptome werden im Rahmen einer gezielten Exploration erhoben, so zum Beispiel das Vorliegen von Wahrnehmungsstörungen oder inhaltlichen Denkstörungen wie Wahnerleben oder Zwangsgedanken.

Die Dokumentation des psychischen Befundes erfolgt gemäß den operationalisierten Kriterien des AMDP-Systems (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie 2006).

Die Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) wurde 1965 mit dem Ziel gegründet, die vielfältigen Symptombeschreibungen zu vereinheitlichen und in die uns vertrauten Symptomkategorien zusammenzufassen. Ausführliche Formulierungshilfen zur Erfassung psychopathologischer Symptome finden sich im "Kurzleitfaden Psychopathologie. Eine Orientierungshilfe bei Beobachtung und Dokumentation psychischer Auffälligkeiten. Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie" (Richartz-Salzbürger, Wormstall, and Morawetz 2006) :

Äußeres Erscheinungsbild	Haartracht, Pflegezustand, Kleidung, Körperhaltung
Bewusstsein, Orientierung	wach, schläfrig, somnolent, stuporös
Kognitive Funktionen	Gedächtnisleistungen, Konzentrationsvermögen, Aufmerksamkeitsspanne, Auffassungsgabe, Abstraktionsvermögen, Intelligenzniveau, Bildungsstand, Introspektions- und Reflexionsfähigkeit
Formales Denken	geordnet, inkohärent, assoziativ gelockert, weitschweifig, zerfahren, gesperrt, verlangsamt
Inhaltliches Denken	Wahnhalte, Zwangsgedanken; überwertige Ideen
Wahrnehmungsstörungen	Halluzination, Illusion
Ich-Störungen	Depersonalisation, Derealisation, Gedankenentzug, Gedankeneingebung, Fremdbeeinflussungserleben
Störungen des Antriebs und der Psychomotorik:	Mimik, Gestik, Antriebssteigerung, Unruhe, Apathie, Agitation
Affektive Symptome	Grundstimmung, affektive Schwingungsfähigkeit Fremd- oder selbstgefährdende Impulse

Tabelle 1: Auswahl von AMDP-Kriterien zur Beschreibung des psychischen Befundes

Der psychische Befund im engeren Sinn kann durch eine Persönlichkeits- und Verhaltensbeobachtung ergänzt werden, die Aufschluss über die nonverbale und unbewusste Kommunikation des Gegenübers gibt. Insbesondere bei Probanden mit Persönlichkeitsstörungen und neurotischen Störungen äußern sich Symptome weniger in Form einer spezifischen Psychopathologie, sondern eher in auffälligen Verhaltensweisen und Besonderheiten der Beziehungsgestaltung. Deren Erfassung erfolgt unter Anwendung psychotherapeutischer Methoden, die im gutachterlichen Kontext nicht zu therapeutischen Zwecken, sondern als diagnostische Mittel eingesetzt werden. Dazu gehören unter anderem die Identifizierung der vorherrschenden Abwehrmechanismen sowie die Analyse von Übertragungs- und Gegenübertragungs-Phänomenen. Bereits die sogenannte Eingangsszene kann über das Erscheinungsbild und Art der Kontaktaufnahme einigen Aufschluss über die Persönlichkeit des Probanden geben. Unbewusst gibt der/die Proband/in „szenische Informationen“ und lässt ggf. ein Muster bestimmter (erlernter) Coping-Strategien und (unbewusster) Abwehrmechanismen erkennen. Diese Beobachtungen können Hinweise auf unbewusste Motive und Konflikte sowie das Strukturniveau der Persönlichkeit geben.

Die psychiatrische Untersuchung schließt grundsätzlich eine körperliche Untersuchung ein, auf die lediglich im Fall des Vorliegens eines aktuellen Untersuchungsbefundes einschließlich Neurostatus oder der Ablehnung durch die zu begutachtende Person verzichtet werden sollte. Im Einzelfall sind Blutuntersuchungen (z.B. bei V.a. Suchterkrankung) oder testpsychologische Zusatzuntersuchungen (z.B. zum Ausschluss bzw. Quantifizierung kognitiver Störungen) sinnvoll.

Unter kritischer Würdigung der vorliegenden Fremdbefunde, des bisherigen Krankheits- und Therapieverlaufs und den Angaben der zu begutachtenden Person werden die Untersuchungsergebnisse einer Diagnose gemäß ICD zugeordnet.

Funktionelle Diagnose

Liegt eine psychiatrische Erkrankung vor, ist im in Folgenden deren Auswirkung auf die konkrete, ggf. amtsbezogene Leistungsfähigkeit zu beurteilen.

Für die Einschätzung der funktionellen Auswirkungen psychischer Störungen wurde in Anlehnung an die *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICFDH)* von Michael Linden die „Mini-ICF“ entwickelt (Linden and Baron 2005; 2005). Ausgehend von einer bekannten psychiatrischen Diagnose nennt das Mini-ICF eine Reihe von Fähigkeiten, die infolge der vorliegenden Psychopathologie relevant beeinträchtigt sein können (Tabelle 2).

- *Fähigkeit zur Anpassung an Routinen und Regeln*
- *Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben*
- *Flexibilität und Umstellungsfähigkeit*
- *Durchhaltefähigkeit*
- *Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit*
- *Selbstbehauptungsfähigkeit*
- *Gruppenfähigkeit*

Tabelle 2 : Beispiele möglicher Fähigkeitsstörungen nach (Linden and Baron 2005)

Mithilfe dieser Begrifflichkeiten können die konkreten, auf die auszuübende Tätigkeit bezogenen Leistungseinschränkungen anschaulich und nachvollziehbar beschrieben werden, was dem Auftraggeber praxisnahe Hinweise auf die tatsächlichen Einsatzmöglichkeiten des Betroffenen gibt.

Prognosebeurteilung

Schließlich ist in der Regel zur Prognose einer Erkrankung Stellung zu nehmen. In den letzten Jahren wurden eine Vielzahl individueller Risikofaktoren sowie protektiver Einflüsse auf den Verlauf psychischer Störungen intensiv beforscht. Neben Studien zu genetischen, neurobiologischen und psychosozialen Risikofaktoren erweiterte die Resilienzforschung (1) die Bandbreite der zu berücksichtigenden Einflüsse auf die Prognose psychischer Erkrankungen. Dennoch gibt es kaum belastbare Studien, die den individuellen Verlauf psychiatrischer Erkrankungen mit ausreichender Signifikanz antizipieren ließen. Im schwierigsten Teil der Begutachtung darf daher durchaus auf die Grenzen psychiatrischer Vorhersagekraft verwiesen werden.

Anhaltspunkte zur Prognoseeinschätzung können sein (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. 2012) :

- die identifizierten Risiko- und protektiven Faktoren des Betroffenen
- Auslöser und bisheriger Verlauf der Erkrankung (Schweregrad, Dauer, Chronifizierung)
- Krankheitsverarbeitung und Veränderungsmotivation
- bisherige Therapien und Rehabilitationsmaßnahmen und ihr Erfolg
- Arbeitsunfähigkeitszeiten
- sozialer Hintergrund und Unterstützung (Familie, Beruf, Verfügbarkeit eines Arbeitsplatzes, Arbeitsplatzkonflikte)
- Rentenantragstellung Auch die Beantwortung weiterer Fragen, z.B. nach dem Vorliegen einer Beeinträchtigung der Steuerungsfähigkeit zu einem früheren Zeitpunkt, kann unter Umständen nicht in der von der auftraggebenden Person gewünschte Eindeutigkeit erfolgen. Hier sollte die begutachtende Person medizinisch korrekt bleiben und sich auch im Fall

kritischer Nachfragen zum „non liquet“ („es ist nicht klar“)
bekennen.

**Mitwirkungspflicht der zu
begutachtenden
Personen/Probanden**

Jede ärztliche Maßnahme, auch Begutachtungen, bedeuten einen erheblichen Eingriff in Grundrechte der betroffenen Person. Sie ist daher grundsätzlich nur mit Einwilligung zulässig. Nur ganz ausnahmsweise bestehen Mitwirkungs- oder Duldungspflichten, die eine gesetzliche Grundlage haben müssen. Das Grundgesetz bestimmt in der zentralen Norm Art. 2 Abs. 2 dazu:



"Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden."

Allerdings regeln die im folgenden aufgeführten Rechtsnormen, wann diese im Grundgesetz geregelte Freiheit im Sinne einer Mitwirkungspflicht eingeschränkt ist.

Duldungspflicht

Nach Strafprozessordnung §§ 81 ff sind Maßnahmen gegen den erklärten Willen einer betroffenen Person im Rahmen eines Begutachtungsverfahrens möglich, beispielsweise zur:

- Entnahme von Blutproben und sonstigen Körperzellen, körperliche Untersuchung des Beschuldigten, wenn kein Nachteil für ihre/seine Gesundheit zu befürchten ist (§ 81 a StPO)
- Entnahme von Blutproben, Untersuchungen zur Feststellung der Abstammung, körperliche Untersuchung anderer Personen, wenn kein Nachteil für ihre/seine Gesundheit zu befürchten und die Maßnahme unerlässlich zur Wahrheitsfindung ist (§ 81 c StPO)
- Molekulargenetische Untersuchung der/s Beschuldigten (§ 81 e StPO)
- DNA-Identitätsfeststellung der/s Beschuldigten (§ 81 g StPO)

Mitwirkungspflichten bei Beamten

Beamtinnen und Beamte unterliegen besonderen Dienstpflichten gegenüber ihrem Dienstherrn. Verweigern sie bei rechtmäßiger

Aufforderung zu amtsärztlicher Untersuchung die Mitwirkung, bedeutet dies für die/den Beamten/in einen Verstoß gegen beamtenrechtliche Verpflichtungen und kann disziplinarrechtliche oder verfahrensrechtliche (unechte Beweislastumkehr) Konsequenzen nach sich ziehen.

Bei Beamtenbewerbern kann die/der Betroffene jederzeit die Mitwirkung verweigern, allerdings kann dann beispielsweise bei ungeklärter gesundheitlicher Eignung der (künftige) Dienstherr die erforderliche Überzeugung für die Eignung nicht gewinnen. Das kann im weiteren Verfahren zu einer "unechten Beweislastumkehr" zum Nachteil der Bewerberin/des Bewerbers führen, mit der Rechtsfolge, dass sie/er nicht eingestellt werden darf.

Ist ein amtsärztliches Gutachten gesetzlich als Beweismittel vorgeschrieben, ist es in der Regel dem Dienstherrn nur mit Hilfe der Mitwirkungs-/Dienstpflichtmöglich, den im jeweiligen Einzelfall entscheidungserheblichen Sachverhalt festzustellen.

Beispielsweise haben Beamtinnen und Beamte grundsätzlich die Verpflichtung, sich einer vom Dienstherrn für erforderlich gehaltenen ärztlichen Untersuchung zu stellen, z.B. zur Vorbereitung einer Entscheidung über eine vorzeitige Pensionierung aus gesundheitlichen Gründen. Auch Beamte/innen müssen Untersuchungen aber nicht in dem Sinne "dulden", dass die Untersuchung - anders als z.B. bei strafprozessualen Maßnahmen nach § 81a StPO oder zum Infektionsschutz nach § 30 Abs. 2 IfSG - durchgesetzt werden könnte. Die äußerste Konsequenz im weiteren Verfahren ist bei hartnäckiger Weigerung sich einer zumutbaren Begutachtung zu stellen, die Beendigung des Beamtenverhältnisses.

Der Dienstherr trifft die Auswahl des/der Gutachters/in, soweit er nicht rechtlich gebunden ist.

Wenn ein Gutachten als Vorbereitung der Entscheidung über die Eignung als Beamter/in gilt, hat der/der Gutachter/in ein Fragerecht, beispielsweise nach manifesten Erkrankungen mit prognostischer Relevanz. Dazu gehören weiter Fragen zu aktuellen Beschwerden,

Mitwirkungspflicht der zu begutachtenden Personen/Probanden

früheren Erkrankungen, Arzneimittelleinnahmen, Krankenhausaufenthalten, Kuren, Drogenkonsum, Rauchen, Alkoholkonsum sowie zu sportlichen Aktivitäten.

Generell sind alle Gesundheitsfragen zulässig, die für die Personalentscheidung bedeutsam sind.

Die Anforderungen an die gesundheitliche Eignung bei einem Beamtenverhältnis auf Probe wie bei der „Umwandlung“ in ein Beamtenverhältnis auf Lebenszeit sind „deckungsgleich“. Es gibt keine ändernde Beurteilung bei Beurteilung der Eignung für das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit, es sei denn, dass zwischenzeitlich, d.h. seit der Beurteilung für die gesundheitliche Eignung als Beamter auf Probe, neue Fakten vorliegen.

Entsprechendes gilt für das Beamtenverhältnis im Vorbereitungsdienst (Beamter auf Widerruf). Hier ist aber im Bereich der „Monopol-Ausbildungsverhältnisse“ zu beachten, dass die

Mitwirkungspflicht für erforderliche Untersuchungen gilt bei

- Untersuchungen auf manifeste Erkrankungen mit prognostischer Relevanz
- Laboruntersuchungen, EKG – möglich, Röntgenuntersuchungen bei Indikation

Allgemeine Untersuchungen, die notwendig sind, sind grundsätzlich zulässig für die

- Ermittlung des aktuell Gesundheitszustandes
- Erstellung einer die bevorstehende Entscheidung tragenden Prognose.

Eine Grenze ist dann gegeben, wenn die Intimsphäre oder die körperliche Integrität nachhaltig betroffen ist. (vgl. VG Darmstadt 24.06.04 1 E 470/04)

Im Rahmen der Mitwirkung besteht grundsätzlich die Verpflichtung der/s Beamten/in behandelnde Ärztinnen oder Ärzte von der

Schweigepflicht zu entbinden. So z.B. zu früheren Behandlungen soweit im Einzelfall diese Informationen zur Feststellung erforderlich sind. Im Einzelfall ist die Erforderlichkeit besonders zu begründen. Sehr informativ ist insoweit das Urteil des Verwaltungsgerichtshofs Baden-Württemberg vom 22.07.2014 - 4 S 1209/13s.

Allgemeine Mitwirkungspflichten im Bereich des SGB (§§ 60 – 62 SGB I)

Allgemein gilt, dass alle Tatsachen anzugeben sind, die für die Leistung des Sozialversicherungsträgers erheblich sind (§ 60 SGB I). Zu den sogenannten rechtserheblichen Tatsachen gehört auch die Zustimmung zu Auskünften Dritter, z.B. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht, rechtserhebliche Änderungen in den Verhältnissen, z.B. veränderte Einkommensverhältnisse, anderer Wohnsitz, Vorlage von Beweismitteln.

Auf Verlangen des Sozialversicherungsträgers haben Antragstellende zur mündlichen Erörterung persönlich zu erscheinen (§ 61 SGB I), wenn z.B. die antragstellende Person „schreibunfähig“ ist. In einem solchen Fall sind zwangsweise Vorführungen allerdings nicht angemessen, auch besteht keine Duldungspflicht von Hausbesuchen. Dagegen haben Antragstellende in Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit Duldungspflicht von Hausbesuchen, da sie sich den erforderlichen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen müssen (§ 62 SGB I).

Spezielle Mitwirkungspflichten im Bereich des SGB - (§§ 62 – 64 SGB I)

Antragstellende haben die Verpflichtung, sich einer vom Sozialversicherungsträger für erforderlich gehaltenen ärztlichen Untersuchung zu unterziehen (§ 62 SGB I) und müssen

Untersuchungen durch Arzt/Ärztin oder Psychologen/in dulden (Duldungspflicht im weiteren Sinn).

Dabei kann der Sozialversicherungsträger die Leistungsträger auswählen. Adressaten sind die antragstellenden Personen und andere Personen, von deren Zustand die Leistung abhängt. Die Duldung umfasst auch aktives Verhalten, z.B. bestimmte Ernährung. Die angeordneten Untersuchungen müssen allerdings erforderlich sein.

Generell gilt im Bereich des SGB, dass Versicherte jederzeit die Mitwirkung verweigern können. Allerdings ist die Rechtsfolge dann, dass die/der Versicherte oder Antragstellende die Konsequenz zu tragen haben, und die betreffende Leistung nicht erhalten bzw. behalten.

Antragstellende haben auch die Verpflichtung, sich einer vom Sozialversicherungsträger für erforderlich gehaltenen Heilbehandlung zu unterziehen (§ 63 SGB I), wenn das Ziel der Besserung des Gesundheitszustandes oder Verhinderung der Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Die Behandlungen können ambulante ärztliche Behandlung, stationäre Rehabilitationsmaßnahme, operative Eingriffe oder psychologische Maßnahmen sein.

Die Grenze der Mitwirkungspflicht liegt hier bei der notwendigen Zumutbarkeit, Wahrung der Persönlichkeit, bzw. der Verletzung körperlicher Integrität (§ 65 SGB I). Die in § 65 SGB I aufgeführten Grenzen der Zumutbarkeit sind eine besondere Ausgestaltung des allgemeinen Grundsatzes der „Verhältnismäßigkeit“. Sie setzen eine rechtlich wirksame, d.h. die gebotene umfassende, Aufklärung der/des zu Behandelnden voraus. Erst eine insoweit vollständige Aufklärung schafft die rechtliche Voraussetzung, dass die zu behandelnde Person in Ausübung ihres Selbstbestimmungsrechtes eine wirksame Einwilligung erklärt. Die Grenze der Zumutbarkeit bezieht sich auf die Mitwirkung bei Untersuchungen und auf die Mitwirkung bei Behandlungen.

Wichtige rechtliche Rahmenbedingungen

Ärztliche Schweigepflicht

Da die ärztliche Schweigepflicht auch im gutachterlichen Verfahren berücksichtigt werden muss, werden im Folgenden die grundlegenden Aspekte und Rechtsnormen aufgeführt. Ausführliche Beschreibungen zur ärztliche Schweigepflicht finden sich bei den Ärztekammern.

Prinzipiell bedeutet die ärztliche Schweigepflicht, dass sich alle Personen, die ärztlich behandelt werden, darauf verlassen können, dass alles, was der/dem Ärztin/Arzt anvertraut wird, nicht an Dritte weitergegeben wird. Auch das Personal im Umfeld der Ärztin oder des Arztes, z.B. Arzthelfer/in, Krankenpfleger/in, Sozialarbeiter/in, Verwaltungsangestellte etc., unterliegt der Schweigepflicht.

Die ärztliche Schweigepflicht gilt auch, wenn Ärztinnen oder Ärzte die Betroffenen aufgrund ihrer Tätigkeit im Gesundheitsamt aufsuchen mussten, sie kann allerdings auch eingeschränkt sein/werden.

Verstöße gegen die Verschwiegenheitspflicht können für die/den Ärztin/Arzt straf-, berufs- (durch die Ärztekammer) und zivilrechtliche Folgen (Schadensersatzansprüche durch den Patienten) haben.

Rechtliche Regelungen

Die ärztliche Schweigepflicht ist in § 9 Abs. 1 MBO-Ä, bzw. den entsprechenden Bestimmungen der Berufsordnungen der Landesärztekammern, geregelt. Danach haben Ärztinnen und Ärzte über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als ärztlich tätige Person anvertraut oder bekannt geworden ist, auch nach dem Tod des Patienten zu schweigen. (Bundesärztekammer, n.d.)

Gleichzeitig fallen ärztlich Tätige als sogenannte Berufsgeheimnisträger auch unter die strafbewehrte Schweigepflicht (§ 203 StGB), mit der die Verletzung von Privatgeheimnissen geregelt wird.

Grenzen der Schweigepflicht

Allerdings sind Ausnahmen von der ärztlichen Schweigepflicht gegeben, wenn dies in gesetzlichen Vorschriften geregelt ist. Dann besteht zum Teil das Recht, bzw. eine Pflicht des Arztes zur Offenbarung.

Offenbarungsbefugnis

Dabei kann eine

1. **Offenbarungsbefugnis durch Einverständnis des Patienten**, d.h. der Person, auf die sich die geheimzuhaltende Tatsache bezieht, an die/den Arzt/Ärztin erteilt werden.
2. **Offenbarungsbefugnis durch mutmaßliches Einverständnis** angenommen werden, z.B. Übermittlung von Information an nächste Angehörige bei bewusstlosen Notfallpatienten oder Informationsaustausch unter ärztlich Tätigen bei Behandlungen in Gemeinschaftspraxis
3. **Offenbarungsbefugnis durch gesetzliche Erlaubnis** erteilt werden, z.B. Meldeerlaubnis für Krebsregister (landesrechtl. Vorschriften) oder
4. **Offenbarungsbefugnis zur Wahrung eigener Interessen** z.B. gerichtliches Verfahren, in dem der Arzt seinen Honoraranspruch geltend macht.

Schutz höherwertiger Rechtsgüter

Darüber hinaus gilt immer der Schutz höherwertiger Rechtsgüter, d.h. Offenbarung ist befugt, wenn sie zum Schutz eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Geheimnisträger sind dazu (grundsätzlich) berechtigt, aber nicht verpflichtet.

Offenbarung ohne Zustimmung des/der Patienten/in bzw. Probanden/in wäre befugt, wenn ein/e Patient/in bzw. Proband/in trotz Belehrung über den Gesundheitszustand und die von ihm ausgehende Gefahr und trotz Ermahnung uneinsichtig ist.

Beispielsweise könnte dann eine Mitteilung an die zuständige Behörde erfolgen, wenn ein/e Patient/in trotz chronischem Alkoholabusus oder trotz epileptischer Anfälle als Kraftfahrer am Straßenverkehr teilnehmen will. Ein Ehe- oder Sexualpartner könnte unter Umständen über eine HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung aufgeklärt werden.

Rechtfertigender Notstand

Wenn ärztlich Tätige bewusst gegen die Interessen von Patienten handeln um höherwertige Interessen zu schützen und sich dabei auf rechtfertigenden Notstand (§34 StGB) beziehen, ist diese Offenbarungsbefugnis prospektiv schwer zu beurteilen. Das heißt, wenn ein höherwertiges Interesse den Bruch der Schweigepflicht rechtfertigt, kann nur aufgrund der konkreten Umstände des Einzelfalls retrospektiv über den rechtfertigenden Notstand entschieden werden. Das heißt: im konkreten Fall kann sich die/der Ärztin/Arzt auf den rechtfertigenden Notstand beziehen. Allerdings ergibt sich erst bei der retrospektiv Betrachtung der Situation eine Beurteilung dieser.

Ein Spezialfall der Offenbarungsbefugnis ist die Frage, ob und in welchem Umfang sich der Arzt im Falle der Misshandlung von Kindern offenbaren darf. Hier wird in der Regel nach dem Güterabwägungsprinzip vorgegangen: Wenn sich bei der Untersuchung des Kindes der Verdacht einer Misshandlung ergibt, darf der Arzt im Interesse des Kindes seine Schweigepflicht durchbrechen und die Misshandlung der Polizei oder dem Jugendamt offenbaren. Aufgrund der Garantenpflicht gegenüber dem Kind ist die/der Ärztin/Arzt bei ausreichend konkreten Hinweisen, die den Verdacht einer Misshandlung des Kindes rechtfertigen, sogar verpflichtet die Polizei oder das Jugendamt zu informieren, um mögliche künftige Misshandlungen zu verhindern.

Generell gilt, das Interesse an der Abwehr drohender Gefahren für Leib, Leben oder Gesundheit sind gegenüber dem

Geheimhaltungsinteresse des Patienten regelmäßig als höherwertig anzusehen .

Tatsächlich besteht eine sogenannte Offenbarungspflicht (gesetzliche Pflicht), z.B. als

- Meldepflicht in Bezug auf geplante, noch nicht begangene, schwere Verbrechen (§§ 138, 139 StGB),
- Anzeigepflicht nach dem Personenstandsgesetz (Geburt) oder
- Anzeigepflicht nach dem Feuerbestattungsgesetz (Angabe der Todesursache).

Datenschutz

Der Datenschutz wird in Deutschland in erster Linie als Ziel zur Sicherstellung des sogenannten Rechtes auf informationelle Selbstbestimmung verstanden und soll grundsätzlich dazu beitragen, dass jede Person selbst über die Preisgabe und Verwendung der eigenen personenbezogenen Daten bestimmen kann. Dieses ist nicht explizit im Grundgesetz geregelt, wird aber aus Art 1 Abs 1 (



„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“

und Art 2 Abs 1



„Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.“

des Grundgesetzes abgeleitet. Dabei stehen Wert und Würde der Personen, die in freier Selbstbestimmung als Glied einer freien Gesellschaft wirken, im Mittelpunkt.

Daraus ergibt sich für die praktische Arbeit, z.B. in kommunalen Gesundheitsämtern, eine besondere Verantwortung für die Verarbeitung personenbezogener Daten von Personen, die z.B. vom

Wichtige rechtliche Rahmenbedingungen

Gesundheitsamt untersucht oder von dessen Maßnahmen betroffen werden, oder von Personen, für die Maßnahmen, z.B. aufgrund eines sogenannten Psychiatriekrankengesetzes getroffen werden.

Von diesen Personen dürfen personenbezogene Daten nur erhoben und gespeichert werden, soweit dies zur jeweiligen Aufgabenerfüllung erforderlich ist, eine Rechtsvorschrift dies erlaubt, bzw. wenn die beteiligte Person eingewilligt hat (Rechtmäßigkeitsprinzip). Für die Bearbeitung von personenbezogenen Daten bedarf es dabei grundsätzlich der Einwilligung in Schriftform.

Personenbezogene Daten dürfen dabei nur übermittelt werden, auch innerhalb einer Einrichtung oder öffentlichen Stelle

- an eine andere Organisationseinheit
- soweit dies zur Erfüllung einer gesetzlichen Pflicht erforderlich ist
- durch Rechtsvorschrift erlaubt ist
- die Person im Einzelfall eingewilligt hat
- zur Abwehr einer gegenwärtigen Gefahr für Leben, körperliche Unversehrtheit oder persönliche Freiheit des Betroffenen oder eines Dritten

Der Datenschutz ist auf Grundprinzipien aufgebaut, zu den wichtigsten gehören

1. die Verarbeitung von Daten für festgelegte und eindeutige Zwecke (Zweckbindung),
2. die Beschränkung der Datenverarbeitung auf das notwendige Maß (Erforderlichkeit, Datenminimierung und Speicherbegrenzung) und
3. die Transparenz.

Heute wird in Deutschland, und darüber hinaus, der



„Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Verkehr solcher Daten“

durch die europäische Datenschutzgrundverordnung (DGSVO) geregelt. Die DGSVO gilt seit 2018 allgemein und unmittelbar in allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und ist gegenüber alle Regelungen in Deutschland vorrangig. Mit dieser neuen Rechtslage gehen aber keine gravierenden inhaltlichen Änderungen des bestehenden Datenschutz in Deutschland einher, die bisherige Grundsystematik und meisten Grundprinzipien bleiben erhalten.

Datenlöschung bzw. Aktenvernichtung

Prinzipiell sind Patientendaten zu löschen, wenn ihre Speicherung unzulässig ist. Die Unzulässigkeit kann darauf beruhen, dass die Erhebung beim Betroffenen oder die Übermittlung von einem Dritten mit dem Datenschutzrecht nicht vereinbar war, z.B. wenn keine wirksame Einwilligungserklärung vorliegt.

Eine Löschung muss auch erfolgen, sobald die Kenntnis der Daten für die Erfüllung des Zweckes der Speicherung nicht mehr erforderlich ist. Die fehlende Erforderlichkeit der weiteren Datenspeicherung ergibt sich nicht schon durch die Beendigung einer Behandlung, bzw. Untersuchung.

Bei ärztlichen Unterlagen gilt, dass diese aus Dokumentationsgründen in jedem Fall 10 Jahre lang aufbewahrt werden müssen (§ 10 Abs. 3 MBO-Ä). Nach § 32 Abs. 2 Strahlenschutzverordnung und § 28 Abs. 4 Nr. 1 RöntgVO sind Aufzeichnungen über die Behandlung mit radioaktiven Stoffen sowie über Röntgenbehandlungen 30 Jahre (bei Untersuchung nur 10 Jahre) nach der letzten Behandlung aufzubewahren. Wegen eventuell erst später (erst nach 30 Jahren, vgl. § 197 BGB) verjährender zivilrechtlicher Ansprüche kann vom Arzt die Notwendigkeit einer Aufbewahrung medizinischer Unterlagen sogar für diesen langen Zeitraum geltend gemacht werden. Zweck der Aufbewahrung ist

dann i.d.R. nur noch, die Art von Untersuchung und Behandlung nachzuweisen. Verzichtet der Patient wirksam (in schriftlicher Form) auf die Geltendmachung von vermögensrechtlichen Forderungen, so hat der Arzt i.d.R. keinen Grund mehr, über die 10 Jahre Dokumentationspflicht hinaus die medizinischen Unterlagen aufzubewahren.

Die Erforderlichkeit einer über 10 oder gar 30 Jahre hinausgehenden Speicherung von medizinischen Daten kann sich aus Behandlungsgründen ergeben. Dies kann bei Krankheiten der Fall sein, die über Jahrzehnte hinweg fort dauern, etwa bei Erbkrankheiten, vielen psychischen Störungen oder Transplantationen. Die Erforderlichkeit darf aber in diesen Fällen nicht pauschal angenommen werden; vielmehr bedarf es bei einer über 30 Jahre hinausgehenden Archivierung einer Begründung und Legitimation im Einzelfall.

Forschungsgründe für sich allein können eine personenbezogene Aufbewahrung von medizinischen Unterlagen grundsätzlich nicht rechtfertigen. Hier bedarf es entweder einer ausdrücklichen Einwilligung des Patienten oder einer Anonymisierung bzw. Pseudonymisierung der Datensätze.

Aufbewahrungspflicht

Sind Daten sowohl elektronisch als auch konventionell analog gespeichert, so besteht eine Aufbewahrungsnotwendigkeit nur bzgl. des Mediums, mit dem der medizinischen Dokumentationspflicht genügt werden soll. Dies dürfte heute noch weitgehend die konventionelle (Papier-) Akte sein. Elektronische Speicherungen können und sollten früher gelöscht werden, zumal sich durch redundante Speicherungen die Missbrauchsrisiken erhöhen; dies gilt wegen der leichten Zugriffs- und Auswertungsmöglichkeiten insbesondere bei elektronischen Datenspeicherungen.

Erfolgt innerhalb des medizinischen Bereiches eine Speicherung nach verschiedenen Zwecken, so besteht u.U. eine frühere Löschoflicht. So

unterliegen z.B. sämtliche Abrechnungsdaten nicht der medizinischen Dokumentationspflicht. Diese Daten werden nicht mehr benötigt, wenn sie für finanzrechtliche Zwecke (z.B. Abrechnung nach SGB V, Dokumentationspflichten nach Handelsgesetzbuch bzw. Steuerrecht) nicht mehr aufbewahrt werden müssen.

Löschen ist



"das Unkenntlichmachen gespeicherter personenbezogener Daten" (§ 3 Abs. 4 S. 2 Nr. 5 BDSG, § 2 abs. 2 Nr. 5 LDSG SH).

Die Löschung kann dadurch erfolgen, dass der Datenträger mitsamt den darauf enthaltenen Daten zerstört wird, z.B. durch Schreddern von konventionellen Akten oder Festplatten. Eine andere Möglichkeit besteht darin, die Lesbarkeit auszuschließen, ohne den Datenträger zu vernichten, z.B. durch Schwärzen eines Schriftstücks oder durch Überschreiben einer Diskette.

Ärztliche Dokumentation

Die ärztliche Dokumentation erfüllt eine Vielzahl von Funktionen, wie beispielsweise Gedächtnisstütze des Arztes, Therapiesicherung, Rechenschaftslegung gegenüber dem Kostenträger, Beweissicherung oder Qualitätssicherung.

Die Berufsordnung der Ärztekammern und gesetzliche Vorschriften regeln den Umgang mit ärztlichen Aufzeichnungen. In der Regel sind ärztliche Aufzeichnungen für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht. Sie bedürfen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern.

In Behörden werden Aufzeichnungen in der Regel in Akten aufbewahrt. Der Umgang mit Akten in Behörden wird nur zum Teil

durch das Verwaltungsverfahrensgesetz und meistens in Verwaltungsvorschriften geregelt, die die Verwaltungsabläufe in Behörden regeln, z.B. in der Gemeinsamen Geschäftsordnung für die Berliner Verwaltung – Allgemeiner Teil (GGO I). Das Grundprinzip ist dabei, dass Aktenführung dazu dient, alles Verwaltungshandeln nachvollziehbar zu dokumentieren. Das heißt, dass die Bearbeitung eines Vorganges, wie beispielsweise das Erstellen eines Gutachtens, durch die Verwaltung in der Akte so dokumentiert wird, dass ein mit der Sache nicht vertrauter Leser der Akte nachvollziehen kann, wie der Ablauf des Vorgangs war und warum es zu Verwaltungsentscheidungen gekommen ist.

Akteneinsichtsrecht

Abgeleitet von dem sogenannten „*Recht auf informelle Selbstbestimmung*“ haben Patienten und Probanden prinzipiell das Recht in ihre (Patienten)Akte einzusehen, und zwar die Originalakte.

Einsichtnahme in Patientenakten erfolgt in der Regel an dem Ort, an dem sich die einzusehenden Unterlagen oder Dokumente befinden.

Abschriften oder Kopien können von der Patientenakte in analoger oder digitaler Form angefertigt werden, allerdings können die Kosten den Einsicht nehmenden Personen auferlegt werden.

Behandelnde Ärztinnen und Ärzte können jedoch die Einsichtnahme ganz oder teilweise verweigern, wenn erhebliche therapeutische Gründe dagegensprechen. Unter Umständen sind sie sogar verpflichtet, die Einsichtnahme in die Patientenakte zu verweigern. Dahinter steht das Argument, dass Patienten vor schädlichen Informationen geschützt werden, die mit der Gefahr einer erheblichen gesundheitlichen (Selbst-)Schädigung des Patienten verbunden wären.

Ein Einsichtsrecht ist auch zu verwehren, wenn und soweit die Aufzeichnungen personenbezogene Informationen dritter Personen enthalten, die ihrerseits schutzwürdig sind. Zu denken ist

beispielsweise an minderjährige Patienten, die unter Einbeziehung ihrer Eltern behandelt werden. Dokumentationen über die Eltern, insbesondere über deren Persönlichkeit, müssen geschützt werden.

Wenn in der Patientenakte persönliche Eindrücke oder subjektive Wahrnehmungen der behandelnden Person enthalten sind, müssen auch diese prinzipiell einzusehen sein. Wenn jedoch im Einzelfall ein begründetes Interesse des/der Arztes/Ärztin besteht diese nicht zu offenbaren, können diese in den einzusehenden Akten unkenntlich gemacht werden.

Anwesenheit „Dritter“ bei der Begutachtung

Es ist gesetzlich nicht geregelt, ob und wer in einem Begutachtungsverfahren den/die Probanden/in begleiten darf, bzw. ob ein Anspruch auf die Anwesenheit „Dritter“ besteht. Der Gesetzgeber hat sich diese Problems bislang nicht umfänglich angenommen, mit Ausnahme des Bereichs des Strafprozesses (§ 81d Abs. 1 Satz 3 StPO). Daher werden im folgenden verschiedene Rechtsprechungen dazu im Kontext der Erörterungen vorgestellt.

Eine weitere wichtige Frage in diesem Zusammenhang ist, ob durch die Anwesenheit „Dritter“ das Ergebnis der Begutachtung beeinflusst wird.

Zulassen von Vertrauenspersonen zur Begutachtung

Sowohl im sozialrechtlichen Verfahren (Amtsärztliche Begutachtung zur Frage der Dienstfähigkeit) ist aufgrund der weitreichenden Konsequenzen für Probanden von einem Anspruch auf eine Begleitung bei der Begutachtung durch eine Vertrauensperson auszugehen. Im beamtenrechtlichen Gutachtenprozess gibt es dazu unterschiedliche Gerichtsurteil.

Eine Ablehnung erfordert eine sachliche und nachvollziehbare Begründung durch den/die Gutachter/in.

Wichtige rechtliche Rahmenbedingungen

Dabei ist im Vorfeld grundsätzlich sicherzustellen, dass eine Begleitung durch den/die Probanden/in selbst auch tatsächlich gewünscht ist.

Die Anwesenheit einer Vertrauensperson bei der körperlichen Untersuchung ist hingegen auch unter ethischen Aspekten im Einzelfall kritisch zu prüfen.

Beispielsweise sieht die Berufsordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein hierzu in § 7 Abs. 5 zunächst grundsätzlich vor, dass Angehörige von Patientinnen und Patienten und andere Personen bei der Untersuchung und Behandlung anwesend sein dürfen, wenn der verantwortliche Arzt und die Patientin oder der Patient zustimmen.

Nach dem Beschluss des Oberlandesgerichts Hamm, vom 3. Februar 2015 -II-14 UF 135/14, 14 UF 135/14 ist einem medizinisch oder psychologisch zu begutachtenden Beteiligten bei einem Untersuchungstermin bzw. Explorationsgespräch des Sachverständigen die Anwesenheit einer Begleitperson ohne Äußerungs-, bzw. Beteiligungsrechte zu gestatten.

Nach der Kommentierung zur Musterberufsordnung soll sich ein Anspruch auf Anwesenheit einer Vertrauensperson bei stark die Persönlichkeit oder den Intimbereich betreffenden Begutachtungen ergeben, wenn das Untersuchungsergebnis dadurch nicht - wie ggf. bei psychiatrischen Explorationen - verfälscht wird oder im Zivilprozess die Waffengleichheit der Prozessparteien gewahrt werden muss (so Scholz in: Spickhoff, Medizinrecht, 2. Auflage, § 7 MBO, Rn. 19).

Im Falle psychiatrischer Gutachten können Einschränkungen bestehen, wenn die/der begutachtende psychiatrische Fachärztin/arzt tatsächlich keinen ungefilterten Eindruck von einer/m Patienten/in erlangen kann, solange eine Begleitperson ständig anwesend ist. Dies kann und sollte zur Ablehnung einer Begleitperson, zeitweise oder während der gesamten Begutachtungszeit, führen.

Das Oberlandesgericht Hamm hat in seinem Urteil vom 16. Februar 2016 -1-9 U 117/15, 9 U 117/15-, juris zur Frage des Vorliegens einer Pyromanie des Beschuldigten entschieden, dass

“ *„man der Begleitperson eine Beteiligung an dem Untersuchungsgespräch durch Fragen, Vorhalte oder sonstige Äußerung nicht gestatten könne. Hierdurch wäre bei einer medizinischen oder psychologischen Untersuchung, anders als z.B. bei einem baurechtlichen Ortstermin, eine erhebliche Störung der Untersuchung und auch Beeinflussung ihres Ergebnisses zu befürchten. Die Rechte des zu Begutachtenden hingegen sind in diesem Punkt hinreichend gewahrt durch die Möglichkeit nachträglicher schriftlicher Stellungnahmen und/oder einer mündlichen Befragung des Sachverständigen im Gerichtstermin (a.a.O. Rn 24).“*

Aus den genannten richterlichen Entscheidungen ist ersichtlich, dass in jedem Einzelfall zu entscheiden ist, ob eine Teilnahme einer Begleitperson an der Begutachtung versagt werden kann, bzw. sollte. Insbesondere sind dabei die Persönlichkeit des/der Probanden/in, der Gegenstand der Begutachtung sowie die Funktion der Begleitperson mit zu berücksichtigen.

Demnach kann es durchaus zulässig sein, die Anwesenheit einer Begleitperson abzulehnen.

Bei einer Untersuchung zur Feststellung der Dienstfähigkeit eines Beamten wurde vom Oberverwaltungsgericht (OVG) Rheinland-Pfalz entschieden, dass ein Anwesenheitsrecht Dritter nicht besteht. Die/der Gutachter/in habe zu Recht die Anwesenheit einer nahestehenden Person abgelehnt, da eine psychiatrische Exploration nur im Rahmen eines kommunikativen Zweiergesprächs sinnvoll durchgeführt werden könne (vgl. OVG R-P 11.06.13 - Az. 2 A 11071 / 12). Die Auffassung, dass im Rahmen einer fachpsychiatrischen Untersuchung zur Klärung der Frage der gesundheitlichen Eignung eines Beamtenanwärters ein Anwesenheitsrecht dritter Personen

nicht bestehe, ist vom OVG Lüneburg bestätigt worden (vgl. OVG Lüneburg 02.08.16 - Az. 5 ME 103/16).

Entgegengesetzt hat das Landessozialgericht (LSG) Rheinland- Pfalz entschieden, einen Anspruch der zu begutachtenden Person auf Anwesenheit eines Dritten grundsätzlich zu bejahen, soweit seine Anwesenheit nicht störend für den Untersuchungsablauf ist. Diese Entscheidung ging sogar soweit, die Qualifikation des Gutachters in Frage zu stellen, wenn er nicht in der Lage wäre bei Anwesenheit eines Dritten die Untersuchung durchzuführen (vgl. LSG Rheinland- Pfalz 23.02.06 - L 4B 33/06).

Zulassen von Vertrauenspersonen zur Begutachtung von Minderjährigen

Eine Einschränkung für die Anwesenheit Dritter ist für den Bereich der Untersuchung von Minderjährigen anzunehmen.

Für den Bereich der Untersuchungen von Kindern in der Kita und von Schülern bestimmt beispielsweise § 25 Abs. 2 Gesundheitsdatenschutzgesetz NRW (GDSG NW), dass die Anwesenheit Dritter nur zulässig ist, soweit es zur ordnungsgemäßen Durchführung der Untersuchung erforderlich ist. Danach darf in diesem Bereich die Anwesenheit nicht nur nicht störend sein, sondern durch das Gebot der Erforderlichkeit dürfte ein förderndes Element durch die Anwesenheit Dritter gefordert sein. Dies dürfte in der besonderen Schutzwürdigkeit dieser zu untersuchenden Personengruppe begründet sein.

Dieser Grundgedanke dürfte über den Bereich des Landes Nordrhein- Westfalen hinaus auf andere Bundesländer übertragbar sein.

Zulassen von dolmetschenden Fachkräften (zur Herstellung der Verständigung zwischen Gutachtern/innen und Probanden/innen)

Zur Herstellung der Verständigung zwischen Proband/in und Gutachter/in werden besondere sprachliche und kulturelle Kompetenzen benötigt. Dolmetschende Fachkräfte, zum Teil als Sprachmittler bezeichnet, übersetzen in der Regel von einer Ausgangssprache in eine andere Sprache. Die Übersetzung kann mündlich, schriftlich oder in Gebärdensprache erfolgen. Im Gegensatz zur reinen Übersetzung berücksichtigen dolmetschende Fachkräfte zum Teil auch wesentlich Aspekte der Ausgangssprache („cultural broker“). Darüber hinaus können Sie auch Faktoren wie Gestik, Mimik, Intonation und die allgemeine Körpersprache übersetzen.

Im Begutachtungsverfahren, insbesondere in psychiatrischen Begutachtungen, ist es häufig wichtig, dass die dolmetschende Fachkraft wortwörtlich übersetzt.

Die Berufsbezeichnung Dolmetscher/in ist in Deutschland nicht geschützt. Der Beruf kann ausgeübt werden ohne eine vorangegangene Prüfung abgelegt zu haben. Missbräuchlichen Verwendungen wird durch bestimmte Abschlüsse oder Zulassungen vorgebeugt, z.B. „beeidigter Dolmetscher“, „gerichtlich zertifizierter Dolmetscher“.

Eine dolmetschende Fachkraft zur Untersuchung hinzuzuziehen ist jeweils eine Frage der Erforderlichkeit für die Verständigung zwischen ärztlich Gutachtern/innen und Probanden, die nur im Einzelfall beantwortet werden kann.

Insbesondere bei der Beurteilung psychischer Erkrankungen kann dieses Erfordernis bestehen, wenn die Sprachkenntnisse des/der Gutachters/in und/oder des/der Probanden/in nicht für eine sachgerechte Verständigung ausreichen.

Wichtige rechtliche Rahmenbedingungen

Eine Probanden begleitende sprachkundige Person kann zur Feststellung körperlicher Erkrankungen und Beschwerden im Einzelfall ausreichend sein.

Für die Frage des Vorliegens und die Ausprägung psychischer Erkrankungen dürfte die Untersuchung ohne qualifizierte/n Dolmetscher/in keine tragfähige Grundlage für eine Entscheidung sein. (vgl. VG Karlsruhe 29.05.15 - Az. 7 K 2513/15).

Das Fehlen eines/r Dolmetschers/in hat im Einzelfall dazu geführt, dass das Gutachten, das die Grundlage für die Abschiebung war, als nicht tragfähig für die Entscheidung anzusehen ist (vgl. VG Karlsruhe 29.05.15, Az. 7 K 2513/15).

**Gutachtenbereich:
Beamtenrecht,
Einstellungs- &
Dienstfähigkeitsbegutachtung,
Beihilfe**

Beamtenrecht

Das Beamtenrecht ist ein Teil des Öffentlichen Rechtes. Es regelt die Verhältnisse des Staates zu seinen Beamten.

Allgemein

Als Rechtsnorm ist das Beamtenrecht sehr stringent, was auch für Gutachter/innen bedeutet, dass sie sich genau an bestimmte Regularien halten müssen.

Der Bereich wird in weiten Bereichen zusätzlich durch die Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte moduliert. Daher sollte ein/e Gutachter/in die wegweisenden Urteile der Oberverwaltungsgerichte des betreffenden Bundeslandes und des Bundesverwaltungsgerichts inhaltlich kennen.

Die gesetzlichen Grundlagen erscheinen auf den ersten Blick kompliziert:

Das **Beamtenstatusgesetz [BeamtStG]** ist ein Gesetz zur Regelung des Statusrechts von Beamtinnen oder Beamten der Länder, Gemeinden und Gemeindeverbände sowie der sonstigen der Aufsicht eines Landes unterstehende Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts. Es gilt unmittelbar, das heißt, es bedarf nicht der Umsetzung durch Landesgesetze.

Die 16 **Landesbeamtengesetze (LBG)** dienen der Konkretisierung der Regelungsbereiche, die der Bund den Ländern offen gelassen hat.

Für Bundesbeamte gilt das **Bundesbeamtengesetz (BBG)**, nicht das BeamStG.

Für Begutachtungen gelten daher ein Beamtenstatusgesetz mit 16 Landesbeamtengesetzen im Beamtenrecht sowie das Bundesbeamtengesetz, die glücklicherweise in weiten Teilen materiell gleich sind. Es gibt aber doch Unterschiede, weswegen sich Gutachter/innen immer vor der ersten Begutachtung mit der

entsprechenden aktuellen Rechtsgrundlage auseinandersetzen sollten.

In vielen Bundesländern und beim Bund gibt es zudem untergesetzliche Regelungen wie Verwaltungsvorschriften oder Erlasse, die die Zuständigkeit für die Begutachtung, aber auch Inhalte regeln, z.B. durch Festlegung der körperlichen Anforderungen - zum Teil nur für einzelne Beamtengruppen. Auch diese gilt es zu beachten.

Vor der Begutachtung ist prinzipiell die Zuständigkeit des/der Gutachters/in zu prüfen. In vielen Bundesländern gilt das sog. Dienstortprinzip, in anderen das Wohnortprinzip. In einigen Bundesländern, z.B. in Berlin, werden die Untersuchungen in zentralen Untersuchungsstellen durchgeführt oder Teile der beamtenrechtlichen Untersuchungen an externe Ärzte ausgegliedert, z.B. in Baden-Württemberg.

Des Weiteren ist die Kostenübernahme zu klären: Zahlt der Auftraggeber oder der Bewerber? Oder hat die Untersuchungsstelle ein eigenes Budget, z B. für die Durchführung von Zusatzuntersuchungen?

Immer wieder wird die Frage nach der ärztlichen Schweigepflicht im besonderen Rahmen der Begutachtung von Beamten/innen gestellt. Hierbei ist zu beachten, dass das Beamtenrecht weitreichende Mitteilungsbefugnisse beinhaltet.

Wird das Gutachten auf Wunsch oder mit Einwilligung der/des Beamten/in erstellt, so liegt hierin, sonst in der an die Beamtin oder den Beamten gerichteten Weisung nach z.B. § 41 LBG Mecklenburg-Vorpommern in Verbindung mit § 26 BeamStG sich untersuchen zu lassen, die Rechtfertigung der anfordernden Stelle, die für die Entscheidung erforderlichen medizinischen Daten zu übermitteln.

Aufgrund dessen ist für die Weitergabe der erforderlichen Daten an die anfordernde Stelle eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht nicht erforderlich.

Es ist hier allerdings auch zu beachten, dass die Landesbeamtengesetze sich auch in diesem Teil unterscheiden. Dies ist besonders relevant bei der Untersuchung von Bewerbern, die ja noch keine Beamten sind. Man stelle also immer durch Klärung mit der verfahrensleitenden Behörde sicher, was man mitteilen darf und soll und was nicht.

Sonderfall: Richter/innen

Richter/innen sind keine Beamtinnen oder Beamte! Aber wie diese stellen sie aufgrund ihrer Tätigkeit und der damit verbundenen Verantwortung eine besondere Statusgruppe dar, für die viele beamtenrechtliche Bestimmungen oder ähnliche Regelungen Anwendung finden (z.B. in den Bereichen Besoldung und Versorgung).

In weiten Teilen wird auch für sie durch einen Verweis in den Richtergesetzen das Beamtenrecht anwendbar, soweit in den entsprechenden **Richtergesetzen** der Länder und des Bundes keine eigenen Regelungen getroffen wurden.

Es gibt aber auch Spezialregelungen, die insbesondere die sogenannte anderweitige Verwendung und das Verfahren zur Zuruhesetzung betreffen.

Einstellungsbegutachtungen

Rechtsgrundlagen

Ob Einstellungsuntersuchungen durchgeführt werden, liegt grundsätzlich im Ermessen des jeweiligen Dienstherrn. Ausgehend von Art. 33 Abs. 2 GG und § 9 **Kriterien der Ernennung des BeamStG**:



“Ernennungen sind nach Eignung, Befähigung und fachlicher Leistung ohne Rücksicht auf Geschlecht, Abstammung, Rasse oder ethnische Herkunft, Behinderung,

Religion oder Weltanschauung, politische Anschauungen, Herkunft, Beziehungen oder sexuelle Identität vorzunehmen.“

Es sehen aber nahezu alle Landesgesetze unmittelbar oder durch Verwaltungsvorschriften der Länder vor der Begründung eines Beamtenverhältnisses die Überprüfung der gesundheitlichen Eignung vor.

Beispielsweise lautet der entsprechende Paragraph des LBG in Mecklenburg-Vorpommern und Hamburg:

“ § 9 (2) MV) Die gesundheitliche Eignung für die Berufung in ein Beamtenverhältnis ist aufgrund eines ärztlichen Gutachtens (§ 44) festzustellen.

(§ 9 (2) HH) Die gesundheitliche Eignung für die Berufung in ein Beamtenverhältnis auf Lebenszeit oder in ein anderes Beamten- oder Beschäftigungsverhältnis mit dem Ziel der späteren Verwendung im Beamtenverhältnis auf Lebenszeit ist auf Grund eines ärztlichen Gutachtens (§ 44) festzustellen.

Dabei ist die gesundheitliche Eignung als Teil der allgemeinen Eignung anzusehen.

Bei der Prüfung der gesundheitlichen Eignung sind Fachrichtung und Dienstverhältnis zu berücksichtigen.

Beispiele für Fachrichtungen mit besonderen Anforderungen:

- Polizei
- Justiz
- Forst
- Bildung
- Feuerwehr

Hier können andere Anforderungen als bei der allgemeinen Verwaltung oder bspw. der Finanzverwaltung zum Tragen kommen.

Während der Prognosemaßstab für die Einstellung als Beamtin/Beamter seit den sechziger Jahren unverändert war,

“Die gesundheitliche Eignung fehlt bereits dann, wenn die Möglichkeit häufiger Erkrankungen oder des Eintritts dauernder Dienstunfähigkeit schon vor Erreichen der Altersgrenze nicht mit einem hohen Grad an Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann.“

wurde dieser Prognosemaßstab durch die BVerwG Urteile 2 C 12.11 und 2 C 18.12 vom 25. Juli 2013 maßgeblich geändert. Hier die dazu relevanten Auszüge:

“Beamtenbewerber, deren Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt ist, sind gesundheitlich als Beamte nicht geeignet, wenn tatsächliche Anhaltspunkte die Annahme rechtfertigen, dass eine vorzeitige Pensionierung vor Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze überwiegend wahrscheinlich ist. Die gesundheitliche Eignungsprognose ist aufgrund einer fundierten medizinischen Tatsachengrundlage zu stellen. Dem Dienstherrn steht diesbezüglich kein Beurteilungsspielraum zu.

Das führte dazu, dass jetzt nicht mehr die sich bewerbende Person ihre gesundheitliche Eignung beweisen muss, sondern die/der Ärztin/Arzt verwaltungsrechtlich nachprüfbar beweisen muss, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit einer vorzeitigen Zurruesetzung oder vermehrten Fehlzeiten zu rechnen ist. Das wird nur sehr selten der Fall sein, zumindestes bei den Laufbahnen mit normalen gesundheitlichen Anforderungen.

Der/die Gutachter/in muss in den Fällen, in denen sie an der gesundheitlichen Eignung zweifelt eine ausreichende Tatsachenbasis schaffen.

In vielen Fällen wird dies allerdings nicht zu einer Ablehnung führen.

Dabei muss berücksichtigt werden, dass für Schwerbehinderte gesonderte Regelungen greifen, die die Einstellung erleichtern sollen. Hier sind die Regelungen der einzelnen Bundesländer und des Bundes zu beachten. Es seien hier genannt:

- verkürzter Prognosezeitraum (5 Jahre, 8 Jahre, 10 Jahre),
- das Feststellen nur des Mindestmaßes an körperlicher Eignung, sowie
- die Erstellung des Ärztliches Gutachtens nur für die Beratung.

Der erforderliche Untersuchungsumfang ist abhängig von der Fachrichtung und ggf. auch der Art des Dienstverhältnisses. Sinnvoll ist im Rahmen des allgemeinen Screenings das Festlegen eines standardisierten Untersuchungsumfanges, der bei bestehenden Vorerkrankungen erweitert wird.

Als sogenannter Standard-Untersuchungsumfang gilt in den meisten Fällen das Erheben einer Anamnese, z.T. unterstützt durch einen Fragebogen. In Gesundheitsämtern sollten entsprechende Fragebögen vorliegen, zum Teil sind diese gemeinsam Erarbeitet aus Arbeitskreisen zur Qualitätssicherung, oder in einigen Bundesländern auch ministeriell vorgegeben.

Die Begutachtung wird in der Regel eine körperliche Untersuchung umfassen.

Es obliegt dem/der Gutachter/in zu entscheiden, welche Labor- und technischen Untersuchungen für die Beantwortung der Fragestellung erforderlich sind.

Bei Fällen der “normalen” gesundheitlichen Anforderungen (z.B. Tätigkeiten in der Verwaltung, Finanzbereich) und bei fehlenden Vorerkrankungen erfolgt mittlerweile in mehreren Bundesländern die Einstellungsgutachten-Untersuchung nur noch nach Aktenlage.

Seitens des Arbeitskreis Qualitätssicherung im amtsärztlichen Gutachtenwesen Nordrhein-Westfalen wird die folgende **Kategorisierung** der Untersuchten mit den angegebenen

Formulierungshilfen auch unter dem Aspekt empfohlen, dass die zukünftig verstärkt in den Vordergrund tretende Funktion der Einstellungsuntersuchung, auf bereits bestehende oder möglicherweise zukünftig drohende funktionelle Einschränkungen der bewerbenden Person hinzuweisen ist (Verwendungsberatung):

Kategorie A

Es sind keine gesundheitlichen Auffälligkeiten feststellbar.

Formulierungsvorschlag:

“ *Unter Bezug auf Anamnese und Untersuchungsumfang ergaben sich keine Hinweise auf bedeutsame Erkrankungen, die die Eignung von Herrn/Frau ... für die Tätigkeit als ... einschränken würden. Nach jetzigem Erkenntnisstand sind keine tatsächlichen Anhaltspunkte erkennbar, welche die Annahme rechtfertigen, eine vorzeitige Dienstunfähigkeit, bzw. häufige und erhebliche krankheitsbedingte Ausfälle, seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erwarten. (Fakultativ ergänzen: Gegen die Einstellung im Beamtenverhältnis auf Probe und später ggf. auf Lebenszeit bestehen in gesundheitlicher Sicht keine Bedenken.)*

Kategorie B

Es sind leichte gesundheitliche Auffälligkeiten festzustellen, die jedoch insgesamt nicht zu einer negativen Prognose führen. Es wird jedoch für zweckmäßig gehalten, sie zu erwähnen (Ermessensentscheidung!).

Formulierungsvorschlag:

“ *Unter Bezug auf Anamnese und Untersuchungsumfang ergaben sich keine Hinweise auf Erkrankungen, die die Eignung von Herrn/Frau ... für die Tätigkeit als ... grundlegend einschränken würden. Bei ihm/ihr besteht allerdings ... [Erkrankungen oder Risikokonstellation mit*

deren Merkmalen erwähnen, bzw. mit möglichen Verläufen]. Eine dienstliche Relevanz ist aus heutiger Sicht nicht zu erwarten. Dies kann auch dienstlich relevant werden. Empfohlen wird ... [ggf. Ratschläge, Einsatz- und Verwendungseinschränkungen anfügen oder auch bei Probebeamten erneute Begutachtung vor der Berufung in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit].

Ausgehend von den jetzigen Befunden sind jedoch keine tatsächlichen Anhaltspunkte erkennbar, welche die Annahme rechtfertigen, eine vorzeitige Dienstunfähigkeit bzw. häufige und erhebliche krankheitsbedingte Fehlzeiten seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erwarten. (Fakultativ ergänzen: Gegen die Einstellung im Beamtenverhältnis auf Probe und später ggf. auf Lebenszeit bestehen aus gesundheitlicher Sicht keine Bedenken.)

Kategorie C

Es bestehen chronische bzw. rezidivierende gesundheitliche Auffälligkeiten, die durchaus Bedenken bzgl. der individuellen Krankheitsentwicklung, möglicher Leistungs-, bzw. Verwendungseinschränkungen und/oder relevanter Fehlzeiten aufkommen lassen. Es sind jedoch weder individuelle tatsächliche Anhaltspunkte ersichtlich, noch hinreichend belastbare fachwissenschaftliche Erkenntnisse gegeben, um die Wahrscheinlichkeit eines negativen Verlaufs prognostisch eindeutig als „überwiegend“ einzustufen. In diesen vermutlich nicht seltenen Fällen ist es geboten, ausdrücklich auf mögliche Probleme hinzuweisen, zugleich aber deutlich zu machen, dass es für eine im Rechtsstreit durchsetzbare Ablehnung nicht genügend unabweisbare sachverständige Argumente gibt.

In manchen Fällen wird aufgrund der Ausgangslage zugleich auf bestimmte Besonderheiten bzw. jetzige oder mögliche zukünftige Verwendungseinschränkungen hinzuweisen sein, die der Dienstherr

von vornherein berücksichtigen sollte, ohne dass die/der Bewerber/in aber insgesamt als generell ungeeignet eingestuft werden müsste.

Formulierungsvorschlag:



Unter Bezug auf Anamnese und Untersuchungsumfang ergaben sich keine Hinweise auf Erkrankungen, die die Eignung von Frau/Herrn ... für die Tätigkeit als ... grundlegend einschränken würden. Bei ihr/ihm besteht allerdings ... [Erkrankung oder Funktionsdiagnose mit möglichen Auswirkungen, evtl. bereits frühere Fehlzeiten und ggf. weitere „konkrete Anknüpfungspunkte“ beschreiben] Dies kann zu beruflichen Einschränkungen, längeren/häufigeren Krankenphasen und/oder einer vorzeitigen Dienstunfähigkeit führen.

Allerdings können keine hinreichenden wissenschaftlichen Grundlagen ermittelt werden, die ein negatives amtsärztliches Votum stützen würden. Auch unter Berücksichtigung von möglicher Weise in der Zukunft liegenden sonstigen Einflussfaktoren bleibt eine Abwägung der Wahrscheinlichkeiten für den weiteren Verlauf insoweit spekulativ. Bezüglich einer Verbeamtung [auf Probe/Lebenszeit ...] ist daher aus amtsärztlicher Sicht trotz gesundheitsbezogener Bedenken eine überwiegende Wahrscheinlichkeit längerer/häufigerer Fehlzeiten, bzw. eine vorzeitige dauerhafte Dienstunfähigkeit nicht begründbar.

Kategorie D

Es bestehen chronische, bzw. rezidivierende gesundheitliche Auffälligkeiten, die in hohem Maße, jedenfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, Bedenken bzgl. der weiteren Prognose – vorzeitige Dienstunfähigkeit und/oder gehäufte/längere Ausfallzeiten - auslösen. Maßgeblich ist, dass sich diese Bedenken auf folgende Merkmale stützen müssen, wobei immer die aktuelle

wissenschaftliche Datenlage und „konkrete Anknüpfungspunkte“ betrachtet werden müssen:

- die Art der Erkrankung als solche mit ggf. gehäuft problematischen Verläufen und/oder Folgeproblemen (Statistik, Krankheitsverlauf nach Lehrbuch)
- konkrete fallbezogene Befunde als Merkmale einer klinischen Graduierung
- den individuellen Krankheitsverlauf (retrospektive Anamnese, bereits dokumentierte Rezidive, längere Arbeitsunfähigkeits-Phasen u.ä.)
- sonstige mögliche Einflussfaktoren (soziale oder bereits absehbare dienstliche Rahmenbedingungen)

Entscheidend ist, bei einer bewerbenden Person die relevanten Merkmale möglichst differenziert zu erfassen und zu dokumentieren, um sie für den Abwägungsprozess verwenden zu können. Ggf. kann es auch sinnvoll sein, ein Fachgutachten zur Frage der individuellen Prognose in Auftrag zu geben.

Formulierungsvorschlag:



Unter Bezug auf Anamnese und Untersuchungsumfang zeigten sich gravierende gesundheitliche Einschränkungen. Bei Frau/Herrn ... besteht [Erkrankung bzw. Funktionsdiagnose mit Merkmalen, Schweregrad, bisherigem und zu erwartendem Verlauf beschreiben]. Dennoch/Daher ist er/sie für eine Tätigkeit als ... als solche geeignet/nicht geeignet. Bezogen auf den hier vorliegenden Einzelfall wurden die Besonderheiten des Krankheitsbildes, des bisherigen Krankheitsverlaufs sowie weiterer individueller und/oder sonstiger ungünstiger Einflussfaktoren gewichtet und bewertet. Danach ist aus amtsärztlich-sachverständiger Sicht zusammenfassend festzustellen, dass aufgrund zu erwartender zukünftiger Komplikationen das Eintreten

*häufiger/längerer Fehlzeiten, bzw. einer vorzeitigen Dienstunfähigkeit, mit deutlich überwiegender Wahrscheinlichkeit erwartet werden muss.
Fakultativ: Gegen eine Einstellung im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses bestehen aus amtsärztlicher Sicht keine Bedenken. [Dann ggf. derzeitige oder möglicherweise zukünftig eintretende Verwendungsausschlüsse beschreiben, evtl. auch positives und negatives Leistungsbild erstellen.]*

Kategorie E - Sonderfall Schwerbehinderung oder Gleichstellung

Es besteht eine Schwerbehinderung oder anerkannte Gleichstellung. Hier wird nur das für die Laufbahn oder bestimmte Dienstposten der Laufbahn erforderliche „Mindestmaß körperlicher Rüstigkeit“ verlangt, keine Aussage zur vorzeitigen Dienstunfähigkeit. (In einigen Bundesländern: Mindesterwartung von X Jahren Dienstfähigkeit)

Ärztlicherseits soll zur Entscheidungshilfe für Bewerber und Dienststelle eine Prognose über die voraussichtliche Entwicklung der gesundheitlichen Eignung abgegeben werden.

Im folgenden finden sie den Textbaustein für ein Gutachten bei einer gesundheitlich nicht eingeschränkten Bewerberin, die für eine Verbeamtung auf Widerruf oder auf Probe ansteht. Der letzte Satz dient dem Hinweis, dass aus ärztlicher Sicht eine erneute Untersuchung vor einer Verbeamtung auf Lebenszeit derzeit als nicht erforderlich angesehen wird.



Im Ergebnis der Begutachtung am xx.xx.20xx und der Würdigung der vorgelegten Befunde wird festgestellt, dass bei

Maxima Mustermann

die für die vorgesehene Einstellung als Beamte/in auf Widerruf/Probe erforderliche gesundheitliche Eignung vorliegt.

Zum jetzigen Zeitpunkt sind keine Hinderungsgründe für eine spätere Verbeamtung auf Probe sowie auf Lebenszeit erkennbar.

Dienstfähigkeit

Die Dienstfähigkeitsbegutachtung der Beamten/innen ist in den Gesundheitsämtern ein großer Begutachtungsbereich und stellt viele Anfänger zunächst vor Schwierigkeiten.

Rechtsgrundlagen

Für die Bundesbeamten gilt die Feststellung der Dienstunfähigkeit das Bundesbeamtengesetz, § 44 Dienstunfähigkeit und § 45 begrenzte Dienstfähigkeit in Verbindung mit § 48, für die anderen Beamten das Beamtenstatusgesetz § 26 Dienstunfähigkeit und § 27 begrenzte Dienstfähigkeit in Verbindung mit den jeweiligen Landesbeamtengesetzen.

In vielen Bundesländern existieren zudem Verwaltungsvorschriften, die die Begutachtung, zum Teil auch nur für einzelne Beamtengruppen, konkretisieren.

Im Folgenden sind die entsprechenden Paragraphen des Bundesbeamtengesetzes und Beamtenstatusgesetzes untereinander aufgeführt, so dass man erkennen kann, dass diese inhaltlich nahe beieinander liegen.



§ 44 Dienstunfähigkeit:

(1) Die Beamtin auf Lebenszeit oder der Beamte auf Lebenszeit ist in den Ruhestand zu versetzen, wenn sie oder er wegen des körperlichen Zustandes oder aus

gesundheitlichen Gründen zur Erfüllung der Dienstpflichten dauernd unfähig (dienstunfähig) ist. Als dienstunfähig kann auch angesehen werden, wer infolge Erkrankung innerhalb von sechs Monaten mehr als drei Monate keinen Dienst getan hat, wenn keine Aussicht besteht, dass innerhalb weiterer sechs Monate die Dienstfähigkeit wieder voll hergestellt ist. In den Ruhestand wird nicht versetzt, wer anderweitig verwendbar ist.

(2) Eine anderweitige Verwendung ist möglich, wenn ein anderes Amt, auch einer anderen Laufbahn, übertragen werden kann. Die Übertragung eines anderen Amtes ohne Zustimmung ist zulässig, wenn das neue Amt zum Bereich desselben Dienstherrn gehört, es mit mindestens demselben Endgrundgehalt verbunden ist wie das bisherige Amt und zu erwarten ist, dass die Beamtin oder der Beamte den gesundheitlichen Anforderungen des neuen Amtes genügt.

(3) Zur Vermeidung der Versetzung in den Ruhestand kann einer Beamtin oder einem Beamten unter Beibehaltung des übertragenen Amtes ohne Zustimmung auch eine geringerwertige Tätigkeit übertragen werden, wenn eine anderweitige Verwendung nicht möglich und die Wahrnehmung der neuen Aufgabe unter Berücksichtigung der bisherigen Tätigkeit zumutbar ist.

(4) Zur Vermeidung einer Versetzung in den Ruhestand kann die Beamtin oder der Beamte nach dem Erwerb der Befähigung für eine neue Laufbahn auch ohne Zustimmung in ein Amt dieser Laufbahn mit geringerem Endgrundgehalt versetzt werden, wenn eine dem bisherigen Amt entsprechende Verwendung nicht möglich und die Wahrnehmung der neuen Aufgabe unter Berücksichtigung der bisherigen Tätigkeit zumutbar ist. Das neue Amt muss derselben Laufbahngruppe zugeordnet sein wie das derzeitige Amt. Für die Übertragung bedarf es keiner Ernennung.

(5) Die Beamtin oder der Beamte, die oder der nicht die Befähigung für eine andere Laufbahn besitzt, ist verpflichtet, an Qualifizierungsmaßnahmen für den Erwerb der neuen Befähigung teilzunehmen.

(6) Bestehen Zweifel über die Dienstunfähigkeit, besteht die Verpflichtung, sich nach Weisung der Behörde ärztlich untersuchen und, falls dies aus amtsärztlicher Sicht für erforderlich gehalten wird, auch beobachten zu lassen.

(7) Gesetzliche Vorschriften, die für einzelne Gruppen von Beamtinnen und Beamten andere Voraussetzungen für die Beurteilung der Dienstunfähigkeit bestimmen, bleiben unberührt.

§ 45 Begrenzte Dienstfähigkeit



(1) Von der Versetzung in den Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit ist abzusehen, wenn die Beamtin oder der Beamte unter Beibehaltung des übertragenen Amtes die Dienstpflichten noch während mindestens der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit erfüllen kann (begrenzte Dienstfähigkeit). Von der begrenzten Dienstfähigkeit soll abgesehen werden, wenn der Beamtin oder dem Beamten nach § 44 Abs. 2 oder 3 ein anderes Amt oder eine geringerwertige Tätigkeit übertragen werden kann.

(2) Die Arbeitszeit ist entsprechend der begrenzten Dienstfähigkeit zu verkürzen. Mit Zustimmung der Beamtin oder des Beamten ist auch eine Verwendung in einer nicht dem Amt entsprechenden Tätigkeit möglich.

(3) Die für die Ernennung zuständige Behörde entscheidet über die Feststellung der begrenzten Dienstfähigkeit. Für das Verfahren gelten die Vorschriften über die Dienstunfähigkeit entsprechend.

§ 48 Ärztliche Untersuchung



(1) In den Fällen der §§ 44 bis 47 kann die zuständige Behörde die ärztliche Untersuchung nur einer Amtsärztin oder einem Amtsarzt übertragen oder einer Ärztin oder einem Arzt, die oder der als Gutachterin oder Gutachter nach Satz 2 zugelassen ist. Die oberste Dienstbehörde bestimmt, welche Ärztin oder welcher Arzt mit der Fertigung von Gutachten beauftragt werden kann. Sie kann diese Befugnis auf nachgeordnete Behörden übertragen.

(2) Die Ärztin oder der Arzt teilt der Behörde auf Anforderung im Einzelfall die tragenden Gründe des Gutachtens mit, soweit deren Kenntnis für die Behörde unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit für die von ihr zu treffende Entscheidung erforderlich ist. Diese Mitteilung ist in einem gesonderten und versiegelten Umschlag zu übersenden und versiegelt zur Personalakte zu nehmen. Sie darf nur für die Entscheidung der in Absatz 1 genannten Fälle verwendet werden.

(3) Zu Beginn der Untersuchung ist die Beamtin oder der Beamte auf deren Zweck und die Mitteilungspflicht nach Absatz 2 hinzuweisen. Die Ärztin oder der Arzt übermittelt der Beamtin oder dem Beamten oder, soweit dem ärztliche Gründe entgegenstehen, einer oder einem Bevollmächtigten ein Doppel der Mitteilung nach Absatz 2.

§ 26 BeamStG Dienstunfähigkeit



(1) Beamtinnen auf Lebenszeit und Beamte auf Lebenszeit sind in den Ruhestand zu versetzen, wenn sie wegen ihres körperlichen Zustands oder aus gesundheitlichen Gründen zur Erfüllung ihrer Dienstpflichten dauernd unfähig (dienstunfähig) sind. Als dienstunfähig kann auch angesehen werden, wer infolge Erkrankung innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten mehr als drei Monate keinen

*Dienst getan hat und keine Aussicht besteht, dass **innerhalb einer Frist, die dem Landesrecht vorbehalten bleibt** die Dienstfähigkeit wieder voll hergestellt ist. Von der Versetzung in den Ruhestand soll abgesehen werden, wenn eine anderweitige Verwendung möglich ist.*

Fett gedruckt ist hier die Öffnung für landesgesetzliche Regelungen. Die Frist innerhalb von 6 Monaten ist allgemein üblich, die Fristen bei Polizei, Feuerwehr und (in manchen Bundesländern beim Strafvollzug) betragen 2 Jahre).

§ 26 (2,3) BeamStG



(2) Eine anderweitige Verwendung ist möglich, wenn der Beamtin oder dem Beamten ein anderes Amt derselben oder einer anderen Laufbahn übertragen werden kann. In den Fällen des Satzes 1 ist die Übertragung eines anderen Amtes ohne Zustimmung zulässig, wenn das neue Amt zum Bereich desselben Dienstherrn gehört, es mit mindestens demselben Grundgehalt verbunden ist wie das bisherige Amt und wenn zu erwarten ist, dass die gesundheitlichen Anforderungen des neuen Amtes erfüllt werden. Beamtinnen und Beamte, die nicht die Befähigung für die andere Laufbahn besitzen, haben an Qualifizierungsmaßnahmen für den Erwerb der neuen Befähigung teilzunehmen.

(3) Zur Vermeidung der Versetzung in den Ruhestand kann der Beamtin oder dem Beamten unter Beibehaltung des übertragenen Amtes ohne Zustimmung auch eine geringerwertige Tätigkeit im Bereich desselben Dienstherrn übertragen werden, wenn eine anderweitige Verwendung nicht möglich ist und die Wahrnehmung der neuen Aufgabe unter Berücksichtigung der bisherigen Tätigkeit zumutbar ist.

§ 27 Begrenzte Dienstfähigkeit

“ (1) Von der Versetzung in den Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit soll abgesehen werden, wenn die Beamtin oder der Beamte unter Beibehaltung des übertragenen Amtes die Dienstpflichten noch während mindestens der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit erfüllen kann (begrenzte Dienstfähigkeit).

(2) Die Arbeitszeit ist entsprechend der begrenzten Dienstfähigkeit herabzusetzen. Mit Zustimmung der Beamtin oder des Beamten ist auch eine Verwendung in einer nicht dem Amt entsprechenden Tätigkeit möglich.

Der Begriff der "dauernden Dienstunfähigkeit" ist zu unterscheiden von der sogenannte aktuellen Dienstfähigkeit bei Beamten/innen, die der Arbeitsfähigkeit der Arbeitnehmer/innen entspricht.

Das Fernbleiben vom Dienst bei Erkrankung, die „aktuelle Dienstunfähigkeit“, ist in einigen Bundesländern gesetzlich geregelt, z.B. durch den § 55 (2) LBG in MV oder den § 67 HmbBG in Hamburg.

Zudem gibt es in einigen Bundesländern für Beamte/innen sogenannte Diensterleichterungen, wie z.B. die stufenweise Wiedereingliederung oder die Maßnahmen zur Vermeidung der dauernden Dienstunfähigkeit.

Im Folgenden wird aber die Begutachtung zur Frage nach der sogenannten **dauernden Dienstunfähigkeit** behandelt.

Anders als bei einer standardisierten Einstellungsuntersuchung orientiert sich der Untersuchungsumfang bei der Dienstfähigkeitsbegutachtung an der Fragestellung und dem Ausmaß der krankheitsbedingten dienstlichen Beeinträchtigungen.

Der übliche Untersuchungsumfang einer Untersuchungsstelle ist beispielhaft aufgeführt und umfasst:

- *Befragung zur medizinischen Vorgeschichte (inklusive psychischer Vorerkrankungen)*
- *Befragung zur lebensgeschichtlichen Entwicklung*
- *Befragung zu den aktuellen beruflichen/sozialen Verhältnissen*
- *Befragung zur aktuellen Befindlichkeit und Behandlung*
- *Erhebung des aktuellen psychischen Befundes*
- *Ganzkörperuntersuchung (orientierende oder grobe Untersuchung des gesamten Körpers beziehungsweise dessen Organsysteme)*
- *Auswertung vorgelegter Vorbefunde*
- *Gegebenenfalls nach Absprache eine Blutuntersuchung, soweit erforderlich auch zur Bestimmung von Alkohol und weiteren Suchtmitteln*
- *Gegebenenfalls Anordnung einer fachärztlichen Zusatzuntersuchung (nach Abstimmung und erneuter Weisung durch Dienstvorgesetzten)*

Die Befragung und Untersuchung dient dem Zweck, die für die Frage der Feststellung der Dienstunfähigkeit erforderliche Aussagen zu treffen. In der Regel werden dazu folgende Fragen beantwortet:

- *Welche krankheitsbedingten Leistungseinschränkungen liegen vor? Wie ist die bisherige Entwicklung und wie das Ausmaß der Gesundheitsstörung zu beurteilen?*
- *Welche Maßnahmen wurden bisher zur Verbesserung oder Wiederherstellung der Gesundheit durchgeführt und mit welchem Erfolg??*
- *Sind zur Erhaltung, Verbesserung oder Wiederherstellung der Gesundheit weitere Behandlungsmaßnahmen oder rehabilitative berufliche Maßnahmen erfolgversprechend? Wenn ja, welche?*
- *Bestehen aus ärztlicher Sicht wegen des körperlichen Zustandes oder aus gesundheitlichen Gründen Leistungseinschränkungen bei der Aufgabenwahrnehmung im derzeitigen Aufgabenbereich*
- *oder im übertragenen konkreten Amt oder im Statusamt? Wenn ja, welche konkreten Tätigkeiten können nicht mehr ausgeübt werden?*

- *Liegt die gesundheitliche Eignung für eine anderweitige Verwendung (§ 26 Abs. 2 und 3 BeamtStG) vor? Wenn ja, für welche?*
- *Liegen eventuell die Voraussetzungen der begrenzten Dienstfähigkeit im Sinne des § 27 BeamtStG vor? Wenn ja, in welchem Umfang?*
- *Ist mit der Wiederherstellung der vollen Dienstfähigkeit zu rechnen? Wenn ja, in welchem Zeitraum?*
- *Wird für den Fall der Versetzung in den Ruhestand eine Nachuntersuchung für zweckmäßig gehalten? Wenn ja, in welchem Zeitabstand?*

Es sei an dieser Stelle betont, dass die Feststellung der Dienstunfähigkeit nicht Sache des/der Gutachters/in sondern des Dienstvorgesetzten ist. Er bedient sich dazu eines ärztlichen Gutachtens, das dementsprechend die medizinischen Grundlagen für die zu treffende Entscheidung bieten sollte.

Der/die Gutachter/in hat zu prüfen, ob eine Störung mit Krankheitswert vorliegt, die Grundlage für die Leistungseinschränkungen und Fehlzeiten ist, die zum Gutachtauftrag geführt haben.

Insbesondere hat der/die Gutachter/in die funktionellen Auswirkungen der Krankheit genau zu beschreiben, so dass der/die Dienstvorgesetzte die Entscheidung über die Feststellung der Dienstfähigkeit, bzw. Dienstunfähigkeit treffen kann.

Das ärztliche Gutachten soll der über die Versetzung in den Ruhestand entscheidenden Stelle eine umfassende Entscheidungsgrundlage für die Feststellung der Dienstunfähigkeit und die Versetzung in den Ruhestand geben. Es hat daher nicht nur Äußerungen zum aktuellen Gesundheitszustand zu enthalten, sondern es ist auch zu prüfen und darzulegen, ob eine Versetzung in den Ruhestand durch eventuelle weitere fachärztliche Behandlungen oder Rehabilitationsmaßnahmen vermieden werden kann. Zur Frage der gesundheitlichen Eignung für eine mögliche anderweitige

Verwendung (§ 26 Absatz 2 BeamtStG) oder zur begrenzten Dienstfähigkeit (§ 27 BeamtStG) ist – wenn die anfordernde Dienststelle keine konkreten Angaben gemacht hat – allgemein Stellung zu nehmen.

In einigen Bundesländern und dem Bund sind Vordrucke für die Anamnese, Untersuchung und Erstellung des Gutachtens erarbeitet worden.

Beihilfe

Die sogenannte “Beihilfe” ist Teil des Alimentationsprinzips von Beamtinnen und Beamten. Sie soll neben einer Eigenbeteiligung, die meist über eine Private Krankenversicherung abgesichert wird, bei möglichen gesundheitlichen Problemen finanzielle Belastungen absichern. Im typischen Verfahren haben beihilfeberechtigte Beamtinnen und Beamte zunächst die Kosten einer ambulanten oder stationären medizinischen Behandlung selbst zu begleichen und reichen die Rechnungen anschließend zur anteiligen Erstattung bei der Beihilfestelle ein. Diese kann bei Unklarheiten eine fachliche Stellungnahme einholen, meist beim örtlich zuständigen Gesundheitsamt.



Alimentationsprinzip: *Der Dienstherr verpflichtet sich gegenüber den Beamt/innen und deren Familien diese lebenslang angemessen zu alimentieren und nach Dienstrang, der mit dem Amt verbundenen Verantwortung und nach Maßgabe der Bedeutung des Berufsbeamtentums für die Allgemeinheit entsprechend der Entwicklung der wirtschaftlichen Verhältnisse und des allgemeinen Lebensstandards einen angemessenen Unterhalt zu gewähren.*

Eine häufige Fragestellung ist, ob eine bestimmte Gebührensiffer, ein angesetzter Steigerungsfaktor oder eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahme “beihilfefähig” sei, und versucht so zum Teil

in unzulässiger Form eine Vorwegentscheidung zu erzwingen. Tatsächlich gibt es keine anwendbare Definition der Beihilfefähigkeit.

Es finden sich in den diversen Beihilfevorschriften der Bundesländer teilweise leicht variierend wiederum unbestimmte Kriterien wie "Angemessenheit" und "Wirtschaftlichkeit" der entstandenen, bzw. geltend gemachten Aufwendungen. Auch diese unbestimmten Begriffe bieten der begutachtenden Person keinen verlässlichen Orientierungsmaßstab.

Vor diesem Hintergrund sollte sich die Vorgehensweise der Begutachtung strikt nach der Fragestellung richten. Dies kann jedoch durchaus die tatsächlichen Beurteilungsmöglichkeiten einer/s amtsärztlichen Gutachters/in überfordern.

„Kurgutachten“

Fragestellungen bei den sogenannten "Kurgutachten" entsprechen inhaltlich häufig etwa der Überprüfung des Rehabilitationsbedarfs in den sozialmedizinischen Verfahren der Renten- bzw. Krankenversicherung. Dabei ist in der Regel zu prüfen, ob die aktuelle gesundheitliche Situation des Patienten eine zeitnahe ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme angezeigt erscheinen lässt.

Neben einer zielgerichteten Anamnese und ggf. ergänzenden (symptombezogenen) klinischen Untersuchung gilt es insbesondere zu hinterfragen, ob - einer abgestuften Indikation entsprechend - bisherige therapeutische Maßnahmen vor Ort ausgeschöpft wurden, bzw. sich als unzureichend erwiesen haben. Da ein übliches primär vorgelegtes Attest meist nur gering aussagefähig ist, kann sich die Anforderung eines erweiterten Attests für Rehabilitationsmaßnahmen mit detaillierteren Angaben empfehlen.

In der Regel gilt es zugleich abzuwägen ob eine ambulante Kurmaßnahme hinreichend oder eine stationäre Rehabilitation erforderlich ist.

Dabei ist eine stationäre Maßnahme dann indiziert, wenn ergänzende diagnostische Maßnahmen, pflegerischer Bedarf oder sonstige Erfordernisse eine Unterbringung in einer krankenhaushähnlichen Umgebung erfordern. Dieses ist insbesondere dann der Fall, wenn jederzeit eine ärztliche und pflegerische Betreuung zur Verfügung stehen sollte, bzw. der Patient anders als "in einem Haus" mit entsprechend kurzen geschützten Wegen und spezieller, z.B. diätetischer Versorgung die gebotenen therapeutischen Maßnahmen nicht in Anspruch nehmen könnte.

Ein weiterer Aspekt kann sein, dass im Rahmen einer intensivierten Rehabilitation eine abschließende detaillierte Beurteilung des Rehabilitationserfolgs und der weiteren beruflichen Perspektive aus entsprechend aussagefähigem Bericht über Rehabilitationsmaßnahmen eingefordert werden kann. Dieses ist beispielsweise dann der Fall, wenn in Analogie zum Prinzip "Reha vor Rente" die Frage einer Dienstunfähigkeit erörtert werden muss. Anders als bei Tarifbeschäftigten spielt zwar - unter isolierter Betrachtung des lebenslangen Alimentationsprinzips - das Ziel der Erhaltung der Dienstfähigkeit bei noch aktiven Antragstellern formal keine Rolle, kann aber im Einzelfall in den amtsärztlichen Abwägungsprozess eines Dienstunfall-Verfahrens einbezogen werden.

Ein Sonderproblem stellen die ggfs. unterschiedlichen Regelungen zu Mindestabständen von Rehabilitationsmaßnahmen dar, von denen nur ausnahmsweise abgewichen werden darf. In der Regel gilt dies für möglicherweise neu aufgetretene, daher gesondert rehabilitationsbedürftige gesundheitliche Beeinträchtigungen oder aber für gravierende Verschlechterungstendenzen einer chronischen Erkrankung, bei der ohne zeitnahe und damit intensivierete Wiederholungsmaßnahmen wesentliche nachteilige Folgen zu erwarten wären.

Ein Konfliktfeld liegt darin, dass auch bei Fehlen der vorgenannten Ausnahmekriterien vielen chronisch Kranken eine regelmäßige Wiederholung von geeigneten Anwendungen etc. im Rahmen einer

Rehabilitation durchaus Linderung ihrer Beschwerden bringen kann. Insoweit fehlt vielfach das Verständnis für die Verweigerung durch den begutachtenden Amtsarzt. In diesem Zusammenhang kann darauf verwiesen werden, dass diese Regelung allein auf finanziellen Vorgaben des Beihilferechts beruht, aber medizinisch nicht begründet ist.

Rechnungsprüfungen

Prinzipiell ist es notwendig Rechnungen auf ihre Korrektheit zu prüfen. Die Überprüfung von Arztrechnungen bewegt sich dabei auf einer distanziert-abstrakten Ebene. Zur kritischen Bewertung gestellt werden dabei beispielsweise

- die Begründung einzelner Gebührensatzungen, bzw. deren zulässige Kombination oder Analogansatz
- die Begründung eines angesetzten erhöhten Steigerungssatzes
- selten auch in einer Analogieprüfung einer ausländischen Liquidation.

Vielfach fehlen allerdings an den Gesundheitsämtern die notwendigen Detailkenntnisse des ärztlichen Gebührenrechts, insbesondere im Hinblick auf die in den letzten Jahrzehnten entstandenen Diskrepanzen zwischen vormaligen Gebührenpositionen und tatsächlichen diagnostischen und therapeutischen Prozeduren.

In schwierigen Fällen kann es daher sinnvoll sein, zur Klärung von weniger konkret medizinischen, als vielmehr gebührenrechtlichen Fragestellungen an die einschlägig kompetenten Stellen der jeweiligen Ärztekammern zu verweisen.

"Neue Behandlungsmethoden"

Eine besondere Problematik amtsärztlicher Gutachten liegt zunehmend in der Beurteilung der Zulässigkeit bzw. der

sachgerechten Abrechnung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Hierbei handelt es sich in der Regel um sog. „wissenschaftlich (noch) nicht anerkannten Verfahren ...“. Nach ggf. variierenden landesrechtlichen Regelungen können neue Verfahren als beihilfefähig anerkannt, werden, wenn sie zumindest auf einer wissenschaftlichen Grundlage beruhen, bei dem betroffene Patienten quasi alternativlos sind - d.h. andere, wissenschaftlich anerkannte Maßnahmen erfolglos ausgeschöpft sind.

Daraus ergeben sich folgende typische Fragestellungen für amtsärztliche Gutachten:

- Um was für eine Maßnahme/Methode aus welchem Fachbereich geht es?
- Inwieweit unterscheidet sich die neue Maßnahme/Methode vergleichend von bekannten, etablierten Maßnahme/Methode?
- Gibt es einen einigermaßen nachvollziehbaren wissenschaftlichen Hintergrund (Evidenzbasierung) für eine – möglicherweise erhöhte – Zweckdienlichkeit gerade dieser Maßnahme?

Diese eher methodenbezogenen Teilfragen erfordern im Grunde eine maßgebliche Expertise mit einigermaßen tagesaktueller fachwissenschaftlicher Verwurzelung, die zur Klärung der assoziierten Frage notwendig ist:

- Was für eine Art von Erkrankung liegt bei der erkrankten Person vor?
- Welche Maßnahmen sind bei bei der erkrankten Person auf dieser Basis allgemein üblich, bzw. medizinisch indiziert, eventuell auch schon erfolgt, bzw. wären alternativ möglich?
- Sind anderweitige Alternativen erfolglos ausgeschöpft, sodass - zumindest bei schwersten bedrohlichen Erkrankungen - ein Rückgriff auf nicht etablierte Methoden als Notbehelf zu erwägen

wäre? (s. Nikolaus-Urteil des Bundesverfassungsgericht vom 06.12.2005, Az.: 1 BvR 347/98)

Diese unmittelbar patientenbezogenen, individuellen Aspekte erfordern (eigentlich) ebenfalls eine ausgeprägte fachärztliche klinische Expertise, insoweit mit zeitnah aktuellem Erfahrungsprofil aus der klinisch Praxis.

Hier stellt sich die Frage, ob ein amtsärztlicher Gutachtendienst überhaupt die notwendige Fachkompetenz hat, bzw. vorhalten kann, derart spezielle Fragen im Streitfall auch gerichtsfest beantworten zu können.

Alternativ kommt im Sinne der Vorprüfung eine Orientierung am Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht. Bei dort weitgehend sinnidentischem Maßstab (Wirtschaftlichkeitsgebot des § 2 Abs 1 Satz 3 / § 12 SGB V: „ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich, nicht über das Maß des Notwendigen“) lässt der zuständige Gemeinsame Bundesausschuß (..) diagnostische und therapeutische Methoden wissenschaftlich überprüfen und bewerten - allerdings durch hochkarätige Expertengremien und Studien.

Insoweit kann ein dortiges positives Votum, ebenso wie ein negatives, zugleich als beihilferechtlich analog herangezogen werden.

Eine weitere mögliche Orientierung, bzw. Verweisung kann an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) gerichtet werden, der bei auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen ähnlichen Problemstellungen immerhin über zentrale Expertise und Austauschmodalitäten verfügt.

Im Einzelfall bleibt abzuwägen, sich mit den verfügbaren Zeit- und Personalressourcen des Gutachtendienstes aufwändig in eine klinische Spezialthematik einzuarbeiten und auch fachliche Auseinandersetzungen mit dem kurativmedizinischen Bereich nicht zu scheuen.

Oder aber: den Begutachtungsauftrag im Sinne der sogenannten Übernahmeverantwortung als fachlich nicht hinreichend verfahrenssicher zurückzugeben.

**Gutachtenbereich:
Dienstunfall und
Unfallheilverfahren &
Beamtenversorgungsrecht**

Dienstunfälle

Im allgemeinen werden unter Dienstunfällen Ereignisse verstanden, die während des Dienstes zu Körperschäden führen. Sie werden durch Rechtsgrundlagen spezifiziert.

Rechtsgrundlagen

Die Versorgung von Beamten/innen regelt das Beamtenversorgungsgesetz (BeamtVG). Zu Dienstunfällen führt § 30 BeamtVG allgemein aus:

“ (1) Wird ein Beamter durch einen Dienstunfall verletzt, so wird ihm und seinen Hinterbliebenen Unfallfürsorge gewährt. Unfallfürsorge wird auch dem Kind einer Beamtin gewährt, das durch deren Dienstunfall während der Schwangerschaft unmittelbar geschädigt wurde. Satz 2 gilt auch, wenn die Schädigung durch besondere Einwirkungen verursacht worden ist, die generell geeignet sind, bei der Mutter einen Dienstunfall im Sinne des § 31 Abs. 3 zu verursachen.

Was ein Dienstunfall ist und wie die Unfallfürsorge geregelt ist, führt § 31 BeamtVG aus als:

“ „Ein Dienstunfall ist ein auf äußerer Einwirkung beruhendes, plötzliches, örtlich und zeitlich bestimmtes, einen Körperschaden verursachendes Ereignis, das in Ausübung oder infolge des Dienstes eingetreten ist.“

Dabei gehörten zum Dienst auch:

1. Dienstreisen und die dienstliche Tätigkeit am Bestimmungsort,
2. die Teilnahme an dienstlichen Veranstaltungen und
3. Nebentätigkeiten im öffentlichen Dienst oder in dem ihm gleichstehenden Dienst, zu deren Übernahme der Beamte gemäß § 98 des Bundesbeamtengesetzes verpflichtet ist, oder

Nebentätigkeiten, deren Wahrnehmung von ihm im Zusammenhang mit den Dienstgeschäften erwartet wird, sofern der Beamte hierbei nicht in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert ist (§ 2 SGB VII).

Die Unfallfürsorge **aufgrund eines Dienstunfalls** umfasst dabei folgenden **Leistungen**

1. Erstattung von Sachschäden und besonderen Aufwendungen (§ 32),
2. Heilverfahren (§§ 33, 34),
3. Unfallausgleich (§ 35),
4. Unfallruhegehalt oder Unterhaltsbeitrag (§§ 36 bis 38),
5. Unfall-Hinterbliebenenversorgung (§§ 39 bis 42),
6. einmalige Unfallentschädigung (§ 43),
7. Schadensausgleich in besonderen Fällen (§ 43a),
8. Einsatzversorgung im Sinne des (§ 31a).

Im Fall von Absatz 1 Satz 2 und 3 erhält das Kind der Beamtin Leistungen nach den Nummern 2 und 3 sowie nach § 38a.

Diese Rechtsgrundlagen finden sich sowohl im Gesetz über die Versorgung der Beamten und Richter des Bundes (**BeamtVG**) für Bundesbeamte sowie in den entsprechenden Landesbeamtenversorgungsgesetze.

Ähnliche Regelungen für die Dienstunfallfürsorge findet sich in den Landesbeamtenversorgungsgesetzen (LBeamtVG), z.B. für die Länder Thüringen ab §25, Nordrhein-Westfalen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Saarland: ab §30, Sachsen ab §32, Niedersachsen, Hamburg, Schleswig-Holstein ab §33, Hessen ab §35, Brandenburg, Baden-Württemberg ab §44, und Bayern ab Art. 45.

Unfallausgleich

Erleidet ein/e Beamter/in einen Dienstunfall, erhält er/sie neben den Leistungen nach § 30 ff BeamtVG auch einen Unfallausgleich nach (1) § 35 Unfallausgleich BeamtVG:

“ (1) *Ist der Verletzte infolge des Dienstunfalles in seiner Erwerbsfähigkeit länger als sechs Monate wesentlich beschränkt, so erhält er, solange dieser Zustand andauert, neben den Dienstbezügen, den Anwärterbezügen oder dem Ruhegehalt einen Unfallausgleich.*

Dieser wird in Höhe der Grundrente nach § 30 Absatz 1 und § 31 Abs. 1 bis 3 des **Bundesversorgungsgesetzes [BVG]** gewährt.

Der/die Beamte/in erhält Unfallausgleich ab einer Minderung der Erwerbstätigkeit von mindestens 25 Prozent, wenn die Unfallfolgen über sechs Monate nach dem Unfall andauern. Dabei sind Gesundheitsstörungen, die weniger als sechs Monate andauern, nicht zu berücksichtigen.

Die Höhe des ggf. zu leistenden Unfallausgleichs richtet sich für Landes- und Bundesbeamte nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz, BVG) einschließlich der **Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV)**.

Gegenstand der Begutachtung bei Dienstunfällen

Zur Feststellung der gesundheitlichen Folgen eines Unfalls ist ein mehrschrittiges Vorgehen der Begutachtung notwendig. Ein Unfall besteht aus einem zeitlich begrenzten, von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis, das zu einem körperlichen oder seelischen Gesundheitsschaden oder Tod führt.

Ohne einen solchen Gesundheitsschaden kann nicht von einem Dienstunfall gesprochen werden.

Somit wird benötigt:

1. eine geschädigte Person, z.B. eine Beamtin
2. ein schädigendes Ereignis
3. einen Erstschaden, der dann ggf. einen Folgeschaden bedingen kann.

Alle Glieder dieser Kausalkette müssen nachgewiesen werden.

Das erste Glied der Beweiskette, das dienstbezogene Unfallereignis, hat die Verwaltungsbehörde aufgrund einer Unfallanzeige im Rahmen ihrer Ermittlungen festzustellen. Diese Feststellung dient den Probanden als Anknüpfungstatsache.

Die Aufgabe des/der Gutachters/in besteht in der Beurteilung der aus dem Unfallereignis resultierenden Gesundheitsschäden. Hierbei ist der Erstschaden von gesundheitlichen Folgeschäden zu unterscheiden. Der Gesundheits-Erstschaden muss ursächlich der geschützten Tätigkeit zuzurechnen sein - im Sinne der haftungsbegründenden Kausalität. Es handelt sich um eine zeitnah zum Unfallereignis aufgetretene Reaktion, die mit dem Maßstab des Vollbeweises nachzuweisen ist.

Vom Gesundheits-Erstschaden sind mögliche Folgeschäden abzugrenzen. Hier handelt es sich um länger andauernde Schäden, die sich aus dem Erstschaden entwickeln. Sind diese wesentlich auf das Unfallgeschehen zurückzuführen, spricht man von haftungsausfüllender Kausalität. Diese Folgeschäden gehören nicht mehr zum Tatbestand des Dienstunfalls selbst, können aber bei entsprechend schweren funktionellen Auswirkungen zu einer Entschädigung führen.

Die geltend gemachten Unfallfolgen müssen aus einem nachgewiesenen Erstschaden resultieren.

Beweismaßstäbe

Wie sicher ein entsprechendes Unfallereignis und resultierende Gesundheitsstörungen aufgetreten sind, wird nach unterschiedlichen Beweismaßstäben beurteilt. Dabei ist bereits der Beweis an sich

komplizierter, denn dabei müssen immer auch Erörterungen in Betracht gezogen werden, ab wann eine streitige Behauptung als bewiesen erachtet werden darf und welche Rolle hierbei Wahrscheinlichkeiten spielen.

Für die Erstellung eines Gutachtens heißt dieses, dass vermeintlich festgestellte Tatsachen mit Gewissheit nachgewiesen werden müssen, so dass keinerlei Zweifel bleiben. Die Grundlagen hierfür bilden häufig Dokumente aus Behandlungs- und Befundberichten, eigene Untersuchungen oder wissenschaftliche Meinungen.

Unter einem Vollbeweis wird eine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit verstanden, vom Bundesgerichtshof (BGH) definiert



„als persönliche Gewissheit, welchen den Zweifeln Schweigen gebietet, ohne diese völlig auszuschließen.“

(BGH, Urteil vom 16. April 2013 – VI ZR 44/12)

Demgegenüber liegt eine „überwiegende oder hinreichende Wahrscheinlichkeit“ vor, wenn keine ernsten Zweifel an der Annahme einer Tatsache bestehen.

Dies ist das Ergebnis einer Abwägung zwischen „wesentlichen“ und „unwesentlichen“ Bedingungen („Theorie der wesentlichen Bedingung“).

Im Rahmen des Beamtenrechts als Teil des Öffentlichen Rechts müssen vergleichbar mit dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) alle Glieder der Kette im Vollbeweis vorliegen, also auch das Unfallereignis, der Erst- und der Folgeschaden.

Im Zivilrecht reicht es bei der Feststellung des Folgeschadens, dass dieser mit hinreichender Wahrscheinlichkeit vorliegt.

Bei der Kausalitätsprüfung im Rahmen der Zusammenhangsfrage reicht für das Sozialrecht die überwiegende Wahrscheinlichkeit im Sinne der **wesentlichen Bedingung**, d.h. die verschiedenen

Bedingungen sind abzugrenzen und im Einzelnen in ihrer Gewichtung zu würdigen.

Das Zivilrecht und die Dienstunfallfürsorge verlangen dagegen bei der Kausalitätsprüfung des Erstschadens den Vollbeweis.

Erstschaden

Die Beurteilung, ob und in welcher Ausprägung ein körperlicher Erstschaden vorgelegen hat, gründet sich im Wesentlichen auf die zur Verfügung stehenden ärztlichen Befundberichte vom Unfalltag wie Notarztprotokoll, Durchgangsarztbericht oder Aufnahmebefund des Krankenhauses.

Problematischer stellt sich der Nachweis eines Erstschadens dar, wenn psychische Folgestörungen geltend gemacht werden.

Selten dokumentiert ein/e Notarzt/ärztin, wenn diese/r mit der Sicherung der Vitalfunktionen und Notfallversorgung befasst ist, psychische Auffälligkeiten des Unfallopfers. Im günstigen Fall hat die Durchgangsärztin oder der Durchgangsarzt psychopathologische Symptome festgehalten oder auf die Notwendigkeit einer psychologischen Nachbetreuung hingewiesen. Mitunter finden sich in polizeilichen Zeugenvernehmungs-Protokollen Bemerkungen über die psychische Situation oder Verhaltensauffälligkeiten der beteiligten Person.

In jedem Fall hat der/die Gutachter/in eine sorgfältige Exploration vorzunehmen, um einen Eindruck über gezieltes oder dysfunktionales Verhalten zu gewinnen oder Hinweise auf eine Amnesie bezüglich des Unfallereignis zu erhalten. Hierbei prüft der/die Gutachter/in im Rahmen ihrer Befunderhebung gleichzeitig auf Hinweise für den Erlebnisgehalt der Aussage des/der Probanden/in, wie beispielsweise das Auftreten Zeichen besonderer emotionaler und/oder vegetativer Erregung während der Schilderungen.

Wenn kein Erstschaden nachweisbar ist, erübrigt sich die Prüfung, ob eine später erkennbare psychische Symptomatik eine Unfallfolge darstellt.

Es wäre ein grober gutachterlicher Fehler, im Sinne des „post hoc ergo propter hoc“ (lat., „danach, also deswegen“) von einer später bestehenden Psychopathologie auf einen unfallbedingten psychischen Primärschaden zu schließen.

Folgeschäden

Die Prüfung des Vorliegens eines Unfallfolgeschadens erfolgt durch die sorgfältige ärztliche Untersuchung auf körperlichem, bzw. bei geltend gemachten psychischen Unfallfolgen auf psychiatrischem Fachgebiet.

Gegebenenfalls sind Zusatzuntersuchungen wie bildgebende Verfahren oder neuropsychologische Untersuchungen zu veranlassen.

Darüber hinaus sind, wie bei jeder Begutachtung, die einschlägigen ärztlichen Befundberichte aus stationären und ambulanten Behandlungen hinzuzuziehen und im Gutachten zu würdigen.

Beurteilung des Kausalzusammenhangs

Körperliche und psychische Gesundheitsschäden sind in den meisten Fällen multifaktoriell bedingt. Dem/der Gutachter/in obliegt die Aufgabe, die verschiedenen Faktoren, die zur Ausbildung der Gesundheitsstörung beitragen, herauszuarbeiten. Hierzu zählen Vorerkrankungen im Sinne schädigungsunabhängiger Vorschäden sowie Nachschäden als unabhängig vom Unfallereignis aufgetretene Erkrankungen.

Schädigungsfremde Faktoren oder nur mittelbar mit dem Ereignis verbundene Einflüsse können insbesondere eine psychische Symptomatik aufrechterhalten und zur Chronifizierung beitragen,

stellen jedoch keine wesentliche Bedingungen für die Gesundheitsstörung mehr dar.

Zur Ausprägung der Symptomatik tragen in vielen Fällen auch Kompensationswünsche des/der Probanden/in bei, so zum Beispiel finanzielle Versorgungsbegehren oder, im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns, weitere Vorteile wie Schonung und Unterstützung.

Funktionelle Auswirkungen

Hat der/die Gutachter/in einen Unfallfolgeschaden festgestellt, sind dessen Schweregrad und die konkreten funktionellen Auswirkungen der Gesundheitsstörung zu beurteilen.

Die Selbsteinschätzung des/der Probanden/in über ihre Leistungsfähigkeit in ihrem privaten und beruflichen Alltag ist selbstverständlich von dem/der Gutachter/in zu überprüfen. Hierzu können fremdanamnestiche Einschätzungen herangezogen werden, vor allem muss sich der/die Gutachter/in, soweit möglich, ein persönliches Bild von der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des/der Probanden/in machen. Hierzu eignen sich insbesondere Beobachtungen des/der Gutachters/in in nicht als Teil der Untersuchung ersichtlichen Situationen, das Ankleiden nach der körperlichen Untersuchung oder die Reaktion auf unerwartete Störungen während der Begutachtung, wie etwa Telefonate.

Zur Operationalisierung der Funktionsstörungen hat sich die Verwendung der Klassifikationskriterien der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health, **ICF**) bewährt. Der wesentliche Nutzen der ICF besteht in der zugrunde liegenden bio-psycho-sozialen Betrachtungsweise der Komponenten der "Funktionsfähigkeit", deren Beeinträchtigungen im Sinne von Krankheitsauswirkungen und in der Einführung von "Kontextfaktoren".

Für seelische Gesundheitsstörungen wurde die umfangreiche ICF in Form des „Mini-ICF für psychische Störungen“ praktikabel zusammengefasst (Linden and Baron 2005; 2005). (Vgl hierzu “Anmerkungen zur Begutachtung psychischer Störungen”)

Minderung der Erwerbsfähigkeit

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) ist ein Begriff aus der gesetzlichen Unfallversicherung. Die MdE bezieht sich auf die körperliche Beeinträchtigung im allgemeinen Erwerbsleben.

Im Beamtenrecht bezieht sich die Bemessung der Erwerbsminderung (je nach Bundesland) nach den „Erfahrungswerten der gesetzlichen Unfallversicherung“ und wird dann als MdE bezeichnet oder, wie z.B. in Hamburg, nach den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“ des sozialen Entschädigungsrechts und wird entsprechend als Grad der Schädigung (GdS) bezeichnet. Aber auch in den Bundesländern, die im Beamtenversorgungsgesetz noch MdE stehen haben, wird häufig anhand der Versorgungsmedizinverordnung begutachtet. Auch der Unfallausgleich erfolgt in diesen Ländern nach Bundesversorgungsgesetz und nicht nach Grundsätzen der Unfallversicherung.

Anspruch auf Unfallausgleich besteht ab einer MdE/eines GdS von über 25 Prozent.

Die **konkrete Bemessung** erfolgt durch den rechtlichen Entscheider auf Grundlage einer Schätzung. Diese stützt sich auf die fachspezifischen Grundlagen des medizinischen Sachverständigen, der allenfalls *Vorschläge* zu MdE- bzw. GdS-Einschätzung machen kann.

Einheitliche, allgemein verbindliche MdE-Tabellen gibt es nicht.

Maßstab für die Bemessung der MdE / des GdS aus medizinischer Sicht sind Erfahrungswerte, die sich aus der maßgeblichen Literatur ergeben. Zu dieser maßgeblichen Literatur gehören die *Vorschläge* zur MdE -Einschätzung von interdisziplinären Arbeitsgruppen

(Foerster et al. 2007) oder die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ des sozialen Entschädigungsrechts (Schöneberger, Schöneberger, and Valentin 2016). .

Beispiel für psychische Schädigungsfolgen (Foerster et al. 2007):

Erkrankung	Minderung der Erwerbsfähigkeit
Leichtere psychovegetative oder psychische Störungen:	0-20
Stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen	30-40
Schwere Störung (z.B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsstörungen mit schweren sozialen Anpassungsstörungen	50-70 80-100

Unfallheilverfahren bei gesetzlichen Unfallversicherten

Im Falle eines Arbeitsunfalls bei Tarifbeschäftigten ist die **gesetzliche Unfallversicherung** Träger der sogenannten Unfallheilbehandlung. Diese sieht ein definiertes Unfallheilverfahren vor. Zuständig hierfür sind die zuständigen Unfallversicherungsträger, z.B. Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, die eine möglichst frühzeitig einsetzende und sachgemäße Heilbehandlung zu veranlassen haben. Die Indikation hierfür stellt die/der Durchgangsärztin/arzt (sogenannte D-Arzt). Die D-Ärzte sind Ärztinnen und Ärzte, die als solche von den Landesverbänden der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung zugelassen sind und besondere Anforderungen erfüllen. D-Ärzte beurteilen und entscheiden unter Berücksichtigung von Art und Schwere der Verletzung, ob eine allgemeine oder besondere

Heilbehandlung erforderlich ist. Sie leiten die Unfallmeldung und den D-Arztbericht umgehend an den zuständigen Unfallversicherungsträger weiter. Über unerwartete Heilkomplikationen, fehlende Heilfortschritte, wesentliche Änderungen der Diagnose usw. informieren sie umgehend weiter. Hierdurch erhält der Unfallversicherungsträger fortlaufend einen differenzierten Einblick in den Stand der Behandlung und den Fortschritt der Rehabilitation; er kann jederzeit zum Zweck der Minimierung von (ggf. später zu entschädigenden) Unfallfolgen „steuernd“ eingreifen.

Die an der Heilbehandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzte sind zur Übermittlung der Behandlungsdaten verpflichtet. Ein Einverständnis des Versicherten ist nicht erforderlich, er ist jedoch über den Zweck der Übermittlung zu unterrichten.

Die **Dienstunfallfürsorge** des Beamtenrechts kennt kein entsprechendes, geordnetes Unfallheilverfahren. Es ist der/dem Beamten/in freigestellt, an wen sie/er sich für die Erstversorgung und für die weitere Behandlung wendet. Eine Verpflichtung der/des behandelnden Ärztin/Arztes zur umgehenden Unfallmeldung oder zur Erstattung eines Unfallberichtes an den Träger der Unfallfürsorge, bzw. den zuständigen Dienstherrn, ist nicht vorgesehen. Die/der Beamte /in trägt vielmehr selbst die Verantwortung, dem Dienstherrn, bzw. Gutachter/in alle für das Beweissicherungsverfahren relevanten medizinischen Unterlagen zukommen zu lassen.

Spezielle Gutachten

Befähigung zum Führen von Waffen

Der Waffenbesitz und das Führen einer Waffe sind aufgrund gesetzlicher Grundlagen an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. Grundsätzlich werden zwei Bereichen unterschieden:

1. der Waffenbesitz
2. die Berechtigung, eine Waffe auch außerhalb der eigenen vier Wände mit sich zu führen.

Dabei definiert das Waffengesetz (WaffG) *“Führen”* als Ausüben der tatsächlichen Gewalt über Waffen außerhalb des umfriedeten Besitzes. Zum Führen müssen Jäger einen Jagdschein machen, andere Personen benötigen einen Waffenschein.

Personen die einen Waffenschein beantragen müssen besondere Voraussetzungen erfüllen, wie die erforderliche Zuverlässigkeit und persönliche Eignung nach §§ 5 und 6 WaffG in Verbindung mit §4 Allgemeinen Waffengesetz-Verordnung (AwoffV).

Wenn begründete Zweifel daran bestehen kann die zuständige Behörde die Vorlage eines amts- oder fachärztlichen oder fachpsychologischen Gutachtens anordnen.

Das Führen einer Waffe ist genehmigungsfrei, wenn die Waffe ungeladen, nicht zugriffsbereit und der Transport dem *“bedürfnisumfassten Zweck”* dient.

Gesetzliche Grundlagen:

Durchführung des Bundesjagdgesetzes (BJagdG), Waffengesetzes (WaffG) und der allgemeinen Waffengesetz-Verordnung (AwoffV) in den jeweils gültigen Fassungen.

Eine Erlaubnis zum Führen einer Waffe kann versagt werden, wenn der Antragsteller nicht die persönliche Zuverlässigkeit und persönliche Eignung besitzt (§4,1 WaffG).

Die **persönliche Eignung** (§ 6 WaffG, § 2 AWaffV) besitzen Personen nicht, wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass sie

1. geschäftsunfähig oder in seiner Geschäftsfähigkeit beschränkt ist/sind,
2. abhängig von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln, psychisch krank oder debil sind oder
3. auf Grund in der Person liegender Umstände mit Waffen oder Munition nicht vorsichtig oder sachgemäß umgehen oder diese Gegenstände nicht sorgfältig verwahren können oder dass die konkrete Gefahr einer Selbst- oder Fremdgefährdung besteht.

Personen, die noch nicht das 25. Lebensjahr vollendet haben, haben für die erstmalige Erteilung einer Erlaubnis zum Erwerb und Besitz einer Schusswaffe auf eigene Kosten ein amts- oder fachärztliches oder fachpsychologisches Zeugnis über die geistige Eignung vorzulegen. (WaffG, § 6 (3))

Beauftragung des Gutachtens

In den zuständigen Gesetzen (WaffG, AWaffV) ist die Möglichkeit eines amts- oder fachärztlichen oder fachpsychologischen Gutachtens eröffnet, doch wird bei beteiligten Personen, die bereits Auffälligkeiten in der Vorgeschichte zeigten in der Regel gerne eine (psychiatrische) amtsärztliche Expertise bevorzugt.

In den unter **persönliche Eignung** (§ 6 WaffG, § 2 AWaffV) genannten Fällen teilt die für die Erteilung von waffenrechtlichen Erlaubnissen zuständige Behörde (z.B. Waffenbehörde im Ordnungsamt) dem Betroffenen unter Darlegung der Gründe für die Zweifel oder der die Bedenken begründenden Tatsachen hinsichtlich seiner persönlichen Eignung mit, dass er sich innerhalb einer bestimmten Frist auf seine Kosten der Untersuchung zu unterziehen und ein Gutachten beizubringen hat.

Zur Durchführung der Untersuchung versendet die zuständige Behörde auf Verlangen der begutachtenden Person und bei Vorliegen

der Einwilligung des Betroffenen die der Behörde zur Begutachtung erforderlichen vorliegenden Unterlagen. Die begutachtende Person ist verpflichtet, sich mit der Erstattung des Gutachtens von den Unterlagen zu entlasten, indem er sie der zuständigen Behörde übergibt oder vernichtet.

Nach Abschnitt 2 § 4 der Allgemeinen Waffengesetz-Verordnung hat sich die begutachtende Person über den Betroffenen einen **persönlichen Eindruck** zu verschaffen. Ein **Gutachten nach Aktenlage ist nicht ausreichend!** Das Gutachten muss darüber Auskunft geben, ob die betroffene Person gesundheitlich geeignet ist, mit Waffen und Munition umzugehen.

SieIm Zusammenhang der gutacherlichen Beurteilung sind auch **Probenahmen zum Nachweis von Alkohol- oder Drogen/ Medikamentenabbau-Produkten** oder anderer Parameter aus Vollblut, Serum, Urin oder Haaren (wie beispielsweise CDT- Wert, Ethylglucuronid, Opiatabkömmlinge, Gerinnungsstatus, Leberwerte oder Blutzucker) möglich.

Besondere Fragestellungen

In Fragen nach einer bestehenden **Suchterkrankung** ist in diesem Zusammenhang die Forderung des Nachweises einer Abstinenzfähigkeit möglich. Dazu kann der/die Proband/in, die neu oder auch weiterhin eine Waffe führen und benutzen möchte, zur Erbringung eines Abstinenznachweises aufgefordert werden. Abstinenznachweise können über einen definierten Zeitraum, z.B. über ca. 2 zurückliegende Wochen durch kohlenhydratdefizientes Transferrin- Werte im Blut (Carbohydrate-Deficient Transferrin, CDT) oder über 3 zurückliegende Monate durch Ethylglucuronid (ETG) im Haar den Nachweis erbringen, dass die beteiligte Person abstinenzfähig ist.

Die Frage nach persönlicher Eignung taucht auch bei Betroffenen mit schweren **Depressionen** und fraglicher **Suizidalität** auf. Sie stellt sich auch bei Menschen, die an **unheilbaren Krankheiten** leiden und

depressiv sind und/oder **Todeswünsche** äußern. Auch bei Menschen mit einer ausgeprägten **Störung der Impulskontrolle** kann eine Eignung zum Führen von Waffen ausgeschlossen sein. Das Gleiche gilt für **Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, Psychosen und manischen Erkrankungen**, die mit situativen Verkennungen und wahnhaften Symptomen einhergehen und somit zu einem unsachgemäßen Umgang mit Waffen und einer Eigen- oder Fremdgefährdung führen können.

Relevant sind hier die **“in der Person liegenden Umstände”** aus §6 WaffG. Hierfür ist tatsächlich die individuelle Exploration notwendig und nicht allein das Aktenstudium ausreichend.

Zur „geistigen Eignung“ und zur „Fallgruppe Suchtmittelmissbrauch“ sei hier insbesondere auch auf die Kommentierung von Lehmann/v.Grotuss, Aktuelles Waffenrecht verwiesen (Breckwolddt, von Grotthuss, and Soens 2019).

Körperliche Störungen/Krankheiten/Beeinträchtigungen können dem Führen einer Waffe entgegenstehen. Hierzu können u.a. neurologische Beeinträchtigungen (z.B. Tremor, Anfallsleiden), Herzrhythmusstörungen oder schwere Stoffwechsellentgleisungen gezählt werden.

Jagdwaffen & Schießsport

Zum Führen von Waffen in der Jagd und im Schießsport ergeben sich aus weiteren Gesetzen und Verordnungen besondere Regeln.

Nach §§15,1 und 17,2 des Bundesjagdgesetzes erstreckt sich die Jagdausübung auf das Aufsuchen, Nachstellen, Erlegen und Fangen von Wild.

Die zur Jagdausübung erforderliche Eignung fehlt, wenn körperliche oder geistige Mängel vorhanden sind. Personen, bei denen Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass sie die erforderliche Zuverlässigkeit oder körperliche Eignung nicht besitzen, ist der Jagdschein zu versagen.

Da das Merkmal *“körperliche Eignung”* ein sogenannter unbestimmter Rechtsbegriff ist, der einer Behörde keinen Beurteilungsspielraum lässt, muss sie den Bewerber als *“geeignet”* oder *“ungeeignet”* befinden.

Dabei ist nicht die Art des Mangels oder der Mängel entscheidend. Hier kommen vor allem in Betracht *“physische oder psycho-physisch bedingte Fälle des Versagens oder Fehlleistungen der Denkfähigkeit, der Sinnesorgane oder erworbene Krüppelhaftigkeit, Alter, Krankheit, Nervosität”* (Schuck 2019). Daraus folgt das Ergebnis einer *“irgendwie gefährlichen Jagduntauglichkeit, insbesondere Treffunsicherheit, mag diese auch nur bedingt oder teilweise sein”*. Siehe dazu auch entsprechende Bestimmungen, die Körperbehinderten die Ausübung der Jagd ermöglichen (Lorz, Metz, and Stöckel 2011).

Eine körperliche Behinderung mit Rollstuhlpflicht steht der Fähigkeit zum Führen einer Jagdwaffe nicht per se entgegen, denn:

1. **Das Grundgesetz (GG) Artikel 3** besagt, dass niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden darf.
2. Beispielsweise die schleswig-holsteinische **Landesverordnung über die Prüfung zum Erwerb des ersten Jagdscheines (JägerprüfungsVO), §6** besagt, dass der Prüfungsausschuss Schwerbehinderten die **Verwendung von Hilfsmitteln** gestatten kann, wenn dadurch die Sicherheit der Waffenführung nicht beeinträchtigt wird und diese Hilfsmittel auch im praktischen Jagdbetrieb angewendet werden können.
3. In der **Jagd** und im **Schießsport** werden **Querschnittsgelähmte** grundsätzlich als „schießtauglich“ angesehen, sofern im Rahmen eines Sachverständigengutachtens bestätigt werden kann, dass der/die Betroffene in der Lage ist, vom **Rollstuhl** aus oder aus anderen geeigneten Sitzgelegenheiten mit Kugel oder Schrot schießen zu können, ohne sich oder andere zu gefährden. Das heißt z.B., dass die Muskulatur der Arme und des Schultergürtels so ausgebildet sind, dass er/ sie den Rumpf vollständig aufrichten und stabil sitzen kann.

4. Die Jagdbehörde kann rollstuhlpflichtigen Menschen einen Jagdschein unter der Auflage erteilen, dass die Jagd nur in **Begleitung eines anderen Jagdscheininhabers** ausgeübt werden darf, um auf diese Weise die behinderungsbedingten Defizite auszugleichen (Verwaltungsgericht Freiburg vom 10.08.1995 AZ 5K 17 78/92). Ein solches Defizit wäre beispielsweise die Unfähigkeit, ein angeschossenes geflüchtetes Wild aufzuspüren und waidgerecht zu töten.

Bei Vorhandensein einer Schwerbehinderung mit bestimmten Merkzeichen wie "H" (H-Hilflosigkeit) und/oder "B" (B-Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson) sollte immer im Rahmen der Einzelfallprüfung seitens der begutachtenden Person bedacht und diskutiert werden, ob hier eine Tauglichkeit zum Führen einer Waffe tatsächlich noch gegeben ist. Hier wäre zu eruieren, welche Art der Hilflosigkeit ("H") vorliegt oder warum das Merkzeichen "B" zuerkannt wurde.

Ein medikamentös gut eingestellter Diabetes mellitus ist in der Regel kein Grund zur Versagung des Jagdscheins.

Mangelnde Zuverlässigkeit oder Eignung hingegen ist ein Werturteil, das immer eine Gesamtbeurteilung der Persönlichkeit voraussetzt. Sie muss nicht mit einer früheren Ausübung der Jagd zusammenhängen (siehe BadVGH JW 1935, 2168: Rauschgiftschmuggel; VG München AZ: M75 165690 vom 22.6.2017), sondern kann auf einer bestimmten Persönlichkeitsprägung beruhen, die eine strafbare Verletzung von Menschen durch Jagdwaffen befürchten lässt (siehe BayVHG, Beschluss vom 21.12.1995BayVBl. 1996,310,311).

Wird an Fehlverhalten angeknüpft, müssen auch Umstände einer Neuorientierung oder Bewährung Berücksichtigung finden.

Teilkapitalisierung (Kapitalabfindung)

Nach Eintritt oder Versetzung in den Ruhestand aus einem Berufssoldatenverhältnis mit der Bundeswehr steht den Soldatinnen und Soldaten ein Ruhegehalt nach den Bestimmungen des Soldatenversorgungsgesetzes (SVG) sowie zusätzlich noch die Gewährung einer Kapitalabfindung zu. Kapitalabfindung heißt, das eine eigentlich laufend zugesagte Leistung durch eine Einmalzahlung ersetzt wird. Dies geschieht meist dann, wenn Versorgungsbezüge nur in monatlich geringer Höhe zu erwarten sind.

Rechtsgrundlage

Nach **§27-35 Soldatenversorgungsgesetz** können Berufssoldaten/innen und Berufssoldaten im Ruhestand bis zur Vollendung des 57. Lebensjahres, sich einen Teil des Ruhehaltes zur Durchführung bestimmter Vorhaben als Kapitalabfindung auszahlen zu lassen. Die Kapitalabfindung wird aber nicht gewährt, wenn nach dem Eintritt in den Ruhestand eine weitere Verwendung im öffentlichen Dienst besteht.

Werden Berufssoldatinnen oder Berufssoldaten aus dienstlichen Gründen über die besondere Altersgrenze hinaus im Dienst belassen, kann unter bestimmten Voraussetzungen auch nach Vollendung des 57. Lebensjahres eine beantragte Kapitalabfindung bewilligt werden. Entsprechendes gilt, wenn aus vergleichbaren Gründen die Nichtgewährung eine besondere Härte darstellen würde.

Die Vorhaben, für die die Kapitalabfindung gewährt wird, sind im Gesetz genau bestimmt:

- zur Schaffung oder Verbesserung einer Existenzgrundlage
- zum Erwerb oder zur wirtschaftlichen Stärkung eigenen Grundbesitzes
- zum Erwerb grundstücksgleicher Rechte
- zur Beschaffung einer Wohnstätte

Hierbei wird die Beschaffung von Wohneigentum nur bei dessen Eigennutzung gefördert.

Der Höchstbetrag der Kapitalabfindung beträgt 24.550 €, wovon 9/10 (= 22.095 €) zur Auszahlung gelangen. Es geht also um eine große Summe Geldes - sowohl für den ehemaligen Bundeswehrangehörigen, als auch für die Bundeswehr selbst. Wenn zum Beispiel der Höchstbetrag in Anspruch genommen wird, werden dem der Bundeswehr-Angehörigen **zehn Jahre lang** monatlich 204,58 € der Versorgungsbezüge einbehalten, somit das verauslagte Geld indirekt "zurückgeholt". Die Kapitalabfindung wird nur gewährt, wenn die Verwendung des Geldes nach den Bestimmungen gewährleistet erscheint. Der Antrag auf Bewilligung einer Kapitalabfindung muss bei der zuständigen Wehrbereichsverwaltung gestellt werden.

Bei Entlassung eines Bundeswehrangehörigen aus dem aktiven Dienst findet die Abschlussuntersuchung in der Bundeswehr selbst durch Bundeswehr-Ärztinnen oder-Ärzte statt.

Die Begutachtung wegen Teilkapitalisierung erfolgt analog **§48ff Bundesbeamtengesetz** durch eine **Amtsärztin, einen Amtsarzt oder** entsprechend **eine/n zugelassene/n Gutachter/in**.

Die **Richtlinie Nr.4 zu den §§28-35SVG in der Fassung vom 10.Mai 1973 (Bundesanzeiger Nr.121 vom 04.Juni 1973)** macht die Bewilligung einer Kapitalabfindung allerdings von der Vorlage eines **amtsärztlichen Gesundheitszeugnisses** abhängig

Der "Teilkapitalisierung" wird nur dann zugestimmt, wenn das amtsärztliche Gutachten besagt, dass prognostisch davon auszugehen ist, dass die/der ehemalige Bundeswehrangehörige nicht in den nächsten **10 Jahren** vorzeitig stirbt oder erwerbsunfähig wird.

Im Wortlaut wird gefragt,



“ob zum Zeitpunkt der Überprüfung des Gesundheitszustandes des Antragstellers gesundheitliche Anhaltspunkte erkennbar sind, die den Wegfall der

Versorgungsbezüge während des Abfindungszeitraumes von 10 Jahren wahrscheinlich machen.“

Die Kosten der Untersuchung hat die/der zu Untersuchende selbst zu tragen.

Prozedere

Aufgrund der Fragestellung gilt es für die beauftragte begutachtende Person, im Gutachten bestimmte Risiken auszuschließen.

Zu den festzustellenden und hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Gesundheitsprognose zu bewertenden Risiken gehört/gehören zum Beispiel

- chronische Vorerkrankungen
- ernsthafte akut aufgetretene Krankheiten, die eine langwierige Behandlung nach sich ziehen könnten
- Adipositas
- starker Nikotinkonsum
- vermehrter Alkoholkonsum
- arterieller Hypertonus

Einfache orthopädische Probleme wie beispielsweise ein operabler Meniskusschaden stehen einer Teilkapitalisierung nicht entgegen. Anders verhält es sich bei komplexeren Krankheitsbildern.

Deshalb ist eine gute **Anamnese** sinnvoll, die unter anderem die Frage beinhalten sollte, ob die Entlassung aus der Bundeswehr regelrecht erfolgte oder aber aus Krankheitsgründen. Es sollte nach sportlichen Aktivitäten, Hobbys und der Einbindung ins gesellschaftliche Leben gefragt werden.

Vorbefunde über vorangehende Krankheiten sind ggf anzufordern.

Eine umfängliche **Untersuchung** (siehe hierzu die allgemeinen Ausführungen zu amtsärztlichen Untersuchungen) ist durchzuführen.

Vorgeschlagener Beispiel-Text für die Beurteilung



Zum Zeitpunkt der Überprüfung des Gesundheitszustandes der antragstellenden Person waren keine gesundheitlichen Anhaltspunkte erkennbar, die den Wegfall der Versorgungsbezüge während des Abfindungszeitraumes (10 Jahre) wahrscheinlich machen (zusammenfassende Äußerung zu den Gutachtenfragen und zur Belastbarkeit; Wertung aller Besonderheiten, die sich aus Vorgeschichte, Untersuchung im Gesundheitsamt und ggf. ergänzenden Befunden unter Berücksichtigung etwaiger vom Auftraggeber bezeichneter Anforderungen ergeben).

Die der Beurteilung zugrunde liegenden Unterlagen und Befunde verbleiben im Gesundheitsamt.

Prüfungen

Prüfungsunfähigkeit in der amtsärztlichen Begutachtung

Versäumt ein Prüfling eine wichtige Prüfung wegen Krankheit, kann die prüfende Einrichtung eine ärztliche Begutachtung verlangen, die Gründe, bzw. Symptome auflistet, die zur Prüfungsunfähigkeit geführt haben. Dabei sollten konkrete Gründe der Beeinträchtigung so dargestellt werden, dass diese auch für Nichtmediziner nachvollziehbar sind.

Allerdings kann nur der Prüfungsausschuss oder eine ähnliche Institution eine “krankheitsbedingte Prüfungsunfähigkeit” - d.h. wenn die zu prüfende Leistungsfähigkeit des Prüflings durch eine Gesundheitsstörung erheblich beeinträchtigt oder gemindert ist - aufgrund der vorgelegten (amts-)ärztlichen Bescheinigung bestätigen.

Rechtsgrundlage

Bei den Begutachtungen zur Prüfungsunfähigkeit kann es sich um amtsärztliche Gutachten handeln wenn eine entsprechende Rechtsgrundlage zur Erstellung des Gutachtens vorhanden ist.

Rechtsgrundlagen können beispielsweise Prüfungsordnungen für Staatsexamina von Universitäten, Hochschulen oder anderen Institution sein. Bei Zweifeln an der rechtlichen Grundlage wird der Prüfling ersucht, die entsprechende Prüfungsordnung vorzulegen.

Wenn per Rechtsgrundlage die örtliche Zuständigkeit nach dem "Wohnortprinzip" gilt, können Prüflinge nur in dem Gesundheitsamt begutachtet werden in dem sie ihren Wohnsitz haben. Eine Ausnahme kann nur gemacht werden, wenn der Verweis an das zuständige Gesundheitsamt für den Prüfling nicht zumutbar ist. Dieses ist bei den umliegenden, d.h. Stadt oder Landkreis angrenzenden, Gesundheitsämtern regelmäßig nicht der Fall.

Folgende Angaben sind Bestandteile eines Gutachtens zur Prüfungsunfähigkeit:

- Name des Prüfling
- Datum der Untersuchung
- Prüfungsfach, Studienfach
- Art der Prüfung: schriftlich, mündlich, praktisch
- Datum und Dauer der Prüfung
- Art der vorgelegten auswärtig erstellten und einbezogenen ärztlichen Unterlagen
- Angaben zur prüfungsrelevanten Krankengeschichte
- Untersuchungsbefund
- Diagnose (in Einzelfällen, v.a. wenn psychiatrische Diagnosen als beschämend empfunden werden, können diese mit Symptomen funktionell umschrieben werden)
- Zusammenfassende Beurteilung, mit Aussage ob der Proband psychisch und physisch dazu in der Lage ist, den Belastungen der Prüfung stand zu halten

Zeitpunkt der Begutachtung

Die Untersuchung findet grundsätzlich am Prüfungstag statt, da an diesem Tag die Begutachtung mit der größten Beurteilungssicherheit

erfolgen kann. Nur bei Erkrankungen mit einer hohen prognostischen Sicherheit kann im Ausnahmefall eine Begutachtung früher erfolgen, z.B. distale Unterarmfraktur rechtsseitig bei Rechtshändigkeit eine Woche vor der Prüfung.

Die Entscheidung darüber, wann die Begutachtung durchgeführt wird, trifft der zuständige Gutachter.

Prüfungsunfähigkeit bei Prüfungen, die auf einem Samstag liegen, können am Freitag vorher begutachtet werden, falls sinnvoll. Ansonsten ist der nächste Werktag anzustreben.

Begutachtungsablauf

Wenn sich der Prüfling telefonisch vorab informiert, sollte ihm folgendes mitgeteilt werden:

1. Begutachtung erfolgt nach Terminvergabe in der Regel am Prüfungstag
2. Mitzubringen sind:
 - Alle Untersuchungsbefunde einschließlich Röntgenaufnahmen der behandelnden Ärzte und Kliniken zur geltend gemachten Erkrankung
 - Gültige Personalpapiere
 - ggf. Auszug aus der Prüfungsordnung, aus dem hervorgeht, dass ein amtsärztliches Gutachten erforderlich ist.

Wenn sich der Prüfling ohne telefonische Vorinformation persönlich am Prüfungstag anmeldet, müssen oben genannte Unterlagen ggf. nachgereicht werden.

3. Je nach Fachlichkeit wird der Prüfling von einem/r amtsärztlich Gutachter/in (z.B. Psychiater/in, Chirurg/in) begutachtet.

Mit Einverständniserklärung des Prüflings wird ein spezifischer Anamnesebogen zum aktuellen Krankheitsgeschehen ausgegeben, der Fragen zum aktuellen Krankheitsgeschehen und, wie es die

aktuelle Prüfungssituation beeinflusst, enthält. Danach erfolgt die ärztliche Untersuchung. Bei der Anamneseerhebung muss geklärt werden, um welche Art Prüfung es sich handelt (mündlich, schriftlich, praktisch und die Länge der Prüfung).

Eine symptombezogene körperliche Untersuchung kann ausreichend sein. Die Entscheidung hierüber fällt die/der Gutachter/in.

Nach der Untersuchung wird, wenn möglich, das Ergebnis dem Prüfling mitgeteilt, wobei eine Information darüber erfolgen soll, dass die eigentliche Prüfungsunfähigkeit (Rechtsbegriff) vom Prüfungsamt festgestellt wird.

Mit dem Probanden wird ein Termin zur Abholung des Gutachtens vereinbart, das sehr zeitnah erstellt werden sollte.

Retrospektive Feststellung der Prüfungsunfähigkeit

Eine retrospektive Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ist umso schwieriger, je länger der Prüfungszeitpunkt bereits vergangen ist.

Sie ist nur möglich, wenn anhand eindeutiger ärztlicher Untersuchungsbefunde vom Prüfungstag (Krankenhausberichte, Arztbriefe u.ä.) die Prüfungsunfähigkeit im Nachhinein noch beweisbar ist.

Nachträglich ausgestellte ärztliche Atteste reichen im Allgemeinen nicht aus, die Prüfungsunfähigkeit im Nachhinein zu bestätigen. Ist eine Prüfungsunfähigkeit nicht mehr mit Sicherheit festzustellen, so formuliert der Gutachter das auch so im Gutachten.

Prüfungenderen Abbruch zu einer Gutachtenanfrage führen sind u.a. Staatsexamen, Diplomprüfungen, Master- und Bachelorprüfungen, Prüfungen in Verwaltungsbeamten-Ausbildungsgänge und Nachteilsausgleich.

Nachteilsausgleich

Der «Nachteilsausgleich» umfasst individuelle Maßnahmen, die Benachteiligungen von Lernenden mit Behinderung vermeiden oder verringern sollen. Dabei handelt sich um formelle Anpassungen der Lern- und Prüfungsbedingungen ohne Modifikation der Lern-, bzw. Ausbildungsziele.

Massnahmen für Nachteilsausgleich können auf allen Bildungsstufen zur Anwendung kommen. Alle Personen mit einer Behinderung haben Anrecht auf Nachteilsausgleich. Bedarf wird durch ein amtsärztliches Attest belegt.

Rechtsgrundlage

Die Rechtsgrundlagen für den Nachteilsausgleich finden sich in den einschlägigen Prüfungsordnungen.

Es handelt sich um amtsärztliche Gutachten, bei denen in der Regel Zuständigkeit nach Wohnortprinzip gilt.

Eine Ausnahme kann nur gemacht werden, wenn der Verweis an das zuständige Gesundheitsamt für den Prüfling nicht zumutbar ist. Dieses ist bei den umliegenden Gesundheitsämtern regelmäßig nicht der Fall.

Bestehen Zweifel an der Zuständigkeit des Gesundheitsamtes bei der Feststellung des Nachteilsausgleichs, so wird der Prüfling gebeten die Rechtsgrundlage vorzulegen, aus der die Zuständigkeit hervorgeht. Ein Schreiben der Universität oder eines Prüfungsamtes allein, dass ein amtsärztliches Gutachten erforderlich ist, reicht nicht aus.

Ein **Nachteilsausgleich** kann in Form zusätzlicher Pausen, einer Schreibzeitverlängerung, des Diktierens der schriftlichen Prüfung oder in Ausnahmefällen des Ablegens der schriftlichen Prüfung am Computer erfolgen. Die Entscheidung über die Gewährung eines Nachteilsausgleichs trifft das Prüfungsamt auf der Grundlage des vorgelegten Gutachtens.

Ein Nachteilsausgleich gleicht in aller Regel Folgen und dadurch entstehende Nachteile einer chronischen Erkrankung oder Behinderung aus. Er darf nicht zu einem Vorteil für den Prüfling werden.

Bagatellerkrankungen oder Erkrankungen, die nicht zu einem Nachteil in der Prüfung führen, werden vom Nachteilsausgleich nicht erfasst. Der/die Gutachter/in stellt ein Gutachten zur Verfügung, das das Prüfungsamt entscheidet allein, welche Form des Nachteilsausgleichs erforderlich ist, die Wünsche des Prüflings sind nicht einzubeziehen.

So sind beispielsweise bei chronischen Sehnenreizungen an den Händen (Sehnenscheidenentzündungen usw.) Pausenregelungen zu empfehlen, die zeitlich im Gutachten festgelegt werden.

Prüfungszeitverlängerungen kommen hier nicht in Betracht, wohl aber z.B. bei Spastiken in der Schreibhand, nachgewiesenem Vorliegen einer Legasthenie o.ä.. Der Prüfling hat dem Prüfungsamt und damit auch dem/der Gutachter/in nachzuweisen, dass ein Nachteilsausgleich erforderlich ist (Beweispflicht).

Ablauf der Begutachtung

Die Prüflinge werden möglichst nach Fachlichkeit den amtsärztlichen Gutachtern zugeteilt. Der/die Gutachter/in informiert den Prüfling bereits beim ersten telefonischen Kontakt darüber, dass folgende Unterlagen bei der Begutachtung am Untersuchungstag vorgelegt werden müssen:

- gültige Ausweispapiere
- alle vorhanden medizinischen Unterlagen zur geltend gemachten Erkrankung, insbesondere Arztbriefe, Krankenhausberichte, Röntgenbilder, technische Untersuchungsbefunde. Ein Attest der behandelnden Ärztinnen oder Ärzte kann verlangt werden, ist jedoch nicht immer erforderlich.
- in Zweifelsfällen ein Auszug aus der geltenden Prüfungsordnung, aus der hervorgeht, dass ein amtsärztliches Gutachten erforderlich ist

- Zeitpunkt der Prüfung und Art der Prüfung (schriftlich, mündlich, praktisch)

Betrifft der Nachteilsausgleich einen Nachteil, der in einer schriftlichen Prüfung wirksam wird, so sollte die Begutachtung spätestens sechs Wochen vor Beginn der Prüfung erfolgen, damit das Prüfungsamt die amtsärztlich empfohlenen Maßnahmen noch rechtzeitig umsetzen kann.

Der Prüfling meldet sich am vereinbarten Untersuchungstermin an und erhält den Anamnesebogen mit Einverständniserklärung für Prüflinge, die er dann ausfüllt.

Anschließend erfolgt die ärztliche Untersuchung. Bei der Anamneseerhebung muss geklärt werden, um welche Art Prüfung es sich handelt (mündlich, schriftlich, praktisch, Prüfungsblock, Länge der Prüfung).

Eine symptombezogene körperliche Untersuchung kann ausreichend sein, die Entscheidung hierüber fällt der Gutachter.

Nach der Untersuchung wird, wenn möglich, dem Probanden das Ergebnis mitgeteilt.

Grundlage für die Entscheidung, welche Form des Nachteilsausgleichs empfohlen wird, ist immer der Ausgleich des festgestellten Nachteils, nicht der Wunsch des Probanden.

Ausfertigung des Gutachtens

Folgende Inhalte müssen im Gutachten aufgeführt werden:

- Datum der Untersuchung
- Art der vorgelegten auswärtig erstellten und einbezogenen ärztlichen Unterlagen (fachärztlich, hausärztlich, andere)
- Angaben zur prüfungsrelevanten Krankengeschichte

Spezielle Gutachten

- Angaben zum Untersuchungsbefund, die das Prüfungsamt in die Lage versetzt, die Notwendigkeit eines Nachteilsausgleichs zu erkennen
- Die Diagnose darf genannt werden, da das Gutachten regelmäßig dem Prüfling ausgehändigt wird. Dieser entscheidet, ob er das Gutachten weitergibt. Damit wird die ärztliche Schweigepflicht nicht verletzt.
- Zusammenfassende Beurteilung mit einer Aussage darüber, ob der Proband aus amtsärztlicher Sicht einen Nachteilsausgleich benötigt und wenn ja, in welcher Form.

Bei Pausenregelungen muss die Anzahl der Pausen, deren einzelne Länge und der zeitliche Umfang der einzelnen Pause angegeben werden (z.B. 10 Minuten Pause nach 90, 180 und 360 min Schreibzeit).

Bei einer Schreibzeitverlängerung wird die Zeit angegeben, um die die Einzelprüfung verlängert werden soll. Sie soll im Regelfall 25% der Prüfung nicht überschreiten, kann aber im besonders schweren Einzelfall bis zu 50% Verlängerung betragen.

Soll im Rahmen eines Nachteilsausgleichs die Prüfung diktiert werden, so ist keine zusätzliche Schreibzeitverlängerung zu empfehlen, da die Tatsache, dass das Diktieren möglicherweise nicht so schnell geht wie das selbst Schreiben, keine medizinische Begründung ist.

Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass für den Nachteilsausgleich „Schreiben mit dem Computer“ bei den juristischen Staatsprüfungen strenge Randbedingungen gelten, die einzuhalten sind. Schreiben am Computer kommt beispielsweise in Frage für blinde oder hochgradig sehbehinderte Prüflinge, die auf dem Computer eine Spezialsoftware zum Ausgleich ihrer Behinderung installiert haben.

Das Gutachten sollte direkt nach der Untersuchung diktiert und ausgefertigt werden, um es dann dem Prüfling mitzugeben zu

können. Das Gutachten kann auch zugesandt oder einige Tage später persönlich abgeholt werden.

Abgabetermin zur Verlängerung für schriftliche Arbeit - aus gesundheitlichen Gründen

Das Gesundheitsamt ist nur für schriftliche Arbeiten zuständig, die in direktem Zusammenhang mit Staatsprüfungen, Diplomen, Master- oder Bachelorarbeiten stehen.

Die geltend gemachte Erkrankung muss vom Prüfling nachgewiesen werden (, z.B. anhand von Untersuchungsbefunden, Röntgenaufnahmen o.ä.). Die Zeit, die aus gutachterlicher Sicht erforderlich ist, um den Nachteil der Erkrankung auszugleichen, ist im Gutachten anzugeben. Auch hier gilt, dass aus einem Nachteilsausgleich kein Vorteil für den Prüfling werden darf.

„Kurgutachten“

Fragestellungen bei den sogenannten “Kurgutachten” entsprechen inhaltlich häufig etwa der Überprüfung des Rehabilitationsbedarfs in den sozialmedizinischen Verfahren der Renten- bzw. Krankenversicherung. Dabei ist in der Regel zu prüfen, ob die aktuelle gesundheitliche Situation des Patienten eine zeitnahe ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme angezeigt erscheinen lässt.

Neben einer zielgerichteten Anamnese und ggf. ergänzenden (symptombezogenen) klinischen Untersuchung gilt es insbesondere zu hinterfragen, ob - einer abgestuften Indikation entsprechend - bisherige therapeutische Maßnahmen vor Ort ausgeschöpft wurden, bzw. sich als unzureichend erwiesen haben. Da ein übliches primär vorgelegtes Attest meist nur gering aussagefähig ist, kann sich die Anforderung eines erweiterten Attests für Rehabilitationsmaßnahmen mit detaillierteren Angaben empfehlen.

In der Regel gilt es zugleich abzuwägen ob eine ambulante Kurmaßnahme hinreichend oder eine stationäre Rehabilitation erforderlich ist.

Dabei ist eine stationäre Maßnahme dann indiziert, wenn ergänzende diagnostische Maßnahmen, pflegerischer Bedarf oder sonstige Erfordernisse eine Unterbringung in einer krankenhausähnlichen Umgebung erfordern. Dieses ist insbesondere dann der Fall, wenn jederzeit eine ärztliche und pflegerische Betreuung zur Verfügung stehen sollte, bzw. der Patient anders als "in einem Haus" mit entsprechend kurzen geschützten Wegen und spezieller, z.B. diätetischer Versorgung die gebotenen therapeutischen Maßnahmen nicht in Anspruch nehmen könnte.

Ein weiterer Aspekt kann sein, dass im Rahmen einer intensivierten Rehabilitation eine abschließende detaillierte Beurteilung des Rehabilitationserfolgs und der weiteren beruflichen Perspektive aus entsprechend aussagefähigem Bericht über Rehabilitationsmaßnahmen eingefordert werden kann. Dieses ist beispielsweise dann der Fall, wenn in Analogie zum Prinzip "Reha vor Rente" die Frage einer Dienstunfähigkeit erörtert werden muss. Anders als bei Tarifbeschäftigten spielt zwar - unter isolierter Betrachtung des lebenslangen Alimentationsprinzips - das Ziel der Erhaltung der Dienstfähigkeit bei noch aktiven Antragstellern formal keine Rolle, kann aber im Einzelfall in den amtsärztlichen Abwägungsprozess eines Dienstunfall-Verfahrens einbezogen werden.

Ein Sonderproblem stellen die ggfs. unterschiedlichen Regelungen zu Mindestabständen von Rehabilitationsmaßnahmen dar, von denen nur ausnahmsweise abgewichen werden darf. In der Regel gilt dies für möglicherweise neu aufgetretene, daher gesondert rehabilitationsbedürftige gesundheitliche Beeinträchtigungen oder aber für gravierende Verschlechterungstendenzen einer chronischen Erkrankung, bei der ohne zeitnahe und damit intensivierete Wiederholungsmaßnahmen wesentliche nachteilige Folgen zu erwarten wären.

Ein Konfliktfeld liegt darin, dass auch bei Fehlen der vorgenannten Ausnahmekriterien vielen chronisch Kranken eine regelmäßige Wiederholung von geeigneten Anwendungen etc. im Rahmen einer Rehabilitation durchaus Linderung ihrer Beschwerden bringen kann. Insoweit fehlt vielfach das Verständnis für die Verweigerung durch den begutachtenden Amtsarzt. In diesem Zusammenhang kann darauf verwiesen werden, dass diese Regelung allein auf finanziellen Vorgaben des Beihilferechts beruht, aber medizinisch nicht begründet ist.

Rechnungsprüfungen

Prinzipiell ist es notwendig Rechnungen auf ihre Korrektheit zu prüfen. Die Überprüfung von Arztrechnungen bewegt sich dabei auf einer distanziert-abstrakten Ebene. Zur kritischen Bewertung gestellt werden dabei beispielsweise

- die Begründung einzelner Gebührensatzungen, bzw. deren zulässige Kombination oder Analogansatz
- die Begründung eines angesetzten erhöhten Steigerungssatzes
- selten auch in einer Analogieprüfung einer ausländischen Liquidation.

Vielfach fehlen allerdings an den Gesundheitsämtern die notwendigen Detailkenntnisse des ärztlichen Gebührenrechts, insbesondere im Hinblick auf die in den letzten Jahrzehnten entstandenen Diskrepanzen zwischen vormaligen Gebührenpositionen und tatsächlichen diagnostischen und therapeutischen Prozeduren.

In schwierigen Fällen kann es daher sinnvoll sein, zur Klärung von weniger konkret medizinischen, als vielmehr gebührenrechtlichen Fragestellungen an die einschlägig kompetenten Stellen der jeweiligen Ärztekammern zu verweisen.

"Neue Behandlungsmethoden"

Eine besondere Problematik amtsärztlicher Gutachten liegt zunehmend in der Beurteilung der Zulässigkeit bzw. der sachgerechten Abrechnung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Hierbei handelt es sich in der Regel um sog. „wissenschaftlich (noch) nicht anerkannten Verfahren ...“. Nach ggf. variierenden landesrechtlichen Regelungen können neue Verfahren als beihilfefähig anerkannt, werden, wenn sie zumindest auf einer wissenschaftlichen Grundlage beruhen, bei dem betroffene Patienten quasi alternativlos sind - d.h. andere, wissenschaftlich anerkannte Maßnahmen erfolglos ausgeschöpft sind.

Daraus ergeben sich folgende typische Fragestellungen für amtsärztliche Gutachten:

- Um was für eine Maßnahme/Methode aus welchem Fachbereich geht es?
- Inwieweit unterscheidet sich die neue Maßnahme/Methode vergleichend von bekannten, etablierten Maßnahme/Methode?
- Gibt es einen einigermaßen nachvollziehbaren wissenschaftlichen Hintergrund (Evidenzbasierung) für eine – möglicherweise erhöhte – Zweckdienlichkeit gerade dieser Maßnahme?

Diese eher methodenbezogenen Teilfragen erfordern im Grunde eine maßgebliche Expertise mit einigermaßen tagesaktueller fachwissenschaftlicher Verwurzelung, die zur Klärung der assoziierten Frage notwendig ist:

- Was für eine Art von Erkrankung liegt bei der erkrankten Person vor?
- Welche Maßnahmen sind bei bei der erkrankten Person auf dieser Basis allgemein üblich, bzw. medizinisch indiziert, eventuell auch schon erfolgt, bzw. wären alternativ möglich?

- Sind anderweitige Alternativen erfolglos ausgeschöpft, sodass - zumindest bei schwersten bedrohlichen Erkrankungen - ein Rückgriff auf nicht etablierte Methoden als Notbehelf zu erwägen wäre? (s. Nikolaus-Urteil des Bundesverfassungsgericht vom 06.12.2005, Az.: 1 BvR 347/98)

Diese unmittelbar patientenbezogenen, individuellen Aspekte erfordern (eigentlich) ebenfalls eine ausgeprägte fachärztliche klinische Expertise, insoweit mit zeitnah aktuellem Erfahrungsprofil aus der klinisch Praxis.

Hier stellt sich die Frage, ob ein amtsärztlicher Gutachtendienst überhaupt die notwendige Fachkompetenz hat, bzw. vorhalten kann, derart spezielle Fragen im Streitfall auch gerichtsfest beantworten zu können.

Alternativ kommt im Sinne der Vorprüfung eine Orientierung am Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht. Bei dort weitgehend sinnidentischem Maßstab (Wirtschaftlichkeitsgebot des § 2 Abs 1 Satz 3 / § 12 SGB V: „ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich, nicht über das Maß des Notwendigen“) lässt der zuständige Gemeinsame Bundesausschuß (..) diagnostische und therapeutische Methoden wissenschaftlich überprüfen und bewerten - allerdings durch hochkarätige Expertengremien und Studien.

Insoweit kann ein dortiges positives Votum, ebenso wie ein negatives, zugleich als beihilferechtlich analog herangezogen werden.

Eine weitere mögliche Orientierung, bzw. Verweisung kann an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) gerichtet werden, der bei auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen ähnlichen Problemstellungen immerhin über zentrale Expertise und Austauschmodalitäten verfügt.

Im Einzelfall bleibt abzuwägen, sich mit den verfügbaren Zeit- und Personalressourcen des Gutachtendienstes aufwändig in eine klinische Spezialthematik einzuarbeiten und auch fachliche

Spezielle Gutachten

Auseinandersetzungen mit dem kurativmedizinischen Bereich nicht zu scheuen.

Oder aber: den Begutachtungsauftrag im Sinne der sogenannten Übernahmeverantwortung als fachlich nicht hinreichend verfahrenssicher zurückzugeben.

Annex-Abkürzungen

Annex-Abkürzungen

AMDP Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie

AwaffV Allgemeinen Waffengesetz-Verordnung

BBG Bundesbeamtengesetz

BeamtStG Gesetz zur Regelung des Statusrechts der Beamtinnen und Beamten in den Ländern

BeamtVG Gesetz über die Versorgung der Beamten und Richter des Bundes

BGH Bundesgerichtshof

BJagdG Bundesjagdgesetz

BVerfG Bundesverfassungsgericht

BVerwG Bundesb

BVG Bundesversorgungsgesetzes

VerwG Bundesverwaltungsgericht

DSM Siagnostischer und Statistischer Leitfaden Psychischer Störungen (engl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

GdS Grad der Schädigung

GUV gesetzlichen Unfallversicherung

ICD Internationale Klassifikation der Krankheiten (engl. International Classification of Diseases)

ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (engl. International Classification of Functioning, Disability and Health)

JägerprüfungsVO Jägerprüfungsverordnung

LBG Landesbeamtengesetze

LBeamtVG Landesbeamtenversorgungsgesetzen

LSG Landessozialgericht

MdE Minderung der Erwerbsfähigkeit

SGB Sozialgesetzbuch

SVG Soldatenversorgungsgesetzes

VersMedV Versorgungsmedizin-Verordnung

VwVfG Verwaltungsverfahrensgesetz

WaffG Waffengesetz

Literaturverzeichnis

Besonderheit bei der Begutachtung: Psychischer Störungen

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. 2012. *Begutachtung Psychischer Und Psychosomatischer Erkrankungen*. Registernummer 051-029. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-029.html>.

Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie. 2006. *Das AMDP-System. Manual Zur Dokumentation Psychiatrischer Befunde*. 8. Auflage. Hogrefe. <https://www.hogrefe.de/shop/das-amdp-system-87371.html>.

Herrman, Helen, Donna E Stewart, Natalia Diaz-Granados, Elena L Berger, Beth Jackson, and Tracy Yuen. 2011. "What Is Resilience?" *The Canadian Journal of Psychiatry*. 5. <https://doi.org/10.1177/070674371105600504>.

Linden, M., and S. Baron. 2005. "Das „Mini-ICF-Rating Für Psychische Störungen (Mini-ICF-P)“. Ein Kurzinstrument Zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen Bei Psychischen Erkrankungen." *Die Rehabilitation*. 3. <https://doi.org/10.1055/s-2004-834786>.

Richartz-Salzbürger, E, H Wormstall, and C Morawetz. 2006. "Kurzeitfaden Psychopathologie. Eine Orientierungshilfe Bei Beobachtung Und Dokumentation Psychischer Auffälligkeiten. Schweizer Zeitschrift Für Psychiatrie Und Neurologie." *Schweizer Zeitschrift Für Psychiatrie Und Neurologie*. <https://www.rosenfluh.ch/media/psychiatrie-neurologie/2006/02/Kurzeitfaden-Psychopathologie.pdf>.

Wichtige rechtliche Rahmenbedingungen

Bundesärztekammer. n.d. "Ärztliche Schweigepflicht."

<https://www.bundesaerztekammer.de/recht/aktuelle-rechtliche-themen/aerztliche-schweigepflicht>.

Gutachtenbereich: Dienstunfall, Unfallheilverfahren & Beamtenversorgungsrecht

Foerster, K, S Bork, V Kaiser, Th Grobe, M Tegenthoff, H Weise, A Badke, G Schreinicke, and J Lübcke. 2007. "Vorschläge Zur MdE-Einschätzung Bei Psychoreaktiven Störungen in Der Gesetzlichen Unfallversicherung." *MedSach*.

Linden, M., and S. Baron. 2005. "Das „Mini-ICF-Rating Für Psychische Störungen (Mini-ICF-P)". Ein Kurzinstrument Zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen Bei Psychischen Erkrankungen." *Die Rehabilitation*. 3. <https://doi.org/10.1055/s-2004-834786>.

Schöneberger, A, G Schöneberger, and H Valentin. 2016. *Arbeitsunfall Und Berufskrankheit*. Erich-Schmidt-Verlag. <https://www.esv.info/978-3-503-16795-1>.

Spezielle Gutachten

Breckwolddt, Jörgen, Patrick Werner von Grothuss, and Bernd Soens. 2019. *On Grothuss P.W, Soens , Breckwolddt J, Lehmann H. Aktuelles Waffenrecht*. 2016. *Walhalla Verlag ISBN-10: 3802921860*). Walhalla Verlag. <https://www.walhalla.de/%C3%B6ffentlicher-dienst-&-verwaltung/aktuelles-waffenrecht.produkt.html>.

Lorz, Albert, Ernst Metz, and Heinz Stöckel. 2011. *Jagdrecht, Fischereirecht*. Beck.

Schuck, Marcus. 2019. *Bundesjagdgesetz Unter Einbeziehung Des Landesrechts. Kommentar*.