

# DIE VEREINHEITLICHUNG DER EUROPÄISCHEN BEGUTACHTUNG VON BEEINTRÄCHTIGUNGEN DES MENSCHEN

**Europäisches Kolloquium in Trier, 8.-9. Juni 2000**

**Referent der Gruppe der Mediziner: Prof. Dr. P. LUCAS (Brüssel)**

## **I. EINLEITUNG**

Im Verfahren der Begutachtung und Entschädigung von Beeinträchtigungen des Menschen, also körperliche und/oder geistige Beeinträchtigungen, beurteilt der Mediziner den Schaden und der Richter oder Verwalter entschädigt den daraus entstandenen Nachteil.

Der Dialog zwischen diesen beiden sich ergänzenden Instanzen stellt deren Zusammenwirken sicher und kann sich nur positiv auswirken.

Die Juristen definieren den Rahmen für die Wiedergutmachung des Schadens, während die Mediziner ihre speziellen Kenntnisse nutzen, um die aufgetretenen Folgeerscheinungen zuzuschreiben, zu objektivieren und zu quantifizieren, wobei sie ihre Kenntnisse jedoch nicht überschreiten dürfen. Es ist nicht davon auszugehen, dass es in jedem Fall eine exakte Übereinstimmung zwischen dem durch die Juristen festgelegten Rahmen und der Komplexität des zum Bereich des Mediziners gehörenden menschlichen Wesens gibt.

Der Terminus "Gerichtsmediziner" für den Arzt, der den gemeinhin als "Personenschaden" bezeichneten körperlichen Schaden an einem Menschen begutachtet, welcher besser noch als "Schaden am Menschen" zu bezeichnen wäre, ist nicht angemessen. Der Gerichtsmediziner ist in vielen europäischen Ländern derjenige Arzt, der die Gerichtsmedizin im Strafprozess vertritt und insbesondere im Bereich der Thanatologie tätig ist. Deshalb sollte vielmehr von einem "Medizinischen Sachverständigen für Gutachten bei der Beurteilung von Personenschäden" oder kürzer "Medizinischen Gutachter" gesprochen werden.

In den einzelnen Ländern der Europäischen Union haben die Medizinischen Gutachter heute nicht alle eine vergleichbare Ausbildung. Einige sind Allgemeinärzte, andere Fachärzte in Bereichen, die mit gerichtsmedizinischen Gutachten in Verbindung stehen, andere sind ausgebildete Gerichtsmediziner und einige Mediziner haben auch die heute noch seltene Fachausbildung zum Medizinischen Sachverständigen für Gutachten bei der Beurteilung von Personenschäden abgeschlossen. In einigen Staaten gibt es die hier beschriebene gutachterliche Medizin im Übrigen nicht; dort stützt sich der Richter oder Regulierer auf eine Beschreibung des Schadens, der durch die dauerhafte Beeinträchtigung der geistigen und körperlichen Unversehrtheit eines Menschen entstanden ist.

Im Allgemeinen sind es die in der Tradition des römischen Rechts stehenden Länder, denen daran liegt, Personenschäden, die keinen wirtschaftlichen Schaden verursachen, bezogen auf eine Skala detailliert aufzuführen und zu beziffern.

Staaten, die mehr zur deutschen Rechtsphilosophie tendieren, geben in ihren Gutachten der Festlegung des wirtschaftlichen Schadens den Vorzug.

Der umfangreichste Teil eines deutschen medizinischen Gutachtens ist die umfassende Beschreibung der Folgeerscheinungen und ihrer Auswirkungen auf das berufliche und außerberufliche Leben; die medizinische Beurteilung – wenn eine solche gefordert ist – stellt nur einen der Faktoren dar, die dazu dienen, die Höhe des Schadenersatzes festzulegen.

Die Gruppe der Mediziner, die damit beauftragt ist, auf europäischer Ebene die Möglichkeiten für eine Harmonisierung der gerichtsmedizinischen Beurteilung der Beeinträchtigungen beim Menschen zu untersuchen, die keinen wirtschaftlichen Schaden verursachen, stellte zunächst eine Bilanz der gemeinsamen und der abweichenden Punkte bei den Gutachten zur Beurteilung von Personenschäden in den einzelnen Ländern der Europäischen Union auf.

Die gemeinsamen Punkte sind eindeutig und wichtig. Jedes Gutachten wird nach einem obligatorischen Schema erstellt:

- eine präzise und gründliche Anamnese, die besonders die Umstände des Unglücksfalls und seinen Ablauf berücksichtigt,
- die Erfassung der beweiskräftigen Elemente im medizinischen Bereich,
- die Auflistung der Beschwerden, über die die betroffene Person klagt und die sie den Folgeerscheinungen des Traumas zuschreibt; zunächst spontan, dann auf Nachfrage geäußerte Beschwerden,
- eine allgemeine klinische Untersuchung,
- eine umfassende lokale Untersuchung der verletzten Körperteile,
- eine Bewegungsuntersuchung des betreffenden Körperbereichs mit analytischer Untersuchung der einfachen Bewegungen, dann globale Untersuchung der komplexen Bewegungsabläufe,
- ergänzende Fachuntersuchungen zur Objektivierung und/oder Quantifizierung,
- jedes Gutachten bedarf einer kritischen aber unparteiischen Auseinandersetzung mit der Frage, inwieweit die angeführten Folgeerscheinungen dem betreffenden Unglücksfall zuzurechnen sind,
- kein Gutachten kann auf eine Erörterung verzichten, die die Meinung des Arztes wiedergibt und der Verwendung durch den Richter oder Verwalter dient, und zwar in verständlichen Worten und unter Verzicht auf jegliches "Fachchinesisch". Sie sollte außerdem durch Einzelergebnisse klar und deutlich das Gesamtergebnis stützen und begründen: "begutachten, das heißt messen, untersuchen, verstehen und dann erklären, damit auch andere verstehen" (Lucas).

Die Unterschiede zwischen den einzelnen Staaten werden auf der Ebene der Einzelergebnisse deutlich. Diese Unterschiede sind nicht den Medizinischen Gutachtern anzulasten, sondern entstehen durch die ihnen übertragenen Aufträge, also durch die Juristen, die diese Aufträge formulieren. So genügt, um ein Beispiel zu nennen, den Richtern und Verwaltern in Großbritannien und Irland die Beschreibung der definitiv dauerhaften Beeinträchtigungen und ihrer Auswirkungen auf das Privatleben der

betroffenen Person. In Deutschland dient sie der Festlegung des Schmerzensgeldes, ein Terminus, der weiter gefasst ist als der Begriff des "pretium doloris" und beinahe als Synonym des "immateriellen Schadens" zu verstehen ist. In Ländern mit römischer Rechtstradition geht diese Beschreibung notwendigerweise einher mit einem die Folgebeeinträchtigung für die Person quantifizierenden Wert auf einer Skala von 0 bis 100. Vor allem in Belgien, Frankreich, Italien und Portugal wird sie schließlich durch die Feststellung von hinzukommenden Beeinträchtigungen ergänzt, von denen beispielsweise die ästhetische Beeinträchtigung, die erlittenen Schmerzen oder "quantum doloris", die Beeinträchtigung der Lebensfreude oder die Beeinträchtigung der Sexualität anzuführen sind.

Die Liste der teilweise geltend gemachten hinzukommenden Beeinträchtigungen erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit: die Gruppe der Mediziner weist auf die in den letzten Jahren immer offensichtlicher werdende Tendenz hin, Klageanträge aufgrund stets neuer Beeinträchtigungen zu stellen, die häufig – wenn nicht sogar immer – durch im Normalfall allgemein anerkannte Beeinträchtigungen ganz oder teilweise abgedeckt werden.

Die Mediziner einigen sich außerdem auf die Aussage, dass die Diagnose bei einigen dieser Beeinträchtigungen nicht ausschließlich in ihrem Zuständigkeitsbereich liegt: Zwar ist der Mediziner besser geeignet als ein Nichtmediziner, wenn es darum geht, sich über die Plausibilität oder mangelnde Glaubhaftigkeit der Zuordnung einer Beeinträchtigung zu einem erlittenen Trauma zu äußern, dessen medizinisch diagnostizierbare Folgeerscheinungen der Mediziner untersucht hat, ihre Quantifizierung erfordert hingegen nicht notwendigerweise medizinische Kompetenz, selbst wenn dies in den Aufträgen, die den Sachverständigen übertragen werden, immer häufiger enthalten ist.

## **II. DIE QUALIFIKATION DES MEDIZINISCHEN GUTACHTERS**

Wenn die Fragen der Zuordnung gelöst sind, die ausschließlich in seinen Zuständigkeitsbereich fallen, betrachtet der Medizinische Gutachter die zeitweilige Invalidität, also den Zeitraum, in dem die betroffene Person aus medizinischen Gründen, die der Ausgangsschädigung und deren Entwicklung zuzuordnen sind, ganz oder teilweise nicht in der Lage war, ihre gewohnten Aktivitäten auszuüben. Wenn er damit beauftragt wurde, nimmt der Gutachter außerdem Stellung zum Ausmaß der erlittenen Schmerzen und bewertet sie auf einer Skala von 0 bis 7.

Vor allem aber ist er derjenige, der in der Besprechung seines Sachverständigenberichts für den Urteilenden die Elemente des dauerhaften körperlichen bzw. geistigen Schadens erläutert. Dieser Schaden wird häufig global durch einen Wert beschrieben. Er erhält jedoch seine umfassende Bedeutung, wenn seine Entstehung erklärt ist und die einzelnen Elemente gut dargestellt sind.

Der europäische Sachverständige für die Begutachtung von Personenschäden muss also in der Lage sein, eine qualifizierte und übertragbare Stellungnahme über alle Schäden an einem Menschen, die durch den Mediziner diagnostiziert und in manchen Fällen quantifiziert werden können, abzugeben. Die Modalitäten dieser Stellungnahme sollen im Laufe dieser Untersuchung dargestellt werden.

Das schließt nicht aus, dass der Sachverständige die qualifizierte Stellungnahme von Spezialisten auf medizinischen Fachgebieten, die für das Gutachten relevant sind,

einholen kann, wobei er jedoch Hauptautor und damit verantwortlich für die Einbeziehung der verschiedenen Stellungnahmen und für die Schlussfolgerungen bleibt.

Die Gleichwertigkeit der Beurteilungen identischer Schäden, unabhängig vom begutachtenden Sachverständigen, ist für eine Harmonisierung der Entschädigung auf europäischer Ebene unabdingbar und eine Grundvoraussetzung. Sie setzt Kompetenz als Garantie für die Qualität des Gutachtens voraus.

Zur Sicherstellung der Kompetenz hält es die Gruppe der Mediziner für wünschenswert, dass die begutachtenden Sachverständigen einen Universitätsabschluss über eine Spezialisierung im Bereich der Begutachtung von Personenschäden nachweisen.

Staaten, in denen eine solche Fachausbildung nicht existiert, könnten dazu ein spezielles universitäres Ausbildungsprogramm einrichten, das die Medizinischen Gutachter befähigt, im Rahmen aller Verfahren und unter Verwendung einer speziellen Methodik tätig zu werden, die sie zu einer möglichst gerechten Beurteilung kommen lässt und die zu einer möglichst gerechten Entschädigung führt.

Ein Zwischenschritt könnte hier die Einrichtung von speziellen Fortbildungen für Mediziner sein, die bereits gutachterlich tätig sind.

### **III. DIE MEDIZINISCH DIAGNOSTIZIERBAREN UND/ODER ERKLÄRBAREN BEEINTRÄCHTIGUNGEN DES MENSCHEN**

Die Gruppe der Mediziner definierte nun folgerichtig die Rolle des Mediziners bei der einheitlichen Beurteilung medizinisch diagnostizierbarer und messbarer oder medizinisch erklärbarer Schäden.

1. Ein Trauma, das der Mensch im physischen Bereich erleidet und das entweder eine anatomische oder eine anatomisch-physiologische Beeinträchtigung verursacht.

Ein typisches Beispiel für die rein anatomische Beeinträchtigung ist die Narbe ohne funktionelle Störungen.

Eine anatomisch-physiologische Beeinträchtigung ist beispielsweise eine retraktile Narbe an der Achsel, die die Mobilität der Schulter einschränkt, die Versteifung eines Fingers durch Fraktur eines Fingergliedes, die Amputation eines Fußes, die sich auf die Gehfunktion auswirkt, der Verlust der Milz oder einer Niere.

Die anatomische und die anatomisch-physiologische Beeinträchtigung können von zeitlich begrenzten, im Übrigen häufig anzutreffenden, psychischen Auswirkungen begleitet sein.

Wenn die psychischen Begleiterscheinungen die Intensität einer Neurose erreichen, handelt es sich um eine Komplikation, die getrennt zu betrachten ist.

2. Ein nachgewiesenes physisches Trauma beim Menschen oder ein Trauma seiner Psyche kann zu einem fortgesetzten Beschwerdebild führen, obwohl die klinischen Untersuchungen des Mediziners und der Einsatz geeigneter Techniken der Instrumentenmedizin keinerlei Auffälligkeit ergeben (beim derzeitigen Stand unserer Technologie).

Ein Medizinischer Gutachter kann an die Beschwerden weder ein objektives Maß anlegen, noch kann er sie bemessen, er kann jedoch sagen, ob sie medizinisch erklärbar und damit plausibel sind oder nicht.

Wenn die Statistik bestätigt, dass eine größere Zahl Menschen, die dasselbe Trauma erlitten haben, dieselben nicht objektiv nachweisbaren Beschwerden äußern, dann erscheinen die vorgebrachten Beschwerden um so plausibler.

Das subjektiv wahrgenommene Syndrom von Patienten mit Schädeltrauma, auch "postkommotionelles Syndrom" genannt, ist infolge eines Traumas mit Beeinträchtigung des Gedächtnisses, selbst wenn diese nur von kurzer Dauer war, plausibel, wenn auch nicht messbar.

Wenn eine Fachuntersuchung Auffälligkeiten zeigt, handelt es sich nicht mehr um dieses Syndrom, sondern um eine Folgeerscheinung, die entweder zerebral ist (EEG) oder den HNO-Bereich oder die Augen usw. betrifft, und dann medizinisch diagnostizierbar und messbar ist.

Wenn jedoch die vom Verletzten angeführten nicht objektivierbaren Beschwerden bei einer bestimmten Menge unverletzter Menschen häufig anzutreffen ist (hartnäckige Kopfschmerzen, Lumbalgien, Schmerzen am Knie usw.), müsste der Sachverständige anmerken, dass er nicht bestätigen kann, dass die Beschwerden mit Sicherheit auf den betreffenden Unfall zurückzuführen sind.

3. Ein Trauma ohne körperliche Verletzung kann zu einer psychischen Beeinträchtigung führen: ein häufig anzutreffendes Beispiel ist das Posttraumatische Stresssyndrom (im Englischen als "post traumatic stress disorder" oder PTSD bezeichnet).

Ein solches Trauma ohne direkte körperliche Beeinträchtigung des Menschen kann auch zu Komplikationen in Form von anatomisch-physiologischen Folgeerscheinungen führen: Dies ist beispielsweise der Fall der endokrinen Syndrome, die sekundär bei einer einfachen rein psychischen Beeinträchtigung auftreten.

4. Ein Trauma, das sich direkt oder indirekt auf die Sexualität auswirkt, kann Folgebeeinträchtigungen unterschiedlicher Art auslösen:

- Beeinträchtigung der Fortpflanzungsfähigkeit,
- Beeinträchtigung des eigentlichen Sexuallebens,
- komplexe Beeinträchtigung in Verbindung mit der sexuellen Beeinträchtigung: Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, psychosomatische Beeinträchtigung, Beeinträchtigung der Projektion des eigenen Ichs auf andere usw.

In mehreren europäischen Staaten werden die beiden letztgenannten Beeinträchtigungen zu einem eigenständigen "sexuellen Schaden" zusammengefasst, der also die anatomisch-funktionelle sexuelle Beeinträchtigung und die im Normalfall damit einhergehenden nicht somatischen Auswirkungen einschließt.

5. Bestimmte dauerhafte Folgeerscheinungen sind selbstverständlich mit Schmerzen verbunden. Bei der Begutachtung dieser Folgeerscheinungen müssen dann ebenso selbstverständlich die Schmerzen einbezogen werden, die normalerweise mit der körperlichen und geistigen Beeinträchtigung verbunden sind.

Schmerzen lassen sich nicht messen, der Mediziner kann ihre Stärke jedoch im Hinblick auf die Art der Folgeerscheinung, den beeinträchtigten Körperteil, die klinischen Symptome und die Ergebnisse spezieller ergänzender Techniken (Röntgenuntersuchungen, Elektrophysiologie usw.) ungefähr beurteilen. Er kann darüber hinaus eine qualifizierte Stellungnahme im Falle von außerordentlich starken anhaltenden Schmerzen abgeben.

#### **IV. PROJEKT ZUR VEREINHEITLICHUNG DER GERICHTS-MEDIZINISCHEN BEURTEILUNG VON BEEINTRÄCHTIGUNGEN DES MENSCHEN**

Nach der Konsolidierung stellt der Mediziner die folgenden dauerhaften Beeinträchtigungen fest:

##### **1. Rein subjektive Beeinträchtigung als Folge eines nachgewiesenen Traumas**

Der Mediziner kann sich zwar über die Plausibilität dieser Folgeerscheinung äußern, er kann sie jedoch weder feststellen, noch objektiv beurteilen, noch messen.

Wenn eine entschädigungsfähige Beeinträchtigung nicht genau messbar ist, dann besteht die am wenigsten ungerechte Methode in einer pauschalen Begutachtung.

Die Studiengruppe schlägt folglich vor, einen Mindestsatz für isolierte subjektive Symptome vorzusehen, deren Vorhandensein unter Berücksichtigung des Kontextes medizinisch vertretbar zu sein scheint.

##### **2. Rein anatomische Beeinträchtigung**

Wenn man in Betracht zieht, dass jeder einzelne Abschnitt der Gliedmaßen an einer Funktion beteiligt ist und dies ebenso für die Bestandteile der Sinnesorgane und der inneren Organe gilt, wird deutlich, dass eine rein anatomische Beeinträchtigung selten ist. Eine rein anatomische Beeinträchtigung ist beispielsweise eine Narbe ohne funktionelle Auswirkung oder der Verlust eines geringen Anteils äußerer Organe wie etwa eines Stücks der Nase oder der Ohrmuschel.

Es handelt sich hier um einen rein ästhetischen Schaden, der die sichtbare anatomische Beeinträchtigung sowie die Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, die automatisch damit einhergeht, umfasst.

Außergewöhnliche psychische Auswirkungen müssen gesondert beschrieben werden; sie sind, wenn sie die Qualität einer Neurose annehmen, sogar in einem anderen Rahmen zu werten, nämlich als eigenständige Komplikation.

Die Studiengruppe ist der Ansicht, dass der Mediziner nicht über die geeigneten Mittel verfügt, einen ästhetischen Schaden zu bemessen und ihn deshalb auch nicht beurteilen kann.

Die Beurteilung wird in mehreren Staaten traditionell durch einen Wert auf einer Skala zwischen 0 und 7 angegeben. Dies lässt dem untersuchenden Mediziner einen großen Ermessensspielraum. Die Verzerrung der Ergebnisse, die sich daraus ergibt, wird häufig durch die Subjektivität des Richters oder Verwalters bei der Entschädigung der

betroffenen Person noch verstärkt. Die Erfahrung zeigt, dass die subjektiven Anpassungen fast immer in dieselbe Richtung tendieren und sich die Folgen der Subjektivität jedes Beteiligten bei der Beurteilung und bei der Entschädigung nicht etwa aufheben, sondern vielmehr noch ergänzen.

Darüber hinaus kann in der Praxis die Tendenz festgestellt werden, dass die höchsten Werte der Bewertungsskala übermäßig häufig angesetzt werden, dabei sollten die Werte 6/7 und 7/7 nur in Ausnahmefällen vergeben werden, beispielsweise um die Folgen von Brandverletzungen dritten Grades des Gesichts und eines großen Teils der Körperoberfläche zu quantifizieren.

Die Studiengruppe ist der Meinung, dass eine gute klinische und topografische Beschreibung – gegebenenfalls durch Fotografien gestützt, die ohne Spezialeffekte aufgenommen sind – dem Entscheidungsträger ermöglicht, bei voller Kenntnis der Sachlage zu entscheiden, ohne dass eine medizinische Beurteilung notwendig wäre. Dies gilt um so mehr, weil er in vielen Fällen die Möglichkeit hat, sich durch eigene Inaugenscheinnahme ein Bild von der Schwere des Schadens zu machen.

Der Mediziner beschreibt also präzise und detailliert die abstrakte anatomische Beeinträchtigung und lokalisiert sie auf der Körperdarstellung.

Er äußert sich, falls er dazu aufgefordert wurde, über die kurativen (beispielsweise Chirurgie) oder kaschierenden (beispielsweise Schminken) Möglichkeiten und deren wahrscheinliche Ergebnisse.

### **3. Anatomisch-physiologische Beeinträchtigung**

Der Verlust eines Körperteils oder eines Teils davon, also eine anatomische Beeinträchtigung, führt automatisch auch zum Verlust der zugehörigen Funktion, so dass es sich in einem solchen Fall tatsächlich um eine anatomisch-physiologische oder anatomisch-funktionelle Beeinträchtigung handelt.

Eine Gelenkversteifung gehört ebenfalls in diese Gruppe.

Dasselbe gilt für die Beeinträchtigung eines Sinnesorgans, den Verlust einer Niere und selbst der Milz (die ja ebenfalls eine Funktion hat).

Die anatomisch-physiologische Beeinträchtigung bemisst sich im Verhältnis zur Gesamtfunktion des betreffenden Körperteils oder Organs; sie ist durch eine geeignete klinische Untersuchung, ergänzt durch die Berücksichtigung notwendiger Zusatzuntersuchungen, festzustellen.

Häufig wird eine anatomisch-physiologische Beeinträchtigung von schmerzhaften Phänomenen und/oder von zeitweiligen psychischen Auswirkungen begleitet: sie sind Teil der üblichen Auflistung von Folgeerscheinungen, die abzutrennen nicht richtig wäre.

Wenn sich die schmerzhaften Auswirkungen als außergewöhnlich schwerwiegend darstellen oder die psychischen Auswirkungen ein eigenes psycho-pathologisches Beschwerdebild ergeben, handelt es sich um Komplikationen, die eigenständig beurteilt und bei der Entschädigung unabhängig von der damit zusammenhängenden Folgeerscheinung behandelt werden müssen.

Die anatomisch-physiologische Beeinträchtigung ist, zusammen mit der spezifischen Beeinträchtigung der Psyche, von der weiter unten die Rede sein wird, die Hauptsache bei der Bilanz der Folgeerscheinungen.

Eine Beeinträchtigung dieser Art hat dauerhafte Folgen für das tägliche Leben jedes Menschen, der von ihr betroffen ist:

*"Unabhängig von seinem Beruf, seinem Lebensstandard, seinem Alter oder Geschlecht, verrichtet ein Mensch ab dem Zeitpunkt, an dem er morgens das Bett verlässt und bis er abends wieder zu Bett geht, eine Reihe elementarer Bewegungen, wie aufstehen, gehen, sich richten, ernähren, Auto fahren, soziale Kontakte zu anderen unterhalten, bei denen es sich um gewöhnliche Bewegungen des täglichen Lebens handelt."* (Lucas).

Bei Betrachtung des Menschen unabhängig von seinem speziellen sozioprofessionellen Umfeld (ein Begriff, der nicht zum Thema gehört, da er eine wirtschaftliche Ebene impliziert), muss jede dauerhafte körperliche und/oder geistige Folgebeeinträchtigung billigerweise zu einer Beurteilung führen, die, bei identischer Folgeerscheinung, für alle Menschen mit identischer körperlich-geistiger Ausgangslage auch identisch ausfallen muss.

Selbstverständlich darf diese Beurteilung weder mit dem Wohnsitz der betroffenen Person oder des Sachverständigen zusammenhängen, noch mit dem Ort, an dem sich der Unfall ereignet hat.

Die Folgebeeinträchtigung kann so medizinisch auf einer Skala zugeordnet werden.

Da sich diese Folgebeeinträchtigung auf einen Personenschaden bezieht, schlägt Lucas (1994) vor, sie als *Invalidität eines Menschen* zu bezeichnen, um sie klar von der Arbeitsunfähigkeit abzugrenzen. Diese Bezeichnung überschneidet sich jedoch in einigen Ländern mit anderen Termini, so dass besser von der "Beeinträchtigung der körperlichen und/oder geistigen Unversehrtheit" (abgekürzt BKGU) gesprochen werden sollte.

Aus diesem Grund erscheint die Erstellung eines "Europäische Richtskala der BKGU" gerechtfertigt.

Zu betonen ist, dass diese einheitliche europäische Skala auch nutzbringend als ein Bestandteil in die Verträge von Personenversicherungen integriert werden könnte.

#### **4. Psychische Beeinträchtigung**

Ob als Folge eines direkten Traumas der Psyche oder als Komplikation einer somatischen Beeinträchtigung, muss die psychische Beeinträchtigung aus demselben Blickwinkel betrachtet werden, wie die anatomisch-physiologische Beeinträchtigung:

- die genaue Diagnose kann unter Verweis auf einen Vertrag wie beispielsweise den DSM IV gestellt werden,
- ihre Intensität kann zuverlässig gemessen werden, unter anderem dank der modernen medizinisch-psychologisch-technischen Methoden,
- sie hat Auswirkungen auf das tägliche Leben, die bei identischer Folgeerscheinung bei jedem Menschen eine vergleichbare Größenordnung haben.



- sie kann daher in demselben System eingestuft werden wie die anatomisch-physiologischen Folgeerscheinungen, wobei für Beeinträchtigungen, deren Schwere durch ihre Auswirkungen auf das tägliche Leben feststeht, Höchstwerte festgelegt werden.

## **5. Die besonderen Schäden**

In Betracht gezogen werden ausschließlich Schäden, die festgestellt und/oder medizinisch erklärt werden können und die die Lebensqualität mindern.

### **5.1. Der ästhetische Schaden**

Der ästhetische Schaden ist die Folge einer anatomischen oder anatomisch-physiologischen Beeinträchtigung des Menschen, die bei der betroffenen Person eine Veränderung des Selbstbildes hervorruft, eine Veränderung des Bildes, das andere von der Person haben, sowie normalerweise eine vorübergehende psychische Beeinträchtigung (Auswirkungen, die über das normale Maß hinausgehen, müssen gesondert beschrieben werden).

Dieser Schaden wird durch den Richter quantifiziert, und zwar mit dem Ziel einer individuell abgestimmten Festlegung der Entschädigung auf der Grundlage einer genauen und objektiven Beschreibung des Mediziners (gegebenenfalls durch Fotografien gestützt, die ohne Spezialeffekte aufgenommen sind).

Der Medizinische Gutachter legt den Prozentsatz fest, den er der Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Unversehrtheit (BKGU) zuordnet, und zwar ausgehend von der anatomischen oder anatomisch-physiologischen Beeinträchtigung, die die Schädigung darstellt, durch die dieser besondere Schaden verursacht wurde. Dies geschieht abstrakt und ohne Ansehen der Person.

Beispiele:

- gerade verlaufende Narbe von 2 cm Länge im Bereich der Stirn ohne pathologischen Charakter, von der eine genaue und vollständige Beschreibung vorgelegt wurde. BKGU: 0 % (Beurteilung durch den Medizinischen Gutachter); ästhetischer Schaden (ÄS) bewertet durch den Richter nach Inaugenscheinnahme der betroffenen Person oder nach Einsicht in die Beschreibung.
- Narben infolge von Verbrennungen dritten Grades an Thorax und Gliedmaßen (35 % der Körperoberfläche), teilweise mit Keloidbildung, juckend, schmerzhaft, mit Ödembildung und Störungen der Wärmeregulierung: BKGU: 30 % (Medizinischer Gutachter); ÄS bewertet durch den Richter auf der Grundlage der Beschreibung des Mediziners.
- retraktile und verhärtete Narbe an der Achsel mit Verwachsung, die die Mobilität der Schulter bei Elevation und Rotation einschränkt. BKGU: 5 % (Mediziner), ÄS bewertet durch den Richter auf der Grundlage der Beschreibung des Mediziners.

- Person mit Lähmung der Beine; Fortbewegung im Rollstuhl oder auf zwei Krücken. BKGU: Wert der Lähmung (Mediziner), ÄS bewertet durch den Richter, der ohne einen weiteren Beitrag des Medizinischen Gutachters uneingeschränkt imstande ist, ein Urteil zu fällen.

## **5.2. Der sexuelle Schaden**

Die Beeinträchtigung des Genitalbereichs ohne Einbeziehung der Beeinträchtigung der Fortpflanzungsfähigkeit (diese ist, mit den im Allgemeinen damit einhergehenden psychischen Folgen, bereits in der anatomisch-physiologischen Beeinträchtigung berücksichtigt) ist in mehreren Staaten ein eigenständiger Schaden, der als "sexueller Schaden" bezeichnet wird.

Der sexuelle Schaden muss durch den Mediziner beschrieben werden, der durch eine systematische Untersuchung der möglichen Ursachen und unter Berücksichtigung der ursprünglichen Verletzung und ihrer eventuellen Komplikationen über die medizinische Plausibilität Auskunft gibt.

Der Mediziner ist nicht imstande, die Intensität des Schadens zu beurteilen und seine Quantifizierung bleibt dem Richter vorbehalten.

## **5.3. Die Schmerzen**

### *5.3.1. Dauerhafte Schmerzen*

Der Mediziner ist durch seine spezifischen Kenntnisse am besten geeignet, die Intensität der Schmerzen festzustellen, denen die betroffene Person aufgrund der Verletzungen, Behandlungen und der eventuellen Komplikationen ausgesetzt ist.

Er gibt diese Information an den Richter weiter und erläutert dabei die Gründe für die Beschwerden; wenn er damit beauftragt wird, quantifiziert er außerdem die Schmerzen, und zwar im Allgemeinen auf einer Skala von 0 bis 7.

### *5.3.2. Außergewöhnliche Schmerzen*

Hier ist von Schmerzen die Rede, die stärker sind als in der jeweiligen klinischen Situation üblich und die nicht vollständig durch den Wert der körperlich-geistigen Beeinträchtigung abgedeckt sind.

Der Mediziner legt fest, ob sie medizinisch erklärbar sind (Phantomschmerzen, Kausalgien usw.) und legt diese Information dem Richter vor; wenn er damit beauftragt wird, quantifiziert er sie, und zwar im Allgemeinen auf einer Skala von 0 bis 7.

## **5.4. Die Beeinträchtigung der Lebensfreude**

Sie wird in engerem Sinne berücksichtigt, und zwar als Beeinträchtigung bei spezifischen Freizeitbeschäftigungen.

Der Mediziner nimmt Stellung zu ihrer medizinischen Plausibilität im Zusammenhang mit der medizinisch feststellbaren körperlich-geistigen Folgebeeinträchtigung, mit der sie zusammenhängt.

Der Richter entscheidet darüber, ob es sich tatsächlich um einen besonderen Nachteil handelt, und urteilt über die quantitative Einstufung.

## **V. DIE NOTWENDIGKEIT EINER EUROPÄISCHEN SKALA DER INVALIDITÄT EINES MENSCHEN**

Der Medizinische Gutachter hört zu, beobachtet, misst, versteht und beschreibt, damit auch andere verstehen.

Wenn er sich auf diese Beschreibung beschränkt, die alle Bestandteile des Schadens umfassen muss, dann ist die Übertragung der Beschreibung auf die Ebene der Entschädigung durch den Entscheidungsträger eigentlich eine Interpretation: Die Weitergabe der Meinung des Mediziners an den Juristen läuft nicht ohne die Gefahr der Verfälschung ab. Dieses Risiko ist noch größer, wenn die medizinische Information in Form einer nicht bezifferten Beurteilung von einem Land in ein anderes Land geht und die Übersetzung die Gefahr birgt, dass leicht veränderte Schlussfolgerungen gezogen werden.

Um die Aufweichung der Ergebnisse der Gutachten zu vermeiden, die in diesem Stadium ihren Abschluss finden, scheint ein zusätzlicher Schritt notwendig zu werden, der den Sachverständigen dazu verpflichtet, die von ihm beschriebenen Sachverhalte so genau wie möglich zu quantifizieren. Dieser letzte Schritt der Zusammenfassung und Präzisierung besteht in der Quantifizierung der Folgeerscheinungen durch ein Zahlensystem, also durch einen bestimmten Wert.

Dieses System von Werten bringt, zum Zwecke der Gleichwertigkeit, die Notwendigkeit einer Richtskala mit sich.

Die Gruppe der Mediziner ist der Ansicht, dass die Schaffung einer einheitlichen europäischen Richtskala die einzige Möglichkeit ist, eine durch verschiedene Sachverständige in verschiedenen Ländern reproduzierbare Beurteilung zu ermöglichen, die bei identischen Folgeerscheinungen zu identischen Schlussfolgerungen führt.

Wenn eine Quantifizierung der Folgebeeinträchtigung durch einen Prozentsatz angestrebt wird, dann ist für die vollständige körperliche und geistige Unversehrtheit ein Wert von 0 % anzusetzen, und ein Wert von 100 % würde demnach den vollständigen Verlust aller Funktionen darstellen.

Es ist sehr schwierig, aber vielleicht nicht ganz unmöglich, den Wert der Organe und Funktionen zu hierarchisieren, wobei der gleichzeitige, vollständige Verlust das theoretisch in Betracht zu ziehende Maximum darstellt. Es ist hingegen sehr wohl möglich, eine Hierarchie für die Einschränkungen im Hinblick auf verschiedene Organanteile und für die Einschränkung innerhalb einer Funktion zu erstellen und auf diese Weise Richt- oder Basiswerte für charakteristische Folgeerscheinungen vorzulegen: Wert der Organe, Wert der Funktionen, Wert bestimmter typischer

Einschränkungen dieser Organe und Funktionen (Beispiel: Amputation, vollständiger Verlust einer Funktion, Ankylose, Gelenkversteifung usw.).

Erstellung der Basiswerte für genau definierte Folgeerscheinungen bedeutet, ein Gerüst, eine Infrastruktur für eine Skala zu schaffen.

Es liegt auf der Hand, dass die Basiswerte aus den herkömmlichen Verfahren hervorgehen.

Die Schaffung einer einheitlichen europäischen Skala setzt einen Konsens über die Werte voraus. Es wäre illusorisch, die Entschädigung von Personenschäden innerhalb Europas harmonisieren zu wollen, ohne zuvor für ein Auge, eine Hand oder einen versteiften Knöchel einen in allen Staaten der Europäischen Union gleichermaßen geltenden Wert vereinbart zu haben.

Wenn man heute die in den einzelnen Ländern geltenden Skalen vergleicht, stellt man in den meisten Fällen eine relative Übereinstimmung fest, jedoch teilweise auch Abweichungen, die nicht auf ein bestimmtes Land beschränkt sind.

Um eine europäische Skala zu erstellen, sind alle für die medizinische Beurteilung der Folgebeeinträchtigung erforderlichen Elemente zu berücksichtigen, indem diese Eingang in die Beurteilung finden:

- die eigentlichen klinischen Daten (die Untersuchung, bei der sie ermittelt werden konnten), einschließlich der körperlichen Beeinträchtigung mit den Phänomenen Schmerz und psychische Folgen, von denen der Mediziner weiß, dass sie üblicherweise mit einer solchen Beeinträchtigung einhergehen, und/oder die psychische Beeinträchtigung mit den eventuellen somatischen Phänomenen, von denen der Mediziner weiß, dass sie normalerweise mit einer solchen Beeinträchtigung einhergehen,
- die zusätzlichen Untersuchungen (Röntgen, EMG usw.) zur Objektivierung oder Quantifizierung,
- die Auswirkungen der Folgebeeinträchtigung auf den Menschen im täglichen Leben,

um so zu einem Wert zu gelangen, der die anatomisch-physiologische Folgebeeinträchtigung als Prozentsatz der Beeinträchtigung der körperlich-geistigen Unversehrtheit ausdrückt.

In dem zur Diskussion vorgelegten Entwurf muss die Triftigkeit der Beurteilungen überprüft werden, indem die in Anwendung der Skala erhaltenen Werte mit solchen Werten verglichen werden, die bei vergleichbaren Folgebeeinträchtigungen vergeben wurden und deren Werte dann logischerweise identisch oder ähnlich sein müssen. Diese Notwendigkeit ist die Garantie für die Übertragbarkeit unseres Ansatzes.

Soweit wie möglich müssen bei der Festlegung der Basiswerte die bisher in den verschiedenen Ländern anerkannten herkömmlichen Werte berücksichtigt werden, um so einen Konsens zu erleichtern.

Zuletzt muss ein abschließendes Korrektiv durch die Gegenüberstellung der empfohlenen Werte für verschiedene Folgeerscheinungen innerhalb einer bestimmten Funktion und eines bestimmten Organs eingeführt werden. Hier muss darauf geachtet werden, dass eine sinnvolle Abstufung innerhalb einer bestimmten Funktion oder eines bestimmten Organs eingehalten wird, was in den Skalen der einzelnen Länder nicht immer der Fall ist. Zwei Beispiele:

- die Summe der Werte für eine vollständige Beeinträchtigung des radialen und kubitalen Nervus medianus muss über dem Wert liegen, der für eine vollständige Beeinträchtigung des Plexus brachialis empfohlen wird (vollständiger Funktionsverlust entspricht dem Wert einer Armamputation), da es Überschneidungen zwischen den von den Nerven versorgten Bereichen gibt; der Sachverständige wird jedoch in einem solchen Fall darauf achten, dass der Wert der Amputation nicht überschritten wird,
- in den Skalen mehrerer Länder steht die Bewertung von Beeinträchtigungen des Nervus fibularis communis exterior und des Nervus fibularis communis interior in einem Missverhältnis zu dem Wert, der dem Funktionsverlust (Durchtrennung, Arthrodesse) zugeordnet wird; ein vergleichender Ansatz ermöglicht jedoch, im Hinblick auf eine größere Kohärenz bestimmte Korrekturen vorzuschlagen.

In bestimmten Fällen, insbesondere bei schweren beidseitigen Verletzungen der Arme und Beine, stößt man an die Grenzen des Systems, verursacht durch den verallgemeinernden Charakter aller anwendbaren Skalen. Der Sachverständige muss in einem solchen Fall nicht nur einen Wert festlegen, sondern vor allem beschreiben und erklären, was er im Übrigen systematisch machen sollte; angesichts einer Ausnahmesituation erhalten Beschreibung und Erklärung sogar eine grundlegende Bedeutung.

Bei Mehrfachfolgen im Zusammenhang mit ein und demselben Trauma, unabhängig davon, ob sich diese Folgeerscheinungen gegenseitig verstärken oder nicht, müssen die Regeln, nach denen die Skala angewendet wird, präzisiert werden, damit alle Sachverständigen in einem identischen Fall zu einem identischen Ergebnis kommen. Diese Regeln können nur rein empirisch sein. Sie führen zu einer bezifferten Beurteilung, die notwendigerweise die tatsächliche Schwere bei großen Mehrfachschädigungen aufweichen, da der Wert von 100 % nicht überschritten werden kann.

Zu überlegen ist, ob es nicht sinnvoll wäre, wenn der Medizinische Gutachter zwar in Anwendung der europäischen medizinischen Skala die Folgebeeinträchtigung der körperlichen und/oder geistigen Unversehrtheit quantifiziert, bei Mehrfachschädigungen unterschiedlicher Art jedoch vor Anwendung der oben aufgeführten Regeln den Wert angibt, den er für jede einzelne Beeinträchtigung festgestellt hat. Auf diese Weise wäre die Information des Entscheidungsträgers präziser, und er hätte die Möglichkeit, innerhalb des in den einzelnen Ländern zulässigen Spielraums eine auf den konkreten Fall abgestimmte Entschädigung der Schadensfolgen festzulegen.

Schließlich ist die Gruppe der Medizinischen Gutachter der Ansicht, und stützt sich hierbei auf die übereinstimmenden Erfahrungen seiner Mitglieder, dass der Gesamtwert

der Beeinträchtigung für die körperlich-geistige Unversehrtheit nur noch empfehlenden Charakter haben sollte, wenn der Wert 70 % übersteigt.

Die Beschreibung der Folgeerscheinungen und ihrer Auswirkungen auf das tägliche Leben (außerberufliche Tätigkeiten) muss im Zentrum der Aufmerksamkeit des Sachverständigen liegen und auch im Zentrum des Interesses der Richter oder Regulierer stehen.

### ***SCHLUSSBEMERKUNG***

Im Idealfall muss ein guter europäischer Sachverständiger und Medizinischer Gutachter:

- ein Spezialist bei der Beurteilung von Personenschäden sein,
- die Methodik der Begutachtung der ihm zur Beurteilung vorgelegten Schäden perfekt beherrschen,
- ein zuverlässiges Beurteilungssystem, also eine hochwertige Beurteilungsskala, überlegt anwenden.

So kann er für den Entscheidungsträger die Voraussetzungen für eine gerechte und angemessene Entschädigung schaffen.

#### *Die Gruppe der Medizinischen Gutachter:*

Deutschland: Dr. Walter STRECK

Belgien: Prof. Pierre LUCAS

Spanien: Prof. César BOROBIA

Frankreich: Dr. Hélène HUGUES-BEJUI

Italien: Prof. Marino BARGAGNA

Portugal: Prof. Duarte Nuno VIEIRA