

Aus der Hals- Nasen- und Ohrenklinik der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Selbständiger Funktionsbereich für Phoniatrie und Pädaudiologie
Leiter: Univ.-Prof. Dr. med. W. Angerstein

**Retrospektive Analyse phoniatriisch-pädaudiologischer Gutachten
des Universitätsklinikums Düsseldorf
im Zeitraum von 1998 bis 2009
nebst einer historischen Einleitung zur Begutachtung phoniatriisch-
pädaudiologischer Krankheitsbilder**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Andrea Kronenberg

2014

Als Inauguraldissertation gedruckt
mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.: Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Windolf
Dekan

Erstgutachter: Univ.-Prof. Dr. med. W. Angerstein
Zweitgutachter: Univ.-Prof. Dr. med. P. Angerer

Für meine Mutter

Ausgewählte Teile dieser Arbeit wurden veröffentlicht:

Angerstein, W.; A. Kronenberg: Retrospektive Analyse 80 phoniatriisch-pädaudiologischer Gutachten(anfragen). In: Gross, M., R. Schönweiler (Hrsg.): Aktuelle phoniatriisch-pädaudiologische Aspekte Bd. 21 (2013), S. 16-17 – ISBN: 978-3-00-043305-4

Zusammenfassung

Systematische Auswertungen gutachtlicher Einschätzungen von audio-verbalen Kommunikationsstörungen liegen, nach unserem Kenntnisstand, bislang nicht vor. Diese Tatsache veranlasste uns zu einer retrospektiven Analyse der phoniatisch-pädaudiologischen Gutachten des Universitätsklinikums Düsseldorf im Zeitraum von 1998 bis 2009, verbunden mit einer Darstellung der historischen Entwicklung der Begutachtung von Hör-, Stimm-, Artikulations- und Schluckstörungen.

Ziele der vorliegenden Arbeit sind

1. die medizinischen Konsequenzen derartiger Begutachtungen aufzuzeigen, und
2. potenziellen Auftraggebern Fakten und Daten an die Hand zu geben, um in ähnlich gelagerten Fällen mit audio-verbalen Kommunikationsstörungen Entscheidungshilfen zu haben.

Die Auftraggeber der durchgeführten Gutachten wurden schriftlich zum Ausgang des jeweils anhängigen Gutachtenverfahrens befragt. Die Auswertung erfolgte standardisiert nach 21 Kriterien. Entsprechend der Fragestellung und der Untersuchungsbefunde erfolgte die Einteilung in verschiedene störungsspezifische Kategorien: „Phonation“ (n=26), „Artikulation“ (n=21), „peripheres Hören“ (n=17), „auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung“ (n=5) und „Schlucken“ (n=3) sowie fachfremde Fragestellungen (n=12).

Zur Auswertung kamen 80 Gutachten-Akten (davon 56 hier durchgeführte und 24 aus unterschiedlichen Gründen abgesagte Gutachtenaufträge) von 77 zu begutachtenden Personen in einem durchschnittlichen Alter von 34,2 Jahren. Von diesen 77 Personen waren 61 % männlich und 39 % weiblich. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit eines durchgeführten Gutachtens betrug 7,7 Monate, dabei wurden durchschnittlich 4,0 gutachtliche Fragen gestellt und 15,1 Seiten verfasst. Bei 51 gutachtlichen Untersuchungen betrug die durchschnittliche Untersuchungsdauer 3,9 Stunden. In elf (19,6 %) der durchgeführten 56 Gutachten war Berufs(un)fähigkeit Bestandteil der Fragestellung. In fünf dieser elf Fälle handelte es sich um Berufsdysphonien. Bei 15 der 56 Gutachten (26,8 %) musste die medizinische Diagnose revidiert werden. In sechs von 21 Fällen (28,6 %) zeigte sich, dass weitere Therapiemaßnahmen (insbes. Logopädie) nicht sinnvoll waren. In 13 von 56 durchgeführten Gutachten (23,2 %) wurde ärztliches Fehlverhalten beklagt. Dies betraf u.a. das Nicht-Erkennen kindlicher Hörstörungen, fehlerhaft durchgeführte Operationen mit konsekutiver Stimm- oder Artikulationsstörung sowie Aufklärungs- und Dokumentationsmängel. In sieben Fällen (12,5 %) wurde das beklagte ärztliche Fehlverhalten nicht bestätigt, in drei Fällen (5,4 %) wurde es anerkannt. Insgesamt wurde das Begehren der Antragsteller seitens der Gutachter in 23 Fällen befürwortet und in 26 Fällen abgelehnt, von Seiten der Auftraggeber in 22 Fällen befürwortet und in 13 Fällen abgelehnt. Zu den Gründen für die Absage eines Gutachtenauftrages zählten v.a. fachfremde Fragestellungen (50,0 %), fehlender schriftlicher Gutachtenauftrag u./o. fehlende schriftliche Kostenzusage (20,8 %). Durch außergerichtliche Vergleiche und Anerkenntnisse oder Klagerücknahmen konnte in 17 von 26 Gerichtsverfahren (65,4 %) eine Zeit- und Kostenersparnis erreicht werden. Die Folgen von finanziellen Restriktionen der Auftraggeber kamen deutlich zur Darstellung: Innerhalb des Beobachtungszeitraums von zwölf Jahren kam es zu einer signifikanten Abnahme von Gutachtenaufträgen. Trotz Empfehlung wurden kaum Nachbegutachtungen durchgeführt.

Während die Lärmschwerhörigkeit in der Berufskrankheiten-Verordnung anerkannt wird, existiert keine Anerkennung beruflich belasteter Stimmen als Berufskrankheit. Zwar gibt es laut AHP und VersMedV theoretisch die Möglichkeit einer Höherbewertung bei „besonderem beruflichen Betroffensein“, in der Praxis machen die zuständigen Versorgungsämter von dieser Möglichkeit jedoch kaum Gebrauch.

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AHP	Anhaltspunkte
AVWS	auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BÄK	Bundesärztekammer
BEG	Bundesentschädigungsgesetz
BK	Berufskrankheit
BKV	Berufskrankheiten-Verordnung
BVG	Bundesversorgungsgesetz
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
d.h.	das heißt
dB	Dezibel
E.F.	teilweise Erwerbsfähigkeit
E.M.	Minderung der Erwerbsfähigkeit
e.V.	eingetragener Verein
et al.	et alii
evtl.	eventuell
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GdB	Grad der Behinderung
GdS	Grad der Schädigungsfolgen
ggf.	gegebenenfalls
GHBG	Gesetz über die Hilfen für Blinde und Gehörlose
HDI	Haftpflichtverband der deutschen Eisen- und Stahl-Industrie
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
HUK-Coburg	Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse kraftfahrender Beamter Deutschlands a.G. in Coburg
inkl.	inklusive
insbes.	insbesondere

i.S.	im Sinne
JVEG	Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz
Kap.	Kapitel
LVM	Landwirtschaftlicher Versicherungsverein Münster
MdE	Minderung der Erwerbsfähigkeit
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
n	Stichprobengröße
N.	Nervus
Nr.	Nummer
o.g.	oben genannt
PEG	Perkutane Endoskopische Gastrostomie
resp.	respektive
SchwbG	Schwerbehindertengesetz
sen.	senior
SES	Schallempfindungsschwerhörigkeit
SLS	Schallleitungsschwerhörigkeit
sog.	sogenannt
SVG	Soldatenversorgungsgesetz
u./o.	und/oder
u.a.	unter anderem
u.U.	unter Umständen
UNHS	Universelles Neugeborenen-Hörscreening
usw.	und so weiter
UV	gesetzliche Unfallversicherung
v.	von
v.a.	vor allem
v.H.	von Hundert
VdK	Verband der Kriegsbeschädigten
VersMedV	Versorgungsmedizin-Verordnung
VMG	Versorgungsmedizinische Grundsätze
vs.	versus
Z.n.	Zustand nach
z.B.	zum Beispiel

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Historische Entwicklung der Begutachtung audio-verbaler Kommunikations- und Schluckstörungen.....	1
1.1.1	Entwicklung der Begutachtung des Empfängerorgans (Ohr).....	1
1.1.2	Entwicklung der Begutachtung psychogener Hörstörungen inkl. Simulation und Aggravation	9
1.1.3	Entwicklung der Begutachtung der Sendeorgane (Kehlkopf, Artikulatoren).....	12
1.1.4	Entwicklung der Begutachtung von psychogenen Stimm- und Sprachstörungen	20
1.1.5	Schluckstörungen.....	22
1.1.6	Entwicklung des Nachteilsausgleiches	24
1.2	Problemstellung und Motivation zur Erstellung dieser Arbeit	26
2	Methodik.....	28
2.1	Auswertungskriterien der 56 angenommenen Gutachten	28
2.2	Auswertungskriterien der 24 abgesagten Gutachtaufträge.....	32
2.3	Gemeinsame Auswertung aller 80 Gutachtaufträge.....	33
2.4	Statistische Auswertungsmethoden.....	34
3	Ergebnisse.....	35
3.1	Auswertung der 56 angenommenen Gutachten	35
3.1.1	Rücklauf-Antwortrate auf das Anschreiben an die Auftraggeber.....	35
3.1.2	Störungsspezifische Kategorie des Gutachtens	35
3.1.3	Alter der Patienten zum Abschluss der gutachtlichen Untersuchungen	39
3.1.4	Geschlecht der begutachteten Personen.....	43
3.1.5	Auftragsjahr	44
3.1.6	Auftraggeber	45
3.1.7	Art des Gutachtens (Haupt- oder Zusatzgutachten).....	46
3.1.8	Anzahl der gutachtlichen Fragen	47
3.1.9	Gutachtliche Fragestellung(en).....	48
3.1.10	Zeitraum zwischen Auftragseingang und Fertigstellung des Gutachtens.....	50
3.1.11	Gründe für eine lange Bearbeitungszeit des Gutachtens	58
3.1.12	Umfang des Gutachtens (Anzahl der Seiten).....	59
3.1.13	Dauer der gutachtlichen Untersuchung.....	61
3.1.14	Für das Gutachten relevante Grunderkrankung(en).....	64
3.1.15	Für das Gutachten relevante sonstige Diagnosen	64
3.1.16	Vorschläge zur weiteren Abklärung der beklagten Beschwerden	64
3.1.17	Weiterbehandlungsvorschläge	65
3.1.18	Empfehlung von Nachbegutachtung(en) im Hinblick auf die Anzahl logopädischer Therapieeinheiten	65
3.1.19	Ausgang des gutachtlichen Verfahrens.....	66
3.1.20	Ärztliches Fehlverhalten	71
3.1.21	Berufs(un)fähigkeit	72
3.2	Auswertung der 24 abgesagten Gutachtaufträge.....	73
3.2.1	Störungsspezifische Kategorie des Gutachtens gemäß Fragestellung.....	73
3.2.2	Alter	73
3.2.3	Geschlecht.....	74
3.2.4	Auftragsjahr	74
3.2.5	Auftraggeber	75
3.2.6	Anzahl der gutachtlichen Fragen	75
3.2.7	Gutachtliche Fragestellung(en).....	75

3.2.8	Zeitraum zwischen Auftrag und Absage des Gutachtens	76
3.2.9	Grunderkrankung(en).....	76
3.2.10	Frage nach ärztlichem Fehlverhalten	77
3.2.11	Frage nach Berufs(un)fähigkeit	77
3.2.12	Gründe für die Absage eines Gutachtenauftrages.....	77
3.3	Gemeinsame Auswertung aller 80 Gutachtenaufträge.....	78
3.3.1	Störungsspezifische Kategorie des Gutachtens	78
3.3.2	Alter	78
3.3.3	Geschlecht.....	79
3.3.4	Auftragsjahr	79
3.3.5	Auftraggeber	80
3.3.6	Anzahl der gutachtlichen Fragen	82
3.3.7	Ärztliches Fehlverhalten	82
3.3.8	Berufs(un)fähigkeit	82
4	Diskussion	84
4.1	Kritische Betrachtung unserer Gutachten	84
4.1.1	Begutachtung der Sendeorgane.....	85
4.1.2	Begutachtung von peripheren Hörstörungen	88
4.1.3	Altersverteilung.....	89
4.1.4	Gutachtliche Fragestellungen.....	89
4.1.5	Auftraggeber	90
4.1.6	Interdisziplinärer Ansatz	91
4.1.7	Ärztliches Fehlverhalten	91
4.1.8	Berufs(un)fähigkeit	92
4.1.9	Aggravation und Simulation	93
4.1.10	Bearbeitungszeit.....	94
4.1.11	Ausgang der gutachtlichen Verfahren	94
4.1.12	Potenzieller Einfluss finanzieller Restriktionen auf die Gutachtenerstellung	95
4.1.13	Abgesagte Gutachten	96
4.2	Schlussfolgerungen	97
5	Literaturverzeichnis.....	100
6	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	108
7	Anhang	110
	Danksagung	
	Eidesstattliche Versicherung	

1 Einleitung

1.1 Historische Entwicklung der Begutachtung audio-verbaler Kommunikations- und Schluckstörungen

Im Jahre 1916 wurde „die älteste Begutachtungsrichtlinie, die den Namen „Anhaltspunkte“ (AHP) trägt“ durch den „wissenschaftlichen Senat der Kaiser-Wilhelm-Akademie“ in Berlin begründet (1). Diese wurde 1918 unter dem Titel „Anhaltspunkte für die militärärztliche Beurteilung der Frage der Dienstbeschädigung oder Kriegsbeschädigung bei den häufigsten psychischen und nervösen Erkrankungen der Heeresangehörigen“ in der „Deutschen Militärärztlichen Zeitschrift“ veröffentlicht (2). In dieser Publikation wurde ausschließlich der psychiatrische Bereich berücksichtigt. Audio-verbale Kommunikations- und Schluckstörungen wurden noch nicht erwähnt (2). 1920 wurden die Anhaltspunkte durch den Beschluss des Reichsversorgungsgesetzes erweitert und als „Anhaltspunkte für die Beurteilung der Minderung der Erwerbsfähigkeit nach dem Reichsversorgungsgesetz vom 12. Mai 1920“ fortgeschrieben (1,3). Diese enthielten auch Aussagen zu audio-verbale Kommunikationsstörungen („Organische Schwerhörigkeit und Taubheit“, „Schäden am Gaumen, am Kiefer und an den Zähnen, an der Zunge“, „Kehlkopfleiden“, „hysterische Stimmlosigkeit bzw. Stummheit“, „organische Stummheit“) (3). Die Anhaltspunkte wurden regelmäßig überarbeitet und erweitert und „vom jeweiligen für Arbeit und Soziales zuständigen Ministerium herausgegeben“ (1). Im Laufe der Jahre 1916 bis 2009 erschienen insgesamt 15 Auflagen der „Anhaltspunkte“: Von 1951 bis 1973 erschienen sie unter dem Titel „Anhaltspunkte für die Ärztliche Gutachtertätigkeit im Versorgungswesen (4–9). 1977 erschienen die „Anhaltspunkte für die ärztliche Begutachtung Behinderter nach dem Schwerbehindertengesetz“ (10). „Seit 1983 tragen die Anhaltspunkte den Titel „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht“ und gelten für beide Rechtsbereiche“ (1). Mit Wirkung zum 01.01.2009 wurden die Anhaltspunkte durch die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ – Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) ersetzt (11).

1.1.1 Entwicklung der Begutachtung des Empfängerorgans (Ohr)

Bereits im Mittelalter entwickelten „die einzelnen germanischen Völker“ „mehr oder weniger ausführliche Bußkataloge“ für Körperverletzungen. „Der ausführlichste Bußkatalog findet sich in der Lex Saxonum, die wahrscheinlich um 802 unter Karl dem Großen kodifiziert worden ist“ (12). Schon hier gab es Hinweise auf Entschädigungen bei Verletzungen des

Empfängerorgans Ohr. Dabei wurden die einseitige Taubheit mit 50 % und die beidseitige Taubheit mit 100 % einer Maximalbuße bewertet (12).

Im 12. Jahrhundert wurden „die Rechtsgrundsätze der 5 Bücher Mose (Thora)“ durch den jüdischen Philosophen Mose Maimonides (1135-1204) „interpretiert“ und „kodifiziert“. Dabei bedingte Taubheit vollständige Erwerbsunfähigkeit: „Wenn jemand auf eines anderen Ohr schlägt oder ihn ergreift und in sein Ohr bläst und ihn dadurch taub macht, so muss er ihm seinen vollen Wert zahlen, da er nun für keinerlei Arbeit mehr tauglich ist“ (12).

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts beschäftigten sich mehrere Ohrenärzte mit der Bewertung und Begutachtung von Hörstörungen.

Der Militär- und Ohrenarzt Adolf Passow (1859-1926) befasste sich 1898 mit „Untersuchungen von Ohrenkrankheiten nach Unfällen“. Dabei unterschied er zwischen ein- und doppelseitiger Hörstörung unter Berücksichtigung von Begleiterscheinungen (z.B. Schwindel). Er differenzierte zwischen Schwerhörigkeit und Taubheit. Die Prüfung der Hörweite für Flüstersprache sollte für jedes einzelne Ohr geschehen, während der Gehörgang der anderen Seite mit dem Zeigefinger fest verschlossen war (13).

Passow befasste sich 1905 im Rahmen seiner Ausführungen zu den „Verletzungen des Gehörorgans“ mit der Begutachtung posttraumatischer Hörstörungen (14).

Auf die Kernfragen eines Gutachtens, die auch heute noch Bestandteil der sog. Beweisfragen sind, wies er wie folgt hin: „Bei der Begutachtung und Beurteilung dieser Krankheitszustände müssen wir uns als leitende Gesichtspunkte vor Augen halten, ob ein Leiden besteht und welcher Art dieses Leiden ist, auf welche Weise es entstanden ist und welches die bereits eingetretenen und noch zu erwartenden Folgen für den Verletzten sind“ (14).

Er machte Vorschläge zur Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei verschiedenen Schwerhörigkeitsgraden (14). Die erforderlichen Hörprüfungen erfolgten „mittels Flüstersprache“ für Zahlen und Worte, „mittels Stimmgabeln“ (Weberscher, Rinnescher, Schwabachscher, Gelléscher Versuch) und bei festgestellter doppelseitiger Schwerhörigkeit „mittels Conversationssprache“ (heute Umgangssprache) (14).

Im Rahmen der Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft im Mai 1902 referierte der HNO-Arzt Friedrich Röpke (1864-1934) über die Abschätzung der Einbuße der Erwerbsfähigkeit durch Unfallverletzungen des Gehörorgans. Er arbeitete die Hörfähigkeit der Unfallverletzungen des Gehörorgans für einzelne Berufszweige heraus (15): Schon damals bemerkte er, dass „der Beruf, das Geschlecht, das Alter, der allgemeine körperliche und geistige Gesundheitszustand des Rentenanwärters“ Faktoren sind, „die bei der Festsetzung der Rentenhöhe mit in die Wagschale fallen“ (15). „Eine große Rolle spielte der Beruf des Verletzten“ (15).

Für die Beurteilung des Hörvermögens machte Röpke deutlich, dass streng zwischen einseitiger und beidseitiger Schwerhörigkeit oder Taubheit unterschieden werden muss. Auch er legte dabei für die „Funktionsprüfung“ die Flüstersprache zugrunde (15).

Der HNO-Arzt Georg Boenninghaus sen. (1860-1945) war wohl der erste, der sich noch detaillierter mit der Begutachtung von Ohrenkrankheiten beschäftigte, und eigene Vorschläge machte, wie Schwerhörigkeitsstufen abzugrenzen und mit welchem Prozentsatz der Teilrente sie zu bewerten seien.

In seinen Ausführungen bildeten die Begutachtung von Ohrenkrankheiten (Ohreiterung, Schwerhörigkeit, Schwindel) durch Unfall sowie die Begutachtung für Militärdienst und Lebensversicherung die wesentlichen Bestandteile. Wie Boenninghaus feststellte, traten damals vermehrt „junge Leute mit der Frage“ an die Ohrenärzte heran, „ob sie mit ihrem Ohrenleiden voraussichtlich werden dienen müssen“ (16).

In seinem Lehrbuch der Ohrenheilkunde (1908) zitierte er aus einem Referat von Röpke (1902): „Die Abschätzung des durch die Hörstörung verursachten wirtschaftlichen Schadens in Prozenten kann natürlich keine schematische sein. Sie hat außer dem Grad der Hörstörung die Bedeutung des Gehörs für die jeweilige Berufsart [...] zu berücksichtigen.“ In seinen damaligen Vorschlägen zur Bewertung von Hörschäden differenzierte Boenninghaus verschiedene Schwerhörigkeitsgrade nach der Bestimmung der Hörweite mittels Flüstersprache, und machte Unterschiede zwischen ein- und doppelseitiger Hörstörung (16).

1912 hat der HNO-Arzt Alfred Denker (1863-1941) die Gedanken von Passow und Boenninghaus aufgegriffen und machte seinerseits Vorschläge zur Abschätzung der „Verminderung der Erwerbsfähigkeit“ bei Hörstörungen. Er differenzierte die Hörschäden in ähnlicher Weise wie Boenninghaus (17). Zur Bestimmung des Grades der Schwerhörigkeit wurde auch zu dieser Zeit die Flüstersprache zugrunde gelegt (17).

Zusätzlich erwähnte er, dass andere Beschwerden wie z.B. subjektive Geräusche, Gleichgewichtsstörungen und Schwindel, die in Zusammenhang mit der Hörstörung aufgetreten seien, in der Bewertung der Einbuße der Erwerbsbeeinträchtigung mitberücksichtigt wurden (17). Auch er deutete an, dass in die Bewertung der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit der Beruf mit einbezogen werden müsse. Dies gelte für Berufe, in denen der Verletzte „auf den mündlichen Verkehr mit seinen Nebenmenschen angewiesen ist oder bei seiner Arbeit auf akustische Signale zu achten hat“ (17).

In den Anhaltspunkten von 1920 war „die Herabsetzung des Hörvermögens für gewöhnliche Umgangssprache bei Hören mit beiden Ohren“ maßgebend. Das Hörvermögen für Flüstersprache auf beiden Ohren sollte, zwecks Vergleichs der Prüfergebnisse zueinander, gesondert ermittelt werden. Die Angabe von „Sätzen“ für die Minderung der

Erwerbsfähigkeit erfolgte lediglich für eine Hörweite unter einem Meter, sowie für eine organische Taubheit auf beiden Ohren. „Fachärztliche Beurteilung ist hier nicht zu entbehren“ (3).

Bis Anfang der 1950er Jahre machten verschiedene Personen weitere Vorschläge zur Bestimmung von Schwerhörigkeitsgraden und zur Bewertung der Erwerbsminderung durch Hörstörungen. Soweit eruierbar, geschah dieses meist im Rahmen der Erstellung von Lehrbüchern und Vorträgen, die die gesamte ärztliche Begutachtung und das Versorgungswesen (Unfälle, Berufsschäden, Kriegsentschädigung) betrafen. Dabei fielen die gutachtlichen Untersuchungen und Bewertungen des Hörorganes sehr unterschiedlich aus und waren nicht miteinander vergleichbar.

Die Anhaltspunkte wurden im Mai 1951 vom Verband der Kriegsbeschädigten (VdK) weitergeführt. Für die Höhe der MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit) wurden die Hörstörungen nach „völliger Gehörlosigkeit“, „hochgradiger und mittlerer Schwerhörigkeit“ sowie Anzahl der betroffenen Ohren differenziert. Maßgebend war weiterhin die Umgangssprache (4). Die folgenden Auflagen der Anhaltspunkte wurden vom Bundesarbeitsminister herausgegeben und regelmäßig überarbeitet (1,5–11,18–21).

Im Dezember 1951 haben die HNO-Ärzte Johannes Koch (1901-1969) und Helmut Loebell (1894-1964) in Münster ein gemeinsames Referat über „Das Gutachten des Hals-, Nasen-, Ohren-Arzt“ gehalten. Dabei wurde die gutachtliche Beurteilung des Ohres von Koch, die gutachtliche Beurteilung von Nase, Nebenhöhlen, Mund, Rachen und Kehlkopf, einschließlich der Stimme und Sprache, von Loebell behandelt.

Koch machte ebenfalls eigene Vorschläge für die Bewertung von Hörstörungen. Neben der Beurteilung nach dem Schweregrad und der Anzahl der betroffenen Ohren, differenzierte er zusätzlich nach Berufen. Dabei unterschied er den allgemeinen Arbeitsmarkt und „besonders qualifizierte“ Berufe, die ein sehr gutes Gehör erfordern (22). Für die Beurteilung der Hörweite und des Schweregrades einer Hörstörung legte er, wie schon in den „Anhaltspunkten für die Beurteilung der Minderung der Erwerbsfähigkeit nach dem Reichsverordnungsgesetz vom 12. Mai 1920“ vorbeschrieben, die Umgangssprache zugrunde, und zwar mit folgender Begründung: „Maßgebend für die Verkehrsfähigkeit des Durchschnittsmenschen, d.h. für den allgemeinen Arbeitsmarkt, ist das Verstehen von Umgangssprache, allerdings nicht nur von Zahlworten, sondern auch von Sätzen“ (22).

Die Vorschläge von Koch wurden wenige Monate später (Mai 1952) von seinem HNO-Kollegen Richard Mittermaier (1897-1983) anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohren-Ärzte in Bad Reichenhall aufgegriffen (23). Seine Ausführungen wurden vom „Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und

Ohrenärzte“ genehmigt und im Dezember 1953 als „Richtlinien für die ohrenärztliche Begutachtung“ veröffentlicht (23). Mittermaier bemängelte eine auffallend geringe Bewertung der Funktionstüchtigkeit des Hörorgans im Vergleich mit den Prozentsätzen, die für andersgeartete Verletzungen, z.B. an den Extremitäten, zugebilligt wurden. Dies begründete er wie folgt: „Es geht um mehr als nur das Hören. Ohne Hören keine Sprache, ohne Sprache keine Geistesentwicklung und keine genügende geistige Leistung. Die bekannte psychische Belastung und die Einengung der Berufsaussichten des Ertaubten werden tatsächlich zu gering geachtet“ (24).

Seine Vorschläge für die Bemessung der Erwerbsminderung waren für den allgemeinen Arbeitsmarkt ausgelegt. Eine Erhöhung sollte unter Berücksichtigung der jeweils ausgeübten Berufstätigkeit für die Berufe erfolgen, für die ein gutes Hörvermögen Voraussetzung war. Zusätzlich sollte das Alter zum Zeitpunkt der Ertaubung bei der Festsetzung des Rentensatzes berücksichtigt werden, da „der Spätertaubte stärker behindert ist, als der Frühertaubte“ (23). Schwerpunkte der ohrenärztlichen Begutachtung waren weiterhin die Entschädigung von Folgen eines Unfalls oder von Kriegseinwirkungen. Die Differenzierungen und Bewertungen von Mittermaier waren dabei weitgehend konform zu den Ausführungen von Koch (24).

Bei der Hörprüfung fanden „die Flüstersprache und die Umgangssprache [...] Verwendung“ (23). „Als Maß der Hörfähigkeit“ wurde „das Verstehen von Worten in Meter-Entfernung“ festgelegt. Neben klassischen Stimmgabelprüfungen kamen zusätzlich nicht weiter erläuterte „audiometrische Untersuchungsverfahren“ zum Einsatz (23).

Anfang der 1950er Jahre entwickelte der HNO-Arzt Karl-Heinz Hahlbrock (1917-2003) den „Freiburger Sprachtest“, womit es Möglichkeiten gab, den Hörverlust in Prozenten auszudrücken (25). Da laut Mittermaier „mit Hilfe der Sprachaudiometrie eine genauere Einstufung des Sprachverständnisses möglich war“, sollten die Begutachtungsrichtlinien diesbezüglich ergänzt werden (26).

Der HNO-Arzt Hans-Georg Boenninghaus (1921-2005) und der Audiologe Dietrich Röser haben 1957 begonnen, „Hörprüfergebnisse, die bei der einfachen Feststellung der Hörweiten für Umgangs- und Flüstersprache gewonnen werden, mit denen der Sprachaudiometrie zu vergleichen“ (27), „da die Schwerhörigkeit [...] einmal durch das Hörvermögen für Umgangs- und Flüstersprache und zum anderen durch den Hörverlust für Sprache und den Diskriminationsverlust charakterisiert ist“ (27). Mit ihren Ausführungen veränderten sie die bis dahin übliche Festsetzung der Höhe „der MdE für den allgemeinen Arbeitsmarkt nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft der Hals-Nasen-Ohren-Ärzte“ nicht (27). 1958 haben sie Tabellen erstellt, die für die Bewertung von Schwerhörigkeitsgraden zugrunde gelegt wurden und auch heute noch, in veränderter und aktualisierter Form, Gültigkeit besitzen.

Dabei setzte sich der prozentuale Hörverlust aus a) der Hörweite für Umgangssprache und Flüstersprache („geprüft mit zweistelligen Zahlen“ (28) bzw. mit „zweisilbigen Zahlworten“ (29)) sowie b) dem Hörverlust für „zweistellige Zahlen“ in dB und dem Diskriminationsverlust für „einsilbige“ Prüfwörter in Prozent (Freiburger Sprachtest) zusammen (28). In der „Tabelle zur Ermittlung der MdE“ führten sie, neben der bis dahin gültigen Einteilung der Schwerhörigkeitsgrade, zusätzlich „Kombinationen bei beidseitig verschieden starker Schwerhörigkeit“ auf (28).

Die Vorschläge von Mittermaier (23), Boenninghaus und Röser (28) zur Bestimmung und Einteilung der Schwerhörigkeitsgrade sowie Empfehlungen für die Höhe der MdE wurden in der Ausgabe 1958 (7) der Anhaltspunkte berücksichtigt.

Da der Sonderdruck der 1951 in Münster gehaltenen Referate von Koch und Loebell (22) rasch vergriffen war, und aufgrund eines großen Interesses der HNO-Kollegen, erfolgte 1959 die Erstellung eines broschierten Buches (30). Dafür wurden die o.g. Referate von Koch und Loebell überarbeitet. Koch schloss sich dabei den Empfehlungen bzw. Richtlinien von Mittermaier an (30).

Im Jahre 1962 machte der HNO-Arzt Harald Feldmann (geb. 1926), im Rahmen eines Vortrages über „Die quantitative Beurteilung von Hörstörungen in der Begutachtung“ vor der „Deutschen Audiologischen Arbeitsgemeinschaft“, „Vorschläge zu neuen Richtsätzen der MdE bei Hörstörungen“. Dafür erstellte er eine „Tabelle zur Ermittlung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in Prozent bei Hörstörungen für alle Kombinationen von Schweregraden zwischen rechtem und linkem Ohr“. Der „prozentuale Hörverlust“ wurde dabei aus den Tabellen von Boenninghaus und Röser ermittelt (31). Die Tabelle „stützt sich auf 2 Eckpfeiler, die einseitige und die beiderseitige vollständige Taubheit“ (32). 1963 hat der Vorstand der Gesellschaft Deutscher Hals-Nasen-Ohren-Ärzte „die neuen MdE-Sätze als offizielle Empfehlungen der Gesellschaft bestätigt“ (33). „Diese Einschätzung hat die Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung und des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Sitzung vom 29.10.1964) gefunden“ (32) und wurde in die „Verwaltungsvorschriften des Bundesversorgungsgesetzes“ sowie in die „Ausgabe 1965 der Anhaltspunkte“ übernommen (8,34).

1968 bezog sich Koch bei der Bewertung von Hörstörungen auf die Anhaltspunkte des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung von 1965 (8) und übernahm die entsprechende Tabelle. Sie war hinsichtlich der Schwerhörigkeitsgrade weiter differenziert und enthielt insgesamt etwas höhere Prozentsätze im Vergleich zu den Aufstellungen von Boenninghaus, Denker, Koch und Mittermaier in den Jahrzehnten zuvor. Koch betonte, dass

es sich „nicht um starre Vorschriften“ handelte und die Werte, mit ausreichender Begründung, auch abgeändert werden könnten (35).

1973 wurden von Boenninghaus und Röser „neue Tabellen zur Bestimmung des prozentualen Hörverlustes für das Sprachgehör“ veröffentlicht, „die die seit 15 Jahren geltenden Tabellen (28) [...] ablösen“ sollten (36). „Die Hörweitenprüfung“ sollte „ohne Sprachaudiometrie nicht mehr zur Grundlage der Bewertung einer Schwerhörigkeit gemacht werden“ (36). Der prozentuale Hörverlust setzte sich zusammen aus a) der Hörweite für Umgangs- und Flüstersprache („auf jedem Ohr getrennt“) für „versilbige Zahlwörter“ bei „normaler Umgangssprache und leiser Flüstersprache“, sowie b) dem Hörverlust für „zweistellige Zahlen“ in dB und dem Gesamtwortverstehen („aus der Wortverständniskurve errechnet“) nach dem Sprachaudiogramm (35,36). „Dem Ergebnis der sprachaudiometrischen Untersuchung“ sei „in Zweifelsfällen gegenüber den Ergebnissen der Hörweitenbestimmung wegen der größeren Genauigkeit der Vorzug zu geben“ (36). Die neuen Tabellen wurden von den HNO-Ärzten Harald Feldmann und Tilman Brusis (geb. 1941) erprobt und mit den alten Tabellen von 1958 (28) „anhand von 500 Sprachaudiogrammen Lärmschwerhöriger“ verglichen. „Dabei zeigte sich, dass geringfügig alle, aber in stärkerem Maße die geringgradigen Schwerhörigkeiten nach der neuen Tabelle günstiger bewertet werden“ (37).

1976 führte Feldmann das Werk von Koch und Loebell nach „völliger Neugestaltung“ und mit einem erweiterten Konzept fort (32). Die von ihm „wiedergegebene Tabelle der MdE-Sätze für Hörstörungen“ ging auf seine eigenen Vorschläge von 1962 und 1963 zurück (32).

Aufgrund von Kritik, „daß die Stufung für symmetrische Schwerhörigkeiten zu grob sei“, wurde eine aktualisierte Tabelle erstellt. Diese „wurde auf der Jahreshauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie 1974 wiederum als offizielle Empfehlung beschlossen. Ohne an den früheren Tabellenwerten etwas zu ändern, sind hier für die symmetrische beiderseitige Schwerhörigkeit Zwischenwerte eingefügt, so daß sich Abstufungen von 5-10 % ergeben. Die Bereiche des prozentualen Hörverlustes für die einzelnen Schwerhörigkeitsgrade sind nicht mehr überlappend sondern Stoß an Stoß gestaffelt.“ [...] „Daraus ergeben sich zwangsläufig [...] Zwischenstufen“ (32). Diese aktualisierte Tabelle wurde in die Anhaltspunkte 1977 übernommen (10).

1972 machte der HNO-Arzt und Pädaudiologe Odo von Arentsschild (1921-2008) im Rahmen eines Vortrages vor der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Audiologen in Heidelberg „sehr detaillierte Vorschläge“ für die MdE-Bewertung von Hörstörungen und gehörbedingten Sprachstörungen, die von Feldmann 1976 aufgegriffen wurden (32). Nach unserem Kenntnisstand war v. Arentsschild der Erste, der darauf hinwies, dass bei der MdE-Einschätzung speziell bei Kindern auch die audiogene Sprachentwicklungsretardierung

berücksichtigt werden muss. „Bei Kindern, deren Entwicklung auf sprachlichem, geistigem und seelischem Gebiet durch eine hochgradige Schwerhörigkeit oder Taubheit erheblich beeinträchtigt ist, muss auch der mit der Hörstörung zusammenhängende geistige und sprachliche Entwicklungsrückstand in die Bewertung mit einbezogen werden“ (32). Es wurde differenziert nach Alter, Zeitpunkt des Auftretens und Schweregrad der Hörstörung, „Sprechverständlichkeit“ und Wortschatz (32). Im Jahre 1973 wurde in den Anhaltspunkten erstmals die „Taubheit [...] bei Kindern je nach Sprachstörung“ bewertet (9). Ab 1977 wurden Sprachstörungen bei kindlicher Taubheit nach Zeitpunkt des Auftretens und Schweregrad differenziert (10).

Bereits 1965 vermutete der HNO-Arzt Ernst Lehnhardt (1924-2011), dass „Gutachten wegen einer berufsbedingten Schwerhörigkeit, insbesondere Lärmgutachten, [...] für die kommenden Jahre in größerer Zahl zu erwarten“ wären. Dies zeichnete sich nach Anerkennung der „Lärmschwerhörigkeit als Berufskrankheit“ ab (38).

Eine „Änderung in der Berufskrankheitenverordnung“ (1968) hat dann tatsächlich zu einer Zunahme der Begutachtungen von Lärmschwerhörigkeiten geführt, während Kriegsverletzte „in den ersten Nachkriegsjahren im Vordergrund der ärztlichen Begutachtung standen“ (32). „Im Bereich der Wehrdienstbeschädigungen sind es [...] Fragen der Verschlimmerung alter anerkannter Schädigungsfolgen, während frische Verletzungen selten sind. Dafür kommen vermehrt Straßen- und Arbeitsunfälle zur Begutachtung. Neue Bereiche der gutachtlichen Tätigkeit sind in den Vorsorge- und Eignungsuntersuchungen eröffnet worden“ (32). In den folgenden Jahren stand die Lärmschwerhörigkeit weiter im „Vordergrund des Interesses“ (39) und behauptete „zahlenmäßig [...] ihre zentrale Stellung in der Begutachterpraxis des HNO-Arztes“ (40).

Feldmann war, wie schon Koch und Mittermaier zuvor, der Auffassung, dass die bis dahin gültigen MdE-Werte für Hörstörungen verschiedentlich als zu niedrig angesetzt wurden. Er nahm Bezug auf „eine im Auftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung durchgeführte Studie (Richtberg 1980)“, die „im Vergleich mit Hirnverletzten und Blinden die schwerwiegenden psychosozialen Auswirkungen von Schwerhörigkeit und Taubheit“ zeigte (39).

„Im Sinne einer objektiven Überprüfbarkeit und einer gleichmäßigen Behandlung aller Versicherten“ empfahl Feldmann, „sich an die Vorschläge zu halten, die von den Behörden und Gerichten allgemein akzeptiert worden sind. Das ist die MdE-Tabelle der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie in Verbindung mit den Tabellen von Boenninghaus und Röser, und [...] die Richtlinien des Königsteiner Merkblattes“ (39).

„In Zusammenhang mit der [...] Vorbereitung einer Neufassung der Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“ wurde 1995 „eine neue MdE-Tabelle für die Hörstörungen entwickelt“. Diese Tabelle war „für alle Bereiche der Begutachtung nach gesetzlichen Vorgaben“ (41) „als verbindliche Richtlinie“ (41) von der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung beschlossen worden (41).

Feldmann befasste sich 1997 eingehender mit erblichen und erworbenen frühkindlichen Hörstörungen. Eine Hörstörung bei einem Kind würde meist erst „gegen Ende des ersten Lebensjahres diagnostiziert“, wenn eine „mangelnde Sprachentwicklung auffällt“. Zur Klärung der Ätiologie sollte „ein erfahrener Pädaudiologe einbezogen werden“ (41). Zur „Einschätzung der MdE durch frühkindliche Hörstörung ist immer [...] die Sprachentwicklung mit zu berücksichtigen.“ Hier verwies Feldmann auf die Vorschläge des Pädaudiologen v. Arentsschild (41).

In den nachfolgenden Auflagen des Werkes „Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes“ verwiesen Feldmann und ab 2012 der Koautor Brusis auf die jeweils gültigen GdB/MdE-Richtsätze für Hörstörungen, die in den „Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit“ bzw. in der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ festgelegt worden waren bzw. sind.

Seit der Auflage 1996 der AHP gab es bis zum Jahr 2009 (VersMedV) keine wesentlichen Änderungen oder Neuerungen in den Empfehlungen für die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bzw. den Grad der Schädigungsfolgen (GdS) oder den Grad der Behinderung (GdB) (1,11,19–21).

Zur Begutachtung von auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS) fanden sich in der Literatur keinerlei Hinweise.

1.1.2 Entwicklung der Begutachtung psychogener Hörstörungen inkl. Simulation und Aggravation

In seinem „Lehrbuch für Ohrenheilkunde“ beschrieb Boenninghaus die „traumatische nervöse Schwerhörigkeit [...] resp. Taubheit“ in Zusammenhang mit der „traumatischen Hysterie“ (16). „Traumatische Hysterie schliesst sich mit Vorliebe an leichte Kontusion des Kopfes an und führt ein- oder doppelseitig zur Schwerhörigkeit, selten zu Taubheit“ (16). Die Hörstörung wäre „am auffälligsten, wenn es sich dabei um plötzliche komplette Taubheit handelt“ und „wenn sie ausnahmsweise beide Seiten befällt.“ „Veranlassung war meist Schreck, Zorn, Angst“ (16). „Häufiger aber als das psychische Trauma gibt körperliches

Trauma, namentlich Kopftrauma, Veranlassung zu hysterischer Anästhesie des Akustikus“ (16). Hierbei wurden „zwei Verlaufsformen“ unterschieden: entweder sofort einsetzende Hörstörung, oder Auftreten im Verlauf von Stunden oder Tagen oder noch später nach dem Trauma. Laut Boenninghaus beträfe diese Hörstörung „fast ausschließlich Entschädigungsberechtigte, und die Wurzel der Störung liegt in der „Rentenbegehrung“, d.h. in dem Wunsch, Rente zu besitzen und in der Überzeugung, sie auch zu verdienen“ (16).

Bei widerspruchsvollen Angaben des Patienten während der Untersuchung „liegt erfahrungsgemäß meist traumatische Hysterie mit Beteiligung des Gehörs zugrunde“ (16). „Erst wenn kein Anhaltspunkt für Hysterie aufzufinden und wenn auch kein Anhaltspunkt für die sogenannte vasomotorische Kopfneurose vorhanden ist [...] erst dann trete man der Frage der Simulation näher“ (16).

Denker beschäftigte sich 1912 mit der Simulation von Schwerhörigkeit und Taubheit. Er stellte heraus, dass es verschiedene Gründe dafür gebe, eine „doppelseitige oder einseitige Taubheit oder Schwerhörigkeit“ zu simulieren oder zu aggravieren, um „persönliche Vorteile“ zu erlangen. Dies wären z.B. „durch Übertreibung oder Simulation der Folgen der Verletzung eine Rente herauszuschlagen“ oder die „Befreiung vom Militärdienst zu erlangen“ (17). Demnach sei es „für den Arzt von großer Wichtigkeit, Mittel an der Hand zu haben, Methoden zu kennen, mit denen man eine Simulation entlarven kann“ (17). Den Aufwand der Diagnostik beschrieb er wie folgt: „In manchen Fällen ist es unmöglich, durch einmalige Untersuchung zum Ziel zu kommen“ (17).

In den 1950er Jahren referierten Mittermaier und Koch über psychogene Hörstörungen, Simulation und Aggravation (24,30,35).

Feldmann hat sich 1966 im Rahmen eines Beitrags zur Begutachtung ebenfalls mit psychogenen Hörstörungen und Simulation beschäftigt. Er empfahl, die Hörprüfungen bei der Untersuchung durch sog. „Simulationsproben“ zu ergänzen (34). Zum besseren Verständnis gab er Definitionen für die verschiedenen Begriffe an:

„Simulation ist bewusste Vortäuschung eines Körperschadens mit dem Ziel, sich hierdurch Vorteile zu verschaffen. Bei der Aggravation wird ein tatsächlich vorhandener Schaden größer dargestellt, als er in Wirklichkeit ist. Dissimulation ist Verbergen eines Körperschadens, zum Beispiel bei Einstellungsuntersuchungen. Von diesen bewussten Täuschungsversuchen muß der Fall abgegrenzt werden, bei dem der Untersuchte selbst einer Täuschung über seine Sinnesfunktion unterliegt (psychogene oder hysterische Hörstörung), also nicht wie bei der Simulation Subjekt, sondern Objekt der Täuschung ist.“ „Die Unterscheidung zwischen psychogener Hörstörung und Simulation kann auf Grund der Untersuchungsbefunde nicht getroffen werden, da beide die gleichen Reaktionen

zeigen“ (34). „Der otologische Gutachter wird sich, abgesehen von ganz klaren Fällen, oft mit der Feststellung begnügen müssen, dass die objektiv erkennbaren Reaktionen im Widerspruch zu den bewussten Angaben des Untersuchten stehen, und es den Spruchbehörden überlassen, hieraus die nötigen Schlüsse zu ziehen. In allen Versicherungs- und Versorgungszweigen bedingen rein funktionelle, nichtorganische Störungen keinen Anspruch auf Entschädigung“ (34).

Der HNO-Arzt Erhard Lüscher (1894-1979) machte bereits einige Jahre zuvor (1959) im Rahmen seines Kongreßberichts über „Psychische Faktoren bei Hals-, Nasen- und Ohrenleiden“ darauf aufmerksam, „daß nach akustischen Traumen und Schädelunfällen psychogene Hörstörungen mit allen Übergängen von unbewußten hysterischen Mechanismen bis zur vollbewußten Simulation verhältnismäßig häufig sind, namentlich in Form von Aggravation unfallbedingter organischer Schäden oder vorbestandener Ohrerkrankungen als psychische Überlagerungen“ (42). Zusätzlich hatte er auf die „schwierige Frage der Unterscheidung zwischen unbewußter psychischer Störung und bewußter Simulation bzw. Aggravation“ hingewiesen (42). Als Schwierigkeit führte er an, dass „alle Übergänge zwischen raffinierter bewusster Aggravation bzw. Simulation über eine halbbewußte Vortäuschung bis zur unbewußten Schwerhörigkeit“ vorkämen (42).

Feldmann führte 1966 weiter aus, dass „ursächlicher Zusammenhang zwischen psychogener Hörstörung und schädigendem Ereignis [...] verneint werden“ müsse, „da wesentliche Bedingungen für ihre Entstehung nicht Schädigung, sondern in der Persönlichkeit verankerte, abnorme seelische Reaktionsbereitschaft ist. Die Auffassung, dass rein psychische Reaktionen keine Rechtsansprüche begründen können, ist für die verschiedenen Zweige der Sozialversicherung, das Versorgungswesen und die private Schadensersatzregelung durch Gerichtsentscheide bekräftigt worden“ (34).

1989 betrachtete Feldmann die Kennzeichen der psychogenen Hörstörungen erneut. „Seit es eine wissenschaftliche Beschäftigung mit Hörstörungen gibt einschließlich der Bemühungen, die Funktionseinbuße exakt zu messen, ist immer wieder beobachtet worden, dass einzelne Patienten bei der Hörprüfung Werte angeben, die nicht ihrem echten Hörvermögen entsprechen können“ (43). Feldmann nannte als mögliche Ursachen:

1. Der Patient hat die Aufgabe bei der Hörprüfung nicht verstanden oder kann aus anderen Gründen nicht kooperieren.
2. Der Patient versucht bewusst, eine Hörstörung vorzutäuschen, in der Regel, um sich dadurch versicherungsrechtlich einen Vorteil zu verschaffen.
3. Psychische Fehlhaltung, die sich mehr oder weniger unbewusst in der Symptomatik einer Hörstörung äußert.

„Die psychogene Hörstörung gilt als selten“ (43). „In der Praxis ist es wichtig, frühzeitig den nicht-organischen Charakter der Hörstörung zu erkennen. Dann können auch kostspielige und risikoträchtige Maßnahmen, wie Anpassung von Hörgeräten, wiederholte wochenlange stationäre Behandlungen, Computertomographie und digitale Subtraktionsangiographie vermieden werden“ (43).

Wie sein HNO-Kollege Koch (30) empfahl Feldmann zur Abgrenzung einer psychogenen Hörstörung von einer Simulation die Mitbeurteilung durch einen Psychiater. „Für die Begutachtung ist diese Unterscheidung indessen von untergeordneter Bedeutung. Ein Entschädigungsanspruch besteht in beiden Fällen nicht“ (12).

Bis heute sind psychogene Hörstörungen kein Bestandteil der „Anhaltspunkte“ (1–10,18–21) bzw. der Versorgungsmedizin-Verordnung (11).

1.1.3 Entwicklung der Begutachtung der Sendeorgane (Kehlkopf, Artikulatoren)

Bereits seit Mitte des 19. Jahrhunderts wurden „äußerlich sichtbare Verletzungen“ im Bereich des Kopfes und der Extremitäten begutachtet, während die „Bedeutung der Verletzungen im Bereiche der oberen Luftwege [...] erst seit Beginn“ des 20. Jahrhunderts zunahm (44).

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts beschäftigte sich der österreichische Laryngologe Ottokar von Chiari (1853-1918) ausführlich mit der „Ärztlichen Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der Erkrankungen der oberen Luft- und Speisewege.“ Er definierte den sachverständigen Arzt als „Spezialisten für Krankheiten der Nase, des Rachens, der Zunge, des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Bronchien und der Speiseröhre“ (45). Chiari beschrieb u.a. Verletzungen des Kehlkopfes, des Gaumens, des Rachens und der Zunge, deren Folgen sowie die „Aufgaben des sachverständigen Arztes.“ Aufgrund seiner geschützten Lage seien Verletzungen des Kehlkopfes selten. Sie wurden eingeteilt in äußere und innere Verletzungen: Äußere: „Erschütterung, Quetschung, Verrenkung und Bruch der Knorpel, Schusswunden, Stich- und Schnittwunden“. Innere: „durch Überanstrengung der Kehlkopfmuskeln beim Schreien, Singen oder Erbrechen, durch Fremdkörper, die vom Munde her hineingelangen, durch ärztliche Eingriffe und endlich durch Verbrühung oder Verätzung“ (45).

Aufgabe in der Begutachtung sei es, u.a. „die Erwerbsunfähigkeit des Verletzten ziffermäßig zu schätzen“ (45). „Der Arzt hat auch zu entscheiden, ob die E.F.“ (teilweise Erwerbsfähigkeit) „dauernd aufgehoben oder vermindert ist oder nur vorübergehend. Er wird sich gewöhnlich längere Beobachtung dazu ausbedingen, um zu erklären, ob die E.F. dauernd vernichtet oder herabgesetzt bleiben wird“ (45). Die E.F. könne auch durch „Defekte des Gaumens oder der Kiefer, welche das Kauen, Schlingen oder Sprechen behindern“ und so

„die Ernährung oder die Sprache erschweren“, herabgesetzt werden (45). „Bei der Beurteilung der herabgesetzten oder aufgehobenen E.F. muß man selbstverständlich Rücksicht nehmen auf alle persönlichen Umstände des Betroffenen, so auf seinen Beruf, auf seine ganze Ausbildung und namentlich auf sein Alter“ (45). Chiari zitierte § 224 aus dem Reichsstrafgesetzbuch für das deutsche Reich von 1871 (46), der im Jahre 1998 in den § 226 des Strafgesetzbuches aufgegangen ist (47). Darin ist lediglich von dem Verlust der Sprache die Rede; eine Differenzierung in Stimme und Sprache unterbleibt also bis heute (45). Der „Sanitätsrath“ und „Königliche Bezirks-Physikus“ sowie „Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten“ Ludwig Becker (1844- Sterbedatum nicht eruierbar) wies in seinem „Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit“ schon 1895 auf eine Unterscheidung von Stimme und Sprache hin: „denn Stimmstörungen, wie Heiserkeit, Klanglosigkeit, oder selbst Stimmlosigkeit ist noch nicht gleichbedeutend mit Sprachlosigkeit“ (48). Den „Einfluss“ von „Störungen der Sprache auf die Erwerbsfähigkeit“ setzte Becker mit denen von „Gehörs-Störungen“ gleich: „In allen Fällen, in welchen die Verständigung mit Andern nicht beeinträchtigt ist, findet auch kaum ein Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit statt; erst wenn diese Verständigung aufgehoben oder erheblich erschwert ist, leidet die Verwendbarkeit des Verletzten für gewisse Berufszweige. Dieses Verhältnis muss im einzelnen Falle genau erörtert und gewürdigt werden“ (48).

Im Jahre 1919 hat der HNO-Arzt Alfred Denker (1863-1941) im Rahmen eines Vortrages im „Halleschen Ärzteverein“ („Über Kriegsverletzungen des Kehlkopfes und der Luftröhre unter Berücksichtigung der Rentenansprüche der Verletzten“) (49) Vorschläge zur „zweckmäßigen“ Unterscheidung des Grades der Beeinträchtigung von Atmung und Stimme gemacht (49). Verletzungen des Kehlkopfes waren vor dem Krieg zahlenmäßig wenig und „meist unbedeutende“ gewesen (49). Nach dem Krieg stellte sich „die Frage nach der Erwerbsbeschränkung und den Rentenansprüchen“ von Kriegsbediensteten mit Kehlkopfverletzungen. „Diese Ansprüche sind natürlich je nach den Störungen, die nach den Verletzungen zurückgeblieben sind, verschieden zu bewerten“ (49).

Denker unterschied vier Gruppen je nach „Grad der Beeinträchtigung von Atmung und Stimme“ mit zugehöriger Einschätzung der Erwerbsfähigkeit. Er differenzierte dabei nach Notwendigkeit der Versorgung mit einer Kanüle und nach der Art des Berufes der Geschädigten (stimmbelastet, körperlich arbeitend und geistig arbeitend). Als Berufe, die „auf die Sprache als ihr Handwerkszeug angewiesen“ sind, wurden z.B. „Prediger, Lehrer, Sänger, Richter, Rechtsanwälte, Redner, Offiziere“ erwähnt (49).

In den Anhaltspunkten von 1920 wurden neben der Beeinträchtigung von Stimme und Atmung auch Artikulationsorgane berücksichtigt. „Schäden am Gaumen, am Kiefer [...] an

den Zähnen“ und „an der Zunge“ wurden „nach dem Grade ihrer Einwirkung auf Sprech-, Kau- und Schluckvermögen“ sowie Auswirkung auf den jeweiligen Beruf beurteilt (3). „Lehrer, Prediger, Rechtsanwälte, Richter usw. werden durch Störungen der Stimmbildung in höherem Grade in ihrer Erwerbsfähigkeit gemindert werden als etwa Handwerker bei dem gleichen Leiden“ (3). Es gab orientierende „Sätze“ für die „Versehrtheitsrente“ im Rahmen eines Gewebeverlustes bei den Artikulationsorganen (3). Die Beeinträchtigung der Stimmbildung wurde nach Art des Grundleidens (z.B. Rekurrenslähmung, bösartige Geschwulst, hysterische Stimmlosigkeit bzw. Stummheit, organisch bedingte Stummheit) und des „erwählten bzw. ausgeübten Berufes“ beurteilt. Es wurde eine grobe Einteilung für „Sätze“ der Minderung der Erwerbsfähigkeit angegeben, in der die Qualität der Stimme (z.B. Aphonie, Heiserkeit), die Notwendigkeit einer Kanülenversorgung und der Kehlkopfverlust berücksichtigt wurden (3).

Der österreichische HNO-Arzt Hermann Marschik (1878-1969) befasste sich 1923 in seinem Artikel über „Die Berufsberatung vom Standpunkt der Laryngo-Rhinologie“ (50) und 1928 in seinem Beitrag im „Handbuch der Hals- Nasen- Ohren- Heilkunde“, Band 3, „Die Krankheiten der Luftwege und der Mundhöhle“ (44) ausführlich mit dem Thema der „Unfallsbegutachtung, Erwerbsfähigkeit“ und „Berufsberatung“.

Die Rolle von Stimme und Sprache für die Gesellschaft und für die Berufswahl begründete Marschik wie folgt: „Entsprechend der Bedeutung, die die Stimme und vor allem die Sprache für den Menschen als Gesellschaftsindividuum hat – baut sich doch das ganze Leben der heutigen Menschheit auf die Sprache auf, die heutigen Verbände von Individuen, wie Familie, Gemeinde, Nation und Staat wären ohne die Sprache undenkbar, Verlust oder Unterbindung der Sprache bedeutet immer einen schweren psychischen Schock – , wird es nur wenige Berufe geben, die der Sprache ganz entraten können“ (50). Er beschrieb Stimme und Sprache folgendermaßen: „Für die Stimme ist neben der Expiration mit hinreichend kräftigem Luftstrom (Anspruchsrohr) intakter Zustand und Funktion der Stimmlippen nötig“. „Die Sprache verlangt, abgesehen von der Intaktheit der nervösen Leitungsbahnen (Sprachzentrum usw.) die normale Funktion der an der Lautbildung (Artikulation) beteiligten Organe des Ansatzrohres, also Nase, Gaumen, Rachen, Zunge, Zähne, Lippen“ (50). „Genau genommen ist als Verlust der Sprache nur die wissenschaftlich als Aphasie bezeichnete Störung im Großhirn anzusehen. In der Praxis hat sich aber die Sitte eingebürgert, darunter den Verlust der Fähigkeit zu verstehen, sich durch artikulierte Laute verständlich zu machen“ (44).

Verletzungen waren in Zusammenhang mit dem „Heeresdienst“ und „Berufs- oder Gewerbekrankheiten“ zu unterscheiden (44).

Verschiedene HNO-Ärzte forderten „zur Bemessung von Dauerrenten immer längere Beobachtung, da sich z.B. die Stimme mit der Zeit wiederherstellen kann“ (44). „Immer größere Erfahrung und genauere Beobachtung [...] haben gezeigt, wie weit die Folgen auch schwererer Verletzungen einer weitgehenden Besserung fähig sind, vor allem in Bezug auf die Organfunktion (Stimme und Atmung), z.B. Rekurrenslähmungen, dass andererseits durch Anpassung und Gewöhnung an die Unfallfolgen mit der Zeit die Erwerbsfähigkeit immer mehr gebessert wird“ (44). „Erfolge der modernen Sprachheilkunde [...] machen selbst bei vollkommen ausgeschaltetem oder fehlendem Kehlkopf [...] eine [...] verständliche Stimme und damit Sprache möglich“ (44). Die Laryngoskopie sei dabei eine wichtige Methode zur Klärung der Diagnose (organische Lähmung vs. Simulation oder hysterische Neurose) und „erfordert [...] einen erfahrenen Laryngologen“ (44).

Marschik hat sechs Berufsgruppen unterschieden, für die „die Stimme (und Sprache) sozusagen das Handwerkszeug ist“:

1. Berufe, bei denen eine „besonders klangvolle und ausgebildete Stimme benötigt wird (Sänger, Schauspieler, usw.)“,
2. Berufe mit „ausdauernder“ Stimme „(Schauspieler, Redner und Lehrberufe)“,
3. „Berufe, in denen von Berufswegen viel gesprochen werden muß“ (z. B. „Vertreter, [...], Agent, Telephonistin, Beamter in allen Ämtern und Bureaus mit starkem Parteienverkehr“),
4. Berufe mit „besonders starker Stimme (Kommandoberufe, z.B. auch Werkmeister und Arbeiter in lärmenden Betrieben)“,
5. Berufe, in denen „weniger“ eine „schöne oder kräftige als angenehme Stimme erforderlich ist (alle Berufe, die mit dem Publikum in Berührung kommen müssen, wie Verkäufer usw. oder in der Familie mit Kindern zu tun haben, wie Privatlehrer usw. und wo höhere Grade von Heiserkeit aus Furcht vor ansteckenden Krankheiten hinderlich sind)“,
6. Berufe, „die vollkommene oder fast vollständige Stimmlosigkeit vertragen“ (z.B. „die verantwortlichen und leitenden Stellen aller Berufszweige, Aufsichtsbeamte, Werkführer und Unterweisungspersonal, soweit es nicht unter sub 4 fällt, alle Botenberufe usw., [...] Hilfsarbeiter, Tagelöhner, Fabriksarbeiter in unverantwortlicher Stellung, vor allem auch in stark lärmenden Betrieben, [...]“) (44,50).

„Es brauchen also weder Tracheotomierte noch ganz Stimm- und Sprachlose von jeder Erwerbstätigkeit und –Arbeit ausgeschlossen zu sein“ (44).

„Von den pathologischen Veränderungen der Stimme beobachten wir alle Abstufungen von leichter „Belegtheit“ bis zur vollständigen Stimmlosigkeit“ (50).

Der HNO-Arzt Alfred Brüggemann (1882-1971) hat 1934 die Ausführungen von Chiari, Denker und Marschik aufgegriffen. Er postulierte, dass „die Festsetzung der Erwerbsminderung bei Patienten mit Kehlkopf- und Luftröhrenverletzungen [...] eine besondere Erfahrung“ erforderte (51). Aufgrund der möglichen Besserung der Funktion nach schwerer Kehlkopfverletzung sollte initial eine Erwerbsminderung „nie als eine dauernde ausgesprochen werden“. „Häufige Nachprüfungen, die lange Zeit durchgeführt werden müssen, sind unbedingt erforderlich“ (51).

In seinem Referat „Was muß der Hals-Nasen-Ohrenarzt von Sprach- und Stimmheilkunde wissen?“ aus dem Jahre 1938 legte der HNO-Arzt und Phoniater Max Nadoleczny (1874-1940) dar, dass Stimmstörungen „mit dem Kehlkopfspiegel allein nicht erkannt, nicht erklärt und [...] nicht behandelt werden“ könnten. „Die Laryngologie kann ohne Funktionsprüfung nicht mehr auskommen“ (52). Die Untersuchung sollte durch „Vertaubung“ (Lombardscher Versuch) und Laryngo-Stroboskopie ergänzt werden (52). Der größte Teil der Sprachstörungen seien „Sprachentwicklungshemmungen, oder wenigstens aus solchen ableitbare Störungen, also Krankheiten des Kindesalters“ (52). Nadoleczny forderte für „die Begutachtung Sprach- und Stimmkranker [...] einige Erfahrung auf diesem Gebiet“ und dass „nur Sprach- und Stimmärzte betraut würden“ (52). Dies verdeutlichte er in seinem Aufsatz „Zur Methodik stimmärztlicher Gutachten“ (53). „Das Stimmorgan mit seinen gewaltigen und unendlich fein abgestimmten Leistungen darf [...] niemals nach dem laryngoskopischen Bild und den Verhältnissen des Ansatzrohres allein beurteilt werden. [...] Soll aber über die stimmliche Leistungsfähigkeit ein gutachtliches Urteil abgegeben werden, so muß stets neben einer genauen klinischen Untersuchung auch eine umfassende, den stimmphysiologischen, wissenschaftlich belegbaren Verhältnissen gerecht werdende Funktionsprüfung vorgenommen werden. Eine solche Untersuchung ist jedoch nur dem möglich, der neben den Kenntnissen eines Facharztes der Kehlkopfheilkunde noch über ein eingehendes Wissen in der Stimm- und Sprachheilkunde verfügt“ (53).

Weitergeführt wurden die Gedankengänge von dem österreichischen HNO-Arzt und Phoniater Gottfried Eduard Arnold (1914-1989), der 1948 in seinem Werk „Die traumatischen und konstitutionellen Störungen der Stimme und Sprache“ einen Vorschlag zur Einteilung von Sprachstörungen, „analog“ zum Grad von Stimmstörungen, machte. Er unterschied dabei:

1. „Völligen Verlust der Artikulation“,
2. „starke Artikulationsstörungen“,
3. „leichte Artikulationsstörungen“ und
4. „fast oder völlig normale Sprechfähigkeit“ (54).

Zusätzlich zeigte er verschiedene „berufliche Anforderungen an die artikulierte Sprache“ auf:

1. „Besonders schöne und fehlerlose Aussprache“ (Schauspieler),
2. „normale und ungestörte Artikulation und Diktion“ („alle im öffentlichen Leben stehenden Redner, Lehrer, Anwälte, Politiker oder Priester; [...] alle mit dem Publikum in Berührung kommenden und auf einen guten Eindruck Wert legenden kaufmännischen Angestellten, Sekretäre, Verkäufer, Vertreter, Kellner, Pförtner oder Auskunftorgane; [...] alle auf eine gewisse Autorität angewiesenen Beamten oder Polizeiorgane; [...] häuslichen Angestellten, Erzieher und Hauslehrer“),
3. „leichte Artikulationsstörungen ohne Beeinträchtigung der guten Verständlichkeit der Sprache“ („Handwerker und Arbeiter“),
4. „schwere Artikulationsstörungen jeder Art, zu denen auch das Stottern und die Taubstummensprache gehören“ („Schneider, Tischler, Buchbinder, Setzer usw.“) (54).

Die Anhaltspunkte von 1920 (3) wurden 1951 bis 1954 in nahezu unveränderter Einteilung und Bewertung weitergeführt (4–6). Neu hinzugekommen waren 1951 lediglich Aphasie, Apraxie und Agnosie, die den „hirnpathologischen Anfällen“ nach Hirnverletzungen zugeordnet wurden (4). Diese wurden nach ihrer Ausprägung in drei Kategorien eingeteilt („leichten Grades“, „mittelschweren Grades“ und „schweren Grades“) und auch in den folgenden Auflagen der Anhaltspunkte identisch nach den drei Schweregraden klassifiziert. Seit 1996 (19) werden sie unter der Bezeichnung „Hirnschäden mit kognitiven Leistungsstörungen“ aufgeführt.

Im Dezember 1951 hat der HNO-Arzt und Phoniater Helmut Loebell die gutachtliche Beurteilung von Nase, Nebenhöhlen, Mund, Rachen und Kehlkopf einschließlich der Stimme und Sprache behandelt (22). Nach seiner Meinung fanden Gutachtenfragen in Bezug auf Mund, Rachen und Kehlkopf sowie Stimm- und Sprachstörungen in der Literatur bis zu diesem Zeitpunkt im Gegensatz zum Ohr wenig oder fast gar keine Berücksichtigung (22). „Gewerbekrankheiten“ von Rachen und Kehlkopf wurden „unter den Berufskrankheiten meist noch gar nicht aufgeführt“ (22). Soweit eruierbar, gab es Anfang der 1950er Jahre im Schrifttum keine einheitlichen Richtlinien in der Begutachtung (22).

Loebell unterschied in seinen Ausführungen Störungen der Sprache und der Stimme. Die Beurteilung für Sprachstörungen durch den Verlust der Zunge bewertete er „eher“ als „zu günstig als zu niedrig“, da bei „intensiver Behandlung“ nach einigen Wochen häufig wieder eine sprachlich gute Verständigung möglich gewesen sei. Loebell schlug deshalb statt sofortiger Bewilligung einer Dauerrente eine vorläufige E.M. (Minderung der Erwerbsfähigkeit) vor (22).

Bei der Festsetzung der Erwerbsminderung für Schäden am Kehlkopf gab es im Schrifttum ebenfalls viele verschiedene Richtlinien (22). Diesbezüglich hat Loebell einen eigenen, zusammenfassenden Vorschlag gemacht. Dabei differenzierte er nach „Kanülenträger mit normaler“ und „ohne Stimme“, „Verlust des Kehlkopfes“, „Kehlkopfverlust mit Stimmstörung und Atembehinderung (Dauerkanülenträger)“, „Kehlkopfverengung mit Atembeschwerden“, „Recurrenslähmung“, „doppelseitiger Recurrenslähmung mit Atembeschwerden“, „Stimmstörung bei a) Rednern, Sängern“, „b) körperlich Arbeitenden“ und „c) geistig Arbeitenden“ (22). Die E.M. wurde „von der Art und Stärke der Stimmstörung abhängig gemacht, wobei ganz besonders der Beruf des Stimmgeschädigten berücksichtigt werden muß.“ Auch Loebell erwähnte „sog. Redende Berufe“: „Lehrer, Prediger, Schauspieler, Sänger und Ärzte“ sowie „alle Beamten und Angestellten mit Publikumsverkehr“ (22).

„Die Notwendigkeit des Kanülentragens sowie das Bestehen von Luftfisteln“ hatte zur damaligen Zeit auch eine „Bedeutung als äußere Verunstaltung“, vor allem bei Frauen, da in vielen Berufen ein „gefälliges Aussehen verlangt“ wurde und die „Heiratsmöglichkeiten“ herabgesetzt waren (22).

Loebell war der Meinung, dass die bisherige Beurteilung „Kehlkopftotalexstirpiertes“ zu günstig war, da die sog. „Ösophagussprache“ es ermögliche, auch Berufe, die die Stimme erfordern, auszuüben (22).

In den „meisten Fällen“ gelänge es „durch Stimmbehandlung“ und weitere Maßnahmen „wieder eine brauchbare Stimme zu schaffen“. „Eine nicht unbeträchtliche Zahl“ von Recurrenslähmungen ginge „ohne jede Behandlung“ zurück, „wenn man nur genügend lange wartet. Daher empfehlen sich Nachbegutachtungen“ (22). Diese Ausführungen und Vorschläge führte Loebell 1959 in einem broschierten Buch (30) in weitgehend unveränderter Weise fort.

1958 wurden in den Anhaltspunkten zum ersten Mal „funktionelle Stimmstörungen“ erwähnt, und dass diese „besonders kritischer Wertung“ bedürfen (7). Zusätzlich wurde in die Tabelle zur Beurteilung der Minderung der Erwerbsfähigkeit „Heiserkeit“ aufgenommen (7). Im Jahre 1965 wurde die bestehende „MdE-Tabelle“ um die beidseitige Rekurrenslähmung unter Berücksichtigung der Atembehinderung erweitert (8).

Nach dem Tode von Loebell wurde das gemeinsame Gutachtenbuch (35) von seinem Kollegen Koch überarbeitet und fertiggestellt (35). Koch bezog sich dabei in den Abschnitten über die Stimm- und Artikulationsorgane teilweise auf die Ausführungen von Loebell (35). Er wies aber auch auf „Richtlinien“ für die prozentuale Abschätzung der Höhe der MdE hin, „die mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung abgesprochen“ waren (35). Seine

Darlegung der „Anhaltspunkte für die Abschätzung der MdE“ im Bereich der Mundhöhle und oberen Luftwege entsprach denen der Ausgabe der Anhaltspunkte von 1965 (8), war aber durch die bereits von Loebell in den Auflagen zuvor erwähnte einseitige Rekurrenslähmung sowie durch Stimmstörungen in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit ergänzt worden (35). In einem Unterkapitel ging er auf die Schädigungen der „sog. Stimmberufe“ (v.a. Sänger und Schauspieler) ein und bezeichnete diese als „professionelle Funktionsstörungen der Stimme“. Im Rahmen einer Berufsberatung seien hier „spezielle stimmärztliche Kenntnisse erforderlich“ (35).

Im Jahre 1973 wurde in den Anhaltspunkten eine Sprachstörung nicht mehr nur im Hinblick auf einen „erheblichen Gewebsverlust der Zunge“, sondern allgemein „durch Veränderungen in der Mundhöhle“ berücksichtigt (9). Wie in der Darstellung von Koch 1968 (35), wurde die Rekurrenslähmung hinsichtlich der Ein- oder Beidseitigkeit differenziert beurteilt (9).

Der HNO-Arzt Feldmann führte das Werk von Koch und Loebell im Jahre 1976 nach „völliger Neugestaltung“ fort (32). Er differenzierte die Störungen der Stimm- und Artikulationsorgane hinsichtlich der Zuordnung von MdE-Richtsätzen noch weiter in Abhängigkeit von Verständlichkeit und Qualität der Stimme/Sprache sowie in Abhängigkeit von Begleiterscheinungen (32). Erstmals wurde „Stottern“ bewertet (32). Ursächlich für Stottern wurden erbliche oder erworbene hirnorganische Veränderungen, neuropathisch-psychologische Faktoren sowie ein „schweres Schockerlebnis in der Kindheit“ erwähnt (32). Die Schwierigkeit, allgemeine Richtsätze anzugeben, begründete Feldmann wie folgt: Die Höhe der „MdE durch Verletzungen und Erkrankungen des Kehlkopfes richtet sich in erster Linie nach den funktionellen Auswirkungen auf die Atmung und die Stimme. Körperlich Arbeitende werden mehr durch eine Atemstenose, geistig Arbeitende evtl. mehr durch eine Stimmstörung beeinträchtigt“ (32).

„Funktionelle Stimmstörungen“ träten häufig bei sog. „Sprechberufen“ (z.B. Lehrerinnen, Kindergärtnerinnen, Pfarrern, Dozenten u.a.) und Sängern auf. „Als Berufskrankheit können derartige Stimmstörungen nicht gelten, da keine von außen einwirkende berufsbedingte Schädigung vorliegt. Sie sind vielmehr nur der Ausdruck dafür, daß der Stimmapparat den besonderen Anforderungen, die der Beruf mit sich bringt, nicht gewachsen ist, oder daß er nicht genügend dafür ausgebildet worden ist“ (32).

Feldmann forderte, „daß jeder, der einen Sprechberuf ergreifen will, auf seine Eignung hierzu durch einen Phoniater untersucht wird und daß er im Rahmen seiner Ausbildung eine Sprechstimmerziehung mitmacht“ (32).

In den Anhaltspunkten wurde im Jahre 1977 die sog. „Heilungsbewährung“ eingeführt (10). Diese besagt, dass für Erkrankungen, bei denen Rezidive zu erwarten sind oder die im

besonderen Maße die Belastbarkeit des Körpers betreffen, im Falle der Besserung des Gesundheitszustandes ein angemessener Zeitraum abzuwarten ist, der je nach Erkrankung eine unterschiedliche Länge aufweist.

Die Bewertungen der MdE für Mundhöhle und obere Luftwege wurden weiter differenziert im Hinblick auf Verletzung bzw. Erkrankung und qualitative Folgen (z. B. Sprechfähigkeit, Sprache, Stimme). Berücksichtigt wurden u.a. „Gaumenspalte“, „Verlust“ und „Teilverlust des Kehlkopfes“, „Dauerkanülenträger nach Luftröhrenschnitt“, „Rekurrenslähmung“, „Artikulationsstörungen“, „Stottern“ und „Stimmstörung“ (10). Diese Differenzierung wurde 1983 mit geringen Änderungen und Erweiterungen fortgeführt. Die Gaumenspalte wurde erstmals auch in Kombination mit einer Lippen- oder Kieferspalte beurteilt (18).

Feldmann bezog sich in den Folgeauflagen (1984 bis 2012) seines Buches „Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes“ im Wesentlichen auf die Richtsätze der jeweils gültigen Fassung der Anhaltspunkte (12,39–41,55,56). Im Dezember 1997 wurde das durch Asbestose verursachte Larynxkarzinom in die Berufskrankheitenverordnung mit der BK-Nr. 4104 aufgenommen (55).

In den Anhaltspunkten aus dem Jahre 1996 wurden die Richtlinien unter Berücksichtigung von Erkrankungsmaß und Begleiterscheinungen wie in den Vorjahren weitergeführt. Neu waren differenzierte Bewertungen für verschiedene Kombinationen von Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Velumspalten bei Kindern. Stimmstörungen und Rekurrenslähmungen wurden unter dem Oberbegriff „Funktionelle und organische Stimmstörungen“ zusammengefasst und bewertet (19). Die folgenden Auflagen der Anhaltspunkte (AHP 2004-2008) und aktuell die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV 2009) wurden nahezu unverändert weitergeführt (1,11,20,21).

1.1.4 Entwicklung der Begutachtung von psychogenen Stimm- und Sprachstörungen

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts hat Becker Sprachstörungen als Folge einer „traumatischen Neurose“ genannt, welche „sehr verschiedenartig und keinem einheitlichen Typus unterzuordnen“ gewesen seien. Er deutete dabei auch „die Möglichkeit“ einer Simulation an (57).

Chiari hat 1911 einen möglichen „Verlust und Schwächung der Sprache durch heftige psychische Einwirkung“ erwähnt. Da diese Folge „meist nicht dauernd“ sei, empfahl er zur Beurteilung „eine längere Beobachtung“ (45).

In den Anhaltspunkten wurden 1920 allgemein „die seelisch bedingten (psychogenen) Störungen, einschließlich der Unfälle“ den „funktionellen Neurosen“ zugeordnet. Sie seien

„nicht als auch nur ähnlich schwer anzusehen wie organische Krankheiten und daher grundsätzlich anders zu bewerten“ (3). Für die sog. „hysterische Stimmlosigkeit bzw. Stummheit“ sei dabei „nur zeitige E.M. anzunehmen. Bezüglich der Höhe der Sätze“ waren „das Grundleiden und die Erwerbstätigkeit von besonderer Bedeutung“ (3).

1923 führte Marschik „die nervösen Störungen“ mit Einfluss auf Stimme und Sprache genauer aus, da sie „einen breiten Raum in der Kehlkopfpathologie“ eingenommen hätten. Er gliederte diese in funktionelle und organische Störungen. „Auf allgemein funktioneller Grundlage“ befänden sich „Hysterie, Neurasthenie“ und verschiedene „Neurosen, meist durch Unfälle, wie wir sie in gehäufte Zahl im Kriege beobachten konnten. Besonders zu nennen wäre funktionelle Aphonie und die Dysphonia spastica, wo es zum Verlust der Stimme durch paradoxe Kontraktion der Taschenfalten während der Phonation kommt, die die Stimmlippen am Schwingen hindern“ (50). „Bei den hysterischen Aphonien sind die Stimmlippen ganz normal, aber die Stimme kommt nicht zustande, weil sich die Stimmlippen nicht zum normalen Glottisspalt schließen wollen“ (50). Er führte aus, dass „nicht vergessen werden“ darf, „daß die funktionellen Störungen [der Stimme] sehr unter dem Einfluß des Zustandes des gesamten Nervensystems bzw. der Psyche (Hypochondrie, Neurasthenie) stehen und z. B. durch Aufregungen, Sorgen, Unzufriedenheit, unangenehme Erlebnisse des Berufes oft gesteigert werden, wenn nicht geradezu hervorgerufen werden“ (50).

Auch Nadoleczny äußerte sich 1938 zu psychogenen Störungen der Sendeorgane: „Der Einfluß seelischer Vorgänge auf die Stimme drückt sich schon in dem Wort „Stimmung“ aus. Stimmhöhe und Stimmstärke nehmen in gehobener Gefühlslage zu, der Zorn beschleunigt das Zeitmaß. Umgekehrt sinkt die Stimme und verliert an Lautheit in bedrückter Gefühlslage, das Zeitmaß wird verlangsamt. Pathologische Seelenzustände beeinflussen die Stimme in hohem Maße“ (52). „Die hysterische Heiserkeit und Stimmlosigkeit“ träte „gewöhnlich plötzlich auf“ und müsse „eigentlich in einer Sitzung beseitigt werden.“ „Lehrreich“ wäre dabei, „den seelischen Zusammenhang, der zur Störung geführt hat, zu erkennen“ (52).

Loebell beschrieb 1951 die Schwierigkeit, den Grad der „Leistungsbehinderung“ „gerade bei den reinen Stimmstörungen“ festzustellen, da hierbei „mehr als sonst seelische Ursachen mitwirken“ (22). Sein Kollege Koch schrieb 1968: „Eine der wichtigsten Neurosen ist die psychogene Aphonie, über die es ein großes Schrifttum gibt. Aber auch Phonasthenien mit dem laryngoskopischen Bild der beidseitigen Internusparese liegen oft psychogene Faktoren zugrunde. Hier beschäftigt uns bei Berufssängern und Schauspielern, soweit sie rentenversichert sind, die Frage der Berufsunfähigkeit“ (35). „Als Ursache [...] spielen psychische Traumata eine entscheidende Rolle, [...] ferner Überarbeitung und fixierte Beschwerden nach überstandener Erkrankung (Sinusitis, Laryngitis). Für die diagnostische

Klärung ist psychische Exploration erforderlich – gute Zusammenarbeit mit einem an solchen Fragen interessierten Psychiater unabdingbar“ (35). „Die Auffassungen über die Ätiologie von Sprachstörungen z.B. des Stotterns sind sehr divergierend. Deshalb ist deren versicherungsmedizinische Bewertung oft sehr schwierig“ (35).

Feldmann gab 1976 an, dass „unter den nichtorganischen Sprachstörungen“ „lediglich das Stottern eine gewisse Bedeutung für den HNO-Gutachter“ habe. Ursächlich für das Stottern gab er „erbliche oder erworbene hirnorganische Veränderungen und neuropathisch-psychologische Faktoren“ sowie ein „schweres Schockerlebnis in der Kindheit“ an. Dann würde „die Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang und dem Stellenwert des äußeren Ereignisses im Verband des multifaktoriellen Geschehens aktuell und damit die Frage nach der Höhe der MdE oder anderen Entschädigungsmaßen. Für die Zusammenhangsfrage“ sei neben der „Eigen- und Fremdanamnese“ eine „Analyse der Persönlichkeitsstruktur von besonderer Bedeutung.“ Zusätzlich bemerkte er, „daß sich zu diesen Fragen nur ein speziell ausgebildeter und erfahrener Gutachter äußern kann“ (32). 2006 beschrieb er, dass „bleibende oder vorübergehende Stottersymptome bei neurologischen Erkrankungen und bei psychologisch/psychiatrischen Grundstörungen wie nach einem chronischen Stresserlebnis oder einer akuten emotionalen Krise auftreten“ können (56).

In den Anhaltspunkten wurden die psychogenen Stimmstörungen bis hin zur Aphonie nicht als eigenständige Krankheitsentität bewertet, sondern unter „funktionelle und organische Stimmstörungen“ subsummiert (1,3–11,18–21).

1.1.5 Schluckstörungen

Nach unserem Kenntnisstand werden Schluckstörungen in der Begutachtungsliteratur eher spärlich und allgemein behandelt. In der uns vorliegenden Literatur wurden sie bis 1996 meistens als Folge von Defekten, Erkrankungen und Verletzungen im Mund- und Lippenbereich sowie zusammen mit Störungen des Sprechens und des Kauens genannt.

In seinen Ausführungen zur „Ärztlichen Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der Erkrankungen der oberen Luft- und Speisewege“ erwähnte der Laryngologe Chiari 1911 Schluckstörungen, welche das „Schlingen“ behindern, im Zusammenhang mit Zungenverletzungen (45) sowie mit Defekten des Gaumens oder der Kiefer (45). Dies könnte aufgrund erswerter Ernährung zu einer Herabsetzung der E.F. führen (45). Er wies darauf hin, dass „das Schlingen von Speisen [...] in der ersten Zeit nach“ einer Zungenverletzung „sehr behindert“ sei, „aber dann später meist anstandslos vor sich“ ginge. Dies sollte Anlass dazu geben, „ein sachverständiges Urteil über die Folgen einer Zungenverletzung [...] auf längere Zeit nach der Verletzung“ zu verschieben (45).

Der HNO-Arzt Denker hat 1919 das „Auftreten von Fehlschlucken und die dadurch bedingten möglichen Folgen“ als Grund für eine „Erwerbsbeschränkung“ erwähnt, und zwar aufgrund einer „Lähmung des N. laryngeus superior“ „bei Kehlkopfverletzungen“ oder „bei Vagusstammverletzungen“ (49).

1920 wurden Schluckstörungen in den Anhaltspunkten in Zusammenhang mit „Schäden am Gaumen, am Kiefer und an den Zähnen, an der Zunge“ erwähnt. Sie seien entsprechend „dem Grade ihrer Einwirkung auf Sprech-, Kau- und Schluckvermögen zu beurteilen“ (3). Bis einschließlich 1965 wurden in den Anhaltspunkten diverse Beeinträchtigungen aufgeführt und bewertet, die den Schluckvorgang (und auch die Artikulation) behindern: z.B. „Funktionsstörung der Zunge“, „Kieferklemme“, „Verlust des Gaumens“, „Lippendefekt“ (4–9). Ab 1977 wurde die Beeinträchtigung des Schluckvermögens infolge Verletzungen und Erkrankungen im oropharyngealen Bereich erwähnt (10,18). In den Anhaltspunkten 1996 erschien erstmals eine Einteilung und Bewertung von Schluckstörungen. Als Begutachungskriterien wurden erwähnt: „Behinderung der Nahrungsaufnahme“, „Aspiration“ und „Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes“ (19).

Der HNO-Arzt Feldmann bezog sich in seinem Lehrbuch über „Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes“ seit der zweiten Auflage (1984) im Wesentlichen auf die jeweils gültige Fassung der Anhaltspunkte. Er führte 1984 aus, dass es „bei der Begutachtung von Verletzungen des Mund- und Rachenbereiches“ u.a. wichtig sei, im Rahmen der „Kaufunktion“ die „Beweglichkeit der Zunge zur Beförderung der Speise“ und die „Beweglichkeit des Gaumensegels mit sicherem Abschluß des Nasen-Rachens beim Schlucken“ zu beurteilen (39). Zusätzlich gab er die Möglichkeit von Schluckstörungen im Rahmen von „Läsionen“ des „N. glossopharyngeus“ und „N. recurrens, N. vagus“ an und griff so die kurze Ausführung Denkers von 1919 wieder auf (39). Im Jahre 2012 empfahl Feldmann, „nach einem Kehlkopftrauma“ u.a. die „Schluckfunktion (Dysphagie, Aspiration, evtl. Röntgenkontrast-Schluckstudien mit wasserlöslichen Kontrastmitteln bei Aspirationsgefahr, Verlauf des Körpergewichts)“ gutachtlich zu untersuchen (12). Falls eine „Lähmung [...] des kompletten N. vagus, also neurologisch-topisch zentral des Recurrensabgangs“ vorläge, sollte „auch auf die denkbar gestörte Schluckfunktion“ geachtet werden (12).

Die einzige uns bekannte Publikation, die sich gezielt mit der „Begutachtung oropharyngealer Schluckstörungen“ befasst, ist der Artikel von Keilmann et al. aus dem Jahr 2002 (58). Die Autoren wiesen darauf hin, dass die in der heutigen Zeit „zu begutachtenden Patienten mit Schluckstörungen oft keine reinen Schluckstörungen“ aufweisen. Dabei handele es sich z.B. um neurologische Patienten, die aufgrund der körperlichen Folgen nach einem „Schlaganfall“

in dem Grad der Behinderung (GdB) bereits so hoch eingeschätzt würden, dass „die bestehende Schluckstörung keine Rolle mehr spielt“, oder um „Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren, bei denen schon durch die Tumorerkrankung [...] meist ein hoher Grad der Behinderung erreicht wird“ (58). Keilmann et al. postulierten, dass „die Zahl der wegen Schluckstörungen zu begutachtenden Patienten zunehmen wird“ (58). Die in den Anhaltspunkten und in der Versorgungsmedizin-Verordnung (1,11,19–21) genannte Klassifizierung und Bewertung wurde ergänzt durch anamnestiche, klinische, endoskopische und radiologische Angaben zur Einteilung der Schweregrade von Schluckstörungen (58). „Eine endgültige gutachterliche Beurteilung sollte immer erst nach einer adäquaten Schlucktherapie erfolgen“ (58). „Zusätzlich zu bewerten sind Tracheotomie und die PEG, einschließlich der psychischen Auswirkungen und der Riech- und Schmeckstörungen, weiterhin periphere Lähmungen sowie Stimm- und Sprechstörungen“ (58).

1.1.6 Entwicklung des Nachteilsausgleiches

Der in Kap. 1.1.3 genannte Begriff der E.F. (teilweise Erwerbsfähigkeit) entstammt dem österreichischen Unfallversicherungsgesetz zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Die E.F. war damals „mit einem entsprechenden Prozentsatz anzusetzen, wenn für die Vollrente 100 % angenommen“ wurde. „Der Arzt“ hatte „zu entscheiden, ob die E.F. dauernd aufgehoben oder vermindert [...] oder nur vorübergehend“ war (45).

Zum Begriff der E.M. (Minderung der Erwerbsfähigkeit) ist in den AHP von 1920 zu lesen: „Die Einbuße an Erwerbsfähigkeit in den Graden von 15 – 90 v.H. ist als Minderung der Erwerbsfähigkeit (E.M.) zu bezeichnen; Erwerbsunfähigkeit bedeutet die Minderung der Erwerbsfähigkeit um mehr als 90 v.H.“ (3). In der Folgeauflage der AHP (1951) wurde dieser Begriff als MdE weitergeführt (4).

Zur Begriffsbestimmung MdE, GdB und GdS schrieb Feldmann folgendes: „Das Ausmaß eines Körperschadens, der einen Entschädigungsanspruch begründet, wird im Rahmen des Bundesversorgungsgesetzes (BVG), des Soldatenversorgungsgesetzes (SVG), des Bundesentschädigungsgesetzes (BEG) sowie in der gesetzlichen Unfallversicherung (UV) durch einen Prozentsatz der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) ausgedrückt. Auch im Bereich des Schwerbehindertengesetzes (SchwbG) wurde die Behinderung zunächst durch einen Prozentsatz der MdE angegeben.“ Seit 1986 „ist hier aber der Begriff MdE ersetzt worden durch „Grad der Behinderung (GdB)“, ohne dass sich inhaltlich oder rechtlich dadurch etwas geändert hätte. [...] Die MdE wird mit einem Prozentsatz angegeben, [...] der GdB wird ohne eine solche Bezeichnung verwendet“ (12). „Im Sozialen Entschädigungsrecht“ wurde 2008 „der Begriff der MdE [...] durch den Grad der

Schädigungsfolgen (GdS) ersetzt und [...] in den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VMG) fortgeschrieben“ (12).

1.1.6.1 Hören

Die Bewertungen von Hörstörungen haben in den Jahren 1920 (AHP) bis 2009 (VersMedV) für die beidseitige Taubheit sowie für die an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit die deutlichsten Veränderungen gezeigt. Die „organische Taubheit“ auf beiden Ohren wurde 1920 mit einer E.M. von „50 v.H. aufwärts“ bewertet (3). Über 30 Jahre später wurde in den AHP 1952 die beiderseitige „völlige Gehörlosigkeit“ (Ertaubung) mit einer MdE von 50 bis 80 v.H. etwas genauer eingegrenzt und höher bewertet (5). In der heutigen VersMedV besteht für die „Taubheit“ beidseits ein GdS von 80 (11).

Nach einem Vorschlag von Mittermaier wurde 1953 die „an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit“ beidseits mit 50 % für die E.M. bewertet (23). Der VersMedV von 2009 kann man hierfür einen GdS von 70 entnehmen (11).

1.1.6.2 Stimme

Im Bereich der Stimmstörungen haben die Bewertungen in den Jahren 1920 bis 2009 für die Aphonie, den Verlust des Kehlkopfes und die Beeinträchtigung bei Tracheostoma-Versorgung die deutlichsten Veränderungen gezeigt. 1920 bis 1983 wurde die „völlige Tonlosigkeit der Stimme (Aphonie)“ mit einer E.M. bzw. MdE von „30 v.H. aufwärts“ bewertet (3–10,18), von 1996 bis 2009 wurde die „völlige Stimmlosigkeit“ mit einem GdB/MdE-Grad bzw. GdS von 50 berücksichtigt (1,11,19–21). Der Verlust des Kehlkopfes brachte 1920 eine E.M. von 50 v.H. und wurde bis 2009 auf einen GdS von 70 bis 80 erhöht (1,3–11,18–21). Kanülenträger mit „völliger Stimmlosigkeit“ wurden 1920 mit 50 v.H. aufwärts, solche mit „etwas vorhandener Stimme“ mit 20 bis 70 v.H. bewertet (3). Aus der VersMedV kann man aktuell aufgrund einer „Beeinträchtigung“ bei vorhandenem Tracheostoma einen GdS von 50 bis 80 entnehmen (11).

1.1.6.3 Sprechen, Redefluss

In den AHP von 1920 wurden die Artikulationsorgane entsprechend ihrer Beeinträchtigung auf die Sprechfunktion bewertet. Deutliche Veränderungen bis zum Jahr 2009 gab es bei „Verlust eines Kiefers“ zunächst mit 30 v.H. (3) und aktuell bei „erheblicher Beeinträchtigung der Kaufunktion und Artikulation“ mit 20 bis 50 GdS (11). Der „Verlust des Gaumens“ erbrachte 1920 eine E.M. von 20 v.H. (3), im Jahre 2009 einen GdS von 50 bei

fehlender Korrekturmöglichkeit (11). Gewebsverlust der Zunge „mit schwerer Sprachstörung“ wurde 1920 mit 30 v.H. bewertet (3), 2009 wird ein GdS von 30 bis 50 empfohlen (11). 1977 wurde erstmals Stottern in die Anhaltspunkte aufgenommen und bei schwerer Ausprägung mit einer MdE von 10 bis 30 v.H. bewertet (10). Die VersMedV enthält für „Stottern mit unverständlicher Sprache“ einen GdS von 50 (11).

1.1.6.4 Sprache (Aphasie, Apraxie)

Die Bewertung des Nachteilsausgleichs in den drei Kategorien (leicht, mittelschwer, schwer) bei „Hirnschäden mit kognitiven Leistungsstörungen“ hat sich seit 1951 nur unwesentlich geändert. Eine leichte Störung wurde zunächst mit einer MdE von 50 % und wird aktuell mit einem GdS von 30 bis 40 bewertet. Eine mittelgradige Störung wurde zunächst mit einer MdE von 60 % und wird aktuell mit einem GdS von 50 bis 80 bewertet. Eine schwere Störung wurde 1951 mit einer MdE von 80 bis 100 % und wird aktuell mit einem GdS von 90 bis 100 bewertet (4,11).

1.2 Problemstellung und Motivation zur Erstellung dieser Arbeit

Die audio-verbale Kommunikation ist eine existenzielle Grundlage unserer modernen Gesellschaft. Umso erstaunlicher ist es, dass bislang noch niemand eine systematische Auswertung gutachtlicher Einschätzungen audio-verbaler Kommunikationsstörungen vorgelegt hat. Diese Tatsache veranlasste uns zu einer retrospektiven Analyse der phoniatriisch-pädaudiologischen Gutachten des Universitätsklinikums Düsseldorf im Zeitraum von 1998 bis 2009. Die vorliegende Arbeit ist somit nach unserem Kenntnisstand die erste, die sich mit der systematischen Auswertung phoniatriisch-pädaudiologischer Gutachten beschäftigt.

Vor diesem Hintergrund soll die Arbeit klären, welche medizinischen Konsequenzen phoniatriisch-pädaudiologische Gutachten im Hinblick auf folgende Fragestellungen haben:

- Anregung zusätzlicher Untersuchungen und Weiterbehandlungsvorschläge in benachbarten Fachgebieten i.S. der Interdisziplinarität,
- Änderung bzw. Korrektur medizinischer Diagnosen,
- Abklärung der Indikation für weitere medizinische Therapiemaßnahmen (insbes. Logopädie),
- Beurteilung mutmaßlichen ärztlichen Fehlverhaltens (Aufklärungs- u./o. Behandlungsfehler, Dokumentationsmängel),
- Abklärung der Berufs(un)fähigkeit.

Zusätzlich sollen potenziellen Auftraggebern (v.a. der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler der Ärztekammer Nordrhein, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie Versicherungen und Gerichten) Fakten und Daten an die Hand gegeben werden, um in ähnlich gelagerten Fällen mit audio-verbalen Kommunikationsstörungen Entscheidungshilfen zu haben, insbesondere bei der Frage nach Umfang und Bearbeitungszeit phoniatriisch-pädaudiologischer Gutachten.

2 Methodik

Insgesamt wurden 80 Gutachtenanfragen des Selbständigen Funktionsbereiches für Phoniatrie und Pädaudiologie im Universitätsklinikum Düsseldorf ausgewertet, davon 56 durchgeführte und 24 abgesagte Gutachtenaufträge. Zur Auswertung kamen ausschließlich frei formulierte Gutachten. Ankreuz- oder Formulargutachten mit vorgefertigten Frage-Antwort-Möglichkeiten wurden absichtlich nicht erfasst, da solche „Erhebungen nicht für alle Fragestellungen ausreichend“ sind (59).

Die Auftraggeber der 56 angenommenen Gutachten wurden schriftlich (siehe diesbezügliches Anschreiben im Anhang der Dissertation) zum Ausgang des anhängigen Gutachtenverfahrens befragt. Mit gleichem Schreiben wurden die Auftraggeber um Informationen über unsererseits empfohlene Zusatzgutachten gebeten.

Bei drei der zu begutachtenden Personen wurde seitens des Auftraggebers jeweils eine Nachbegutachtung angeordnet. Deshalb wurden insgesamt 56 angenommene Gutachten ausgewertet, obwohl nur 53 Personen begutachtet wurden.

Für die statistische Auswertung wurden die Patienten anonymisiert, indem ihnen Laufnummern zugeordnet wurden, mit denen gearbeitet wurde.

Es wurde bei der Darstellung der Auswertung ein generisches bzw. geschlechtsneutrales Maskulinum (60–62) für beide Geschlechter gewählt.

Die 56 Gutachten wurden über einen Zeitraum von 11,6 Jahren (19.06.1998 bis 03.02.2010) erstellt, mit entsprechenden Anfragen vom 08.04.1998 bis 01.12.2009.

Zusätzlich wurden 24 Gutachtenanfragen aus dem Zeitraum vom 07.02.2001 bis 24.11.2009 (8,8 Jahre) ausgewertet, bei denen der Gutachtenauftrag aus unterschiedlichen Gründen abgesagt werden musste.

Die vorliegende Studie (insbes. die Verwendung und Auswertung der patientenbezogenen Daten) wurde mit der Studiennummer 3946 von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf im August 2012 genehmigt.

2.1 Auswertungskriterien der 56 angenommenen Gutachten

Die 56 phoniatriisch-pädaudiologischen Gutachtenakten wurden nach folgenden Kriterien ausgewertet und tabellarisch zusammengestellt:

1. Rücklauf-Antwortrate auf das Anschreiben an die Auftraggeber

Berücksichtigt wurden sowohl schriftliche Rückmeldungen der Auftraggeber, als auch Informationen aufgrund telefonischer Kommunikation bei ausbleibender schriftlicher Antwort.

2. Störungsspezifische Kategorie des Gutachtens gemäß der gutachtlichen Fragestellung und den Untersuchungsbefunden

Inhaltlich wurden die 56 Gutachten anhand der Fragestellung und der erhobenen Untersuchungsbefunde in folgende störungsspezifische Kategorien eingeteilt:

- Phonation
- Artikulation
- peripheres Hören
- auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung (AVWS)
- Schlucken

Wenn mehrere Gutachtenkategorien zutrafen, wurde für die Auswertung nur diejenige Kategorie berücksichtigt, deren Störungs- und Krankheitssymptome im Vordergrund standen. Aus Gründen der statistischen Auswertbarkeit haben wir uns somit gegen Mehrfachnennungen entschieden.

Aufgrund sehr kleiner Fallzahlen wurden die Kategorien „AVWS“ und „Schlucken“ unter „sonstige Störungen“ zusammengefasst und dort kurz beschrieben.

Die einzelnen Kategorien wurden im Hinblick auf die vorliegenden Störungen, soweit möglich im Hinblick auf deren Ursache, sowie hinsichtlich der wichtigsten Begleitstörungen u./o. -erkrankungen ausgewertet.

Da häufig Stimmstörungen unterschiedlicher Genese bei ein und demselben Patienten vorhanden waren, wurden einige Patienten beiden Ursachen (organisch, funktionell) zugeordnet.

In der Kategorie „peripheres Hören“ erfolgte eine seitengetrennte Auswertung der Hörstörungen nach Anzahl der betroffenen Ohren (n=28); die Auswertung wurde somit nicht auf die Anzahl der Patienten (n=14) bezogen.

3. Alter der Patienten zum Abschluss der gutachtlichen Untersuchungen

Falls zur Begutachtung mehrere Untersuchungstermine notwendig waren, wurde stets das Alter der zu begutachtenden Person beim letzten Untersuchungstermin berücksichtigt.

Bei den fünf Aktengutachten, die auf ausdrücklichen Wunsch des Auftraggebers ohne persönliche Untersuchung erfolgten, wurde das Alter der Patienten zum Zeitpunkt der Fertigstellung des Gutachtens berücksichtigt.

Für graphische Darstellungen und statistische Berechnungen wurde das Alter in Lebensjahren definiert. Die Intervalle wurden dabei so gewählt, dass eine Differenzierung zwischen nicht-volljährigen und volljährigen Personen möglich ist.

4. Geschlechtsverteilung der begutachteten Personen

Es wurden 53 begutachtete Personen zugrunde gelegt. Die Auswertung erfolgte in der Gesamtheit aller 53 Personen, in den einzelnen Kategorien, für alle mehrfach behinderten Patienten, für alle Patienten mit psychogener Überlagerung und für alle Patienten mit einer bösartigen Erkrankung.

5. Auftragsjahr

Zur statistischen Auswertung wurde der Beobachtungszeitraum von insgesamt zwölf Jahren auf zwei gleiche Zeiträume von jeweils sechs Jahren aufgeteilt. Daraus ergibt sich zum einen ein Zeitraum von 1998 bis 2003 und zum anderen ein Zeitraum von 2004 bis 2009.

6. Auftraggeber

Die Einteilung erfolgte in eine Gruppe öffentlich-rechtlicher Auftraggeber und eine Gruppe privater Auftraggeber. Versicherungen (z.B. Schweizerische Lebensversicherungs- und Rentenanstalt, Provinzial, Victoria, LVM, HUK-Coburg und HDI) wurden dabei zu den privaten Auftraggebern gezählt. Aus Gründen der Übersichtlichkeit erfolgte in den Auswertungen keine weitere Differenzierung in verschiedene Bereiche, z.B. Rentenversicherung, Unfallversicherung, verschiedene Gerichte.

7. Art des Gutachtens

Es wurden Haupt- und Zusatzgutachten unterschieden. Darüber hinaus wurden Aktengutachten ohne persönliche Untersuchung eines Patienten sowie Aufträge zur Nachbegutachtung ausgewertet.

8. Anzahl der gutachtlichen Fragen

Die Anzahl der gutachtlichen Fragen wurde für die Gesamtheit (n=56), für Haupt- und Zusatzbegutachtung sowie für die einzelnen Kategorien ermittelt. Bei Zusatzgutachten wurden lediglich die das Fachgebiet der Phoniatrie und Pädaudiologie betreffenden Fragen berücksichtigt.

9. Gutachtliche Fragestellung(en)

10. Zeitraum zwischen Auftragseingang und Fertigstellung des Gutachtens in Monaten

Die Bearbeitungszeiten der Gutachten wurden für das Gesamtkollektiv sowie für die Kategorien „Phonation“, „Artikulation“ und „peripheres Hören“ ausgewertet. Zusätzlich wurden die durchschnittlichen Bearbeitungszeiten der Aktengutachten denen der Gutachten mit persönlicher Untersuchung der zu begutachtenden Patienten gegenübergestellt.

11. Gründe für eine lange Bearbeitungszeit des Gutachtens

Angaben mit Gründen für die Verzögerung der Fertigstellung eines Gutachtens wurden den Dokumentationen in den Gutachten entnommen.

12. Umfang des Gutachtens

Berücksichtigt wurde die Anzahl der Seiten eines Gutachtens inkl. Literaturangaben.

13. Dauer der gutachtlichen Untersuchungen in Stunden

Die Untersuchungsdauer bestand aus Dauer der phoniatriisch-pädaudiologischen, der logopädischen und der audiometrischen Untersuchungen. Bei Gutachten mit persönlicher Vorstellung des Patienten wurde die Gesamtdauer dieser drei Untersuchungsabschnitte ausgewertet.

Bei den fünf Aktengutachten, die auf ausdrücklichen Wunsch des Auftraggebers ohne persönliche Untersuchung der zu begutachtenden Person erfolgten, entfällt die Angabe der Untersuchungsdauer. Die Untersuchungsdauer konnte somit bei 51 Gutachten berechnet werden.

14. Für das Gutachten relevante Grunderkrankung(en)

Berücksichtigt und ausgewertet wurden die vorliegenden Fremdbefunde. Aufgelistet wurden lediglich Erkrankungen, die mit den Diagnosen im Gutachten in unmittelbarem Zusammenhang standen.

15. Für das Gutachten relevante sonstige Diagnosen

Aufgelistet wurden Nebendiagnosen aus vorliegenden Fremdbefunden, die Einfluss auf die gutachtliche Stellungnahme hatten.

16. Vorschläge zur weiteren Abklärung der beklagten Beschwerden

17. Weiterbehandlungsvorschläge

18. Empfehlung von Nachbegutachtung(en) im Hinblick auf die Anzahl logopädischer Therapieeinheiten

Ausgewertet wurden die Empfehlungen der Gutachter zur Anzahl weiterer logopädischer Therapieeinheiten. Wenn die Gutachter keine konkrete Anzahl weiterer logopädischer Therapieeinheiten empfohlen haben, wurden zwei logopädische Therapieeinheiten pro Woche im von den Gutachtern empfohlenen Behandlungszeitraum zugrunde gelegt. Wurde seitens der Gutachter eine variable Anzahl logopädischer Therapieeinheiten empfohlen (z.B. 40 bis 60), dann wurde der Mittelwert dieser gutachtlichen Empfehlung (in diesem Fall 50 Therapieeinheiten) der Auswertung zugrunde gelegt.

19. Ausgang des gutachtlichen Verfahrens

Die 56 Gutachten wurden dahingehend ausgewertet, ob das beantragte Begehren zum einen seitens der Gutachter und zum anderen seitens der Auftraggeber abgelehnt oder befürwortet wurde. Weiterhin wurden diese Entscheidungen der Gutachter und der Auftraggeber miteinander verglichen.

Grundlagen für die Auswertung der Entscheidung der Gutachter waren die zusammenfassende Beurteilung mit Beantwortung der Beweisfragen seitens der Gutachter. Grundlagen für die Auswertung der Entscheidung der Auftraggeber waren Informationen aus mündlichen und schriftlichen Rückmeldungen der Auftraggeber.

Die Gerichtsverfahren wurden gesondert ausgewertet (siehe Kap. 3.1.19.3). (Prozess-) Vergleiche mit Leistungsgewährung wurden als Befürwortung seitens der Auftraggeber gewertet.

20. Ärztliches Fehlverhalten

Ausgewertet wurden Aufklärungs-, Diagnostik-, Dokumentations- und Behandlungsfehler.

21. Berufs(un)fähigkeit

Ausgewertet wurden die 56 angenommenen Gutachten in den o.g. Kategorien hinsichtlich Alters- und Geschlechtsverteilung sowie bzgl. der Auftraggeber.

2.2 Auswertungskriterien der 24 abgesagten Gutachtaufträge

Aufgrund unvollständiger Unterlagen konnten nicht bei allen 24 Gutachtaufträgen jeweils sämtliche Kriterien vollständig ausgewertet werden.

1. Störungsspezifische Kategorie des Gutachtens gemäß Fragestellung

Aufgrund fehlender Unterlagen konnte in einem Fall die störungsspezifische Kategorie des Gutachtens nicht bestimmt werden. Die übrigen 23 Gutachtaufträge wurden anhand der Fragestellung oder vorhandener Angaben analog den angenommenen Gutachten in folgende störungsspezifische Kategorien eingeteilt:

- Phonation
- Artikulation
- peripheres Hören
- auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung (AVWS)
- Schlucken

Eine weitere Kategorie waren fachfremde Fragestellungen, die zu einer Ablehnung des Gutachtauftrages führten.

Da die Auftraggeber von zwei Gutachtenaufträgen jeweils Anfragen zu mehreren störungsspezifischen Kategorien hatten (z.B. Artikulation *und* Schlucken oder Phonation *und* Artikulation), wurden die diesbezüglichen zwei Patienten jeweils mehreren Kategorien zugeordnet.

2. Alter

Es wurde das Alter der Patienten zum Zeitpunkt des schriftlichen Gutachtenauftrages berücksichtigt.

3. Geschlecht

4. Auftragsjahr

5. Auftraggeber (öffentlich-rechtlich, privat)

6. Anzahl der gutachtlichen Fragen

7. Gutachtliche Fragestellungen

8. Zeitraum zwischen Auftrag und Absage des Gutachtens in Tagen

9. Grunderkrankung(en)

10. Frage nach ärztlichem Fehlverhalten

11. Frage nach Berufs(un)fähigkeit

12. Gründe für die Absage eines Gutachtenauftrages

2.3 Gemeinsame Auswertung aller 80 Gutachtenaufträge

Alle 80 Gutachten-Anfragen (56 angenommene Gutachten, 24 abgesagte Gutachtenaufträge) wurden gemeinsam ausgewertet und gegenübergestellt hinsichtlich:

1. Störungsspezifische Kategorie des Gutachtens

2. Alter

Es wurde das Alter zum Zeitpunkt des Abschlusses der gutachtlichen Untersuchungen der angenommenen Gutachten sowie zum Zeitpunkt des schriftlichen Gutachtenauftrages der abgesagten Gutachten berücksichtigt.

3. Geschlecht

4. Auftragsjahr

5. Auftraggeber (öffentlich-rechtlich, privat)

6. Anzahl der gutachtlichen Fragen

7. Ärztliches Fehlverhalten

8. Berufs(un)fähigkeit

2.4 Statistische Auswertungsmethoden

Die Erfassung und Auswertung der statistischen Daten erfolgte mittels des Programms SPSS für Windows (Versionen 19.0 und 22.0).

Das Signifikanzniveau wurde einheitlich auf 5 % festgelegt ($p < 0,05$).

Folgende statistische Verfahren wurden eingesetzt:

- Kolmogorov-Smirnov-Test zur Prüfung der Normalverteilungsannahme
- Mann-Whitney-U-Test und Kruskal-Wallis-Test als nichtparametrische Verfahren
- T-Tests für unabhängige Stichproben bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen, dabei wurde die Homogenität der Varianzen nach Levene geprüft
- univariate Varianzanalyse (1x3-faktoriell) mit einfaktorieller ANOVA und anschließendem Post hoc-Test (Scheffé)
- nichtparametrische Korrelationen: Spearmans-Rho
- Chi-Quadrat-Test nach Pearson

Zur deskriptiven Auswertung der erhobenen Daten wurden folgende Parameter verwendet: Mittelwert, Median, Standardabweichung, Range (Minimal- und Maximalwert).

Als statistische Standardwerke wurden Bortz (2010), Hüsler/Zimmermann (2010) und Sachs (2006) zugrunde gelegt (63–65). Dort finden sich Einzelheiten der statistischen Verfahren zur Prüfung von Unterschieds- und Zusammenhangshypothesen; die verwendeten Standardverfahren mit ihren typischen Kennwerten und den verschiedenen Verteilungsparametern werden beschrieben.

Die Darstellung der erhobenen Daten erfolgte mittels Tabellen, Histogrammen, Kreisdiagrammen, Streudiagrammen und Boxplots (angewendete Software: Microsoft Excel 2003 sowie SPSS 19.0 und 22.0).

Aus dem Gesamtkollektiv der angenommenen Gutachten ($n=56$) wurden nur in den Kategorien „Phonation“, „Artikulation“ und „peripheres Hören“ Unterschiede und Zusammenhänge auf ihre statistische Bedeutsamkeit überprüft. Die übrigen Kategorien waren mit „AVWS“ ($n=3$) und „Schlucken“ ($n=1$) zu gering besetzt. Daraus ergibt sich für die Prüfung von Unterschieden und Zusammenhängen zwischen den Kategorien eine Grundgesamtheit von $n=52$ angenommenen Gutachten, verteilt auf drei Gruppen („Phonation“ $n=22$, „Artikulation“ $n=16$ und „peripheres Hören“ $n=14$).

3 Ergebnisse

3.1 Auswertung der 56 angenommenen Gutachten

3.1.1 Rücklauf-Antwortrate auf das Anschreiben an die Auftraggeber

Die in Kapitel 2 (Methodik), Seite 28 erwähnten Anschreiben an die Auftraggeber der 56 Gutachten wurden in 96,0 % beantwortet (48 Antworten auf 50 schriftliche Anfragen). Dabei betrug bei den 24 Gerichtsgutachten die Rücklauf-Antwortrate 100 % (21 Antworten auf 21 schriftliche Anfragen).

3.1.2 Störungsspezifische Kategorie des Gutachtens

3.1.2.1 Phonation

22 (39,3 %) von 56 Gutachten betrafen schwerpunktmäßig die Stimmgebung. In der Kategorie „Phonation“ wurden folgende Stimmstörungen begutachtet:

- organische Dysphonie 18x
 - Zustand nach Stimmlippen-Operation
 - bei Karzinom 3x
 - benigne (Reinke-Ödem) 1x
 - chronische Laryngitis 6x
 - Stimmlippenparese (3x nach Struma-Operation, 1x nach Langzeitbeatmung, 1x idiopathisch)
 - einseitig 3x
 - beidseits 2x
 - posttraumatisch 4x
 - Zustand nach horizontaler supraglottischer Kehlkopf-Teilresektion 1x
 - Zustand nach Laryngektomie 1x
- funktionelle Dysphonie 14x
 - hyperfunktionell 13x
 - hypofunktionell 1x
- psychogen 8x
 - Überlagerung 6x
 - Aphonie 2x

Aufgrund von kombinierten Störungen (z.B. Struma-Operation und psychogene Aphonie oder psychogen überlagerte, hyperfunktionelle Dysphonie nach Struma-Operation) waren Mehrfachnennungen möglich.

Bei den organischen Dysphonien gab es vier (18,2 %) Gutachten mit rein organischen Ursachen. Zusätzlich bestand bei zwei organischen Dysphonien eine psychogene Überlagerung. Lediglich bei einem (4,5 %) Patienten wurde eine rein funktionelle Dysphonie festgestellt. Bei einem weiteren Patienten mit funktioneller Dysphonie bestand zusätzlich eine psychogene Überlagerung.

Außerdem kamen insgesamt zwölf (54,5 %) primär organische Dysphonien vor, die sekundär funktionell überlagert wurden. Davon wurde bei drei Patienten zusätzlich eine psychogene Überlagerung festgestellt. Darüber hinaus bestand bei zwei (9,1 %) Patienten eine psychogene Aphonie.

Zusammengefasst bedeutet das, dass von den 22 begutachteten Stimmpatienten nur sieben (31,8 %) einer einzigen Ursache zuzuordnen waren, nämlich vier Patienten mit rein organischer Stimmstörung, ein Patient mit rein funktioneller Stimmstörung und zwei Patienten mit psychogener Aphonie. Hingegen lag bei 15 (68,2 %) von 22 Stimmpatienten eine Kombination aus organischen u./o. funktionellen u./o. psychogenen Ursachen vor.

Neun (16,1 %) der 56 Gutachten betrafen beruflich bedingte Stimmstörungen. Somit bezogen sich 40,9 % (9 von 22) der Stimmgutachten auf Berufsdysphonien.

Zusätzlich konnte bei diesen 22 Stimmgutachten in vier Fällen (18,2 %) eine Lungenfunktionsstörung (z.B. bei Asbestose, COPD, allergisches Asthma) festgestellt werden.

3.1.2.2 Artikulation

16 (28,6 %) von 56 Gutachten betrafen schwerpunktmäßig die Kategorie „Artikulation“. Dabei wurden folgende Artikulationsstörungen begutachtet:

- Sprachentwicklungsretardierung 9x
- oro-fazio-linguale Dysfunktion 7x
- Redeflussstörung 6x
 - Stottern 1x
 - Poltern 3x
 - Mischformen 2x
- postoperatives offenes Näseln 1x
 - funktionell nach Tonsillektomie

Zusätzlich wurden in dieser Kategorie diagnostiziert:

- Mehrfachbehinderung mit geistiger Retardierung 8x
 - Morbus Down 6x
 - unklare Genese 2x
- Tubenbelüftungsstörung 5x
- Gebissentwicklungsstörung 4x
- chronische Laryngitis 2x
- Tonsillenasymmetrie 2x
- Gaumenfehlbildung/operierte Gaumenspalte 2x

Aufgrund von kombinierten Störungen (z.B. Sprachentwicklungsretardierung mit oro-fazio-lingualer Dysfunktion; Sprachentwicklungsretardierung mit Redeflussstörung) waren Mehrfachnennungen möglich.

3.1.2.3 Peripheres Hören

14 (25,0 %) der 56 Gutachten betrafen die Kategorie „peripheres Hören“. Es wurden folgende Hörbeeinträchtigungen begutachtet:

- Schallempfindungsschwerhörigkeit (SES):
 - a) Schweregrad (Anzahl der Ohren):
 - mittelgradig 1x
 - hochgradig 6x
 - hochgradig, an Taubheit grenzend 8x
 - Taubheit 4x
 - b) betroffene Seite:
 - links 3x
 - rechts 2x
 - beidseitig 7x
- Schallleitungsschwerhörigkeit (SLS):
 - a) Schweregrad (Anzahl der Ohren):
 - mittelgradig 1x
 - hochgradig 1x
 - b) betroffene Seite:
 - links 1x
 - rechts 1x

Bei sieben Ohren wurde gutachtlich eine Hörstörung ausgeschlossen, die zuvor andernorts vermutet worden war. Kombinierte Schallempfindungs-Schallleitungsschwerhörigkeiten (SES + SLS) kamen bei den Patienten in dieser Kategorie ebenso wenig vor wie geringgradige Schwerhörigkeiten.

Insgesamt zeigte sich eine deutlich höhere Anzahl an Schallempfindungsstörungen als Schallleitungsstörungen. Von 19 schallempfindungsschwerhörigen Ohren waren sechs Ohren (31,6 %) hochgradig schwerhörig und zwölf (63,2 %) gehörlos.

Zusätzlich konnten in dieser Kategorie diagnostiziert werden (Mehrfachnennungen aufgrund von Kombinationen möglich):

- Sprachentwicklungsretardierung 6x
- phonematische Diskriminationsstörung 4x
- oro-fazio-linguale Dysfunktion 3x
- Gebissentwicklungsstörung 2x
- vestibuläre Läsion
 - Labyrinthausfall einseitig 1x

Bei fünf Kindern und drei Erwachsenen bestand eine Sprachentwicklungsretardierung u./o. phonematische Diskriminationsstörung. Bei vier der fünf Kinder lag eine Schwerhörigkeit seit frühester Kindheit, d.h. vor Abschluss der Lautsprachentwicklung, vor (davon dreimal beidseits hochgradig und einmal kombiniert mittelgradig/hochgradig). Ein Kind wies eine einseitige, an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit bei geistiger Retardierung auf. Die drei Erwachsenen wurden in einem Alter zwischen 51,7 und 62,9 Jahren gutachtlich untersucht. Bei diesen drei Patienten bestand auf beiden Ohren mindestens eine hochgradige Schwerhörigkeit, die bereits in früher Jugend (d.h. vor Abschluss der Lautsprachentwicklung) eingetreten war.

Insgesamt betrafen neun von 14 Gutachten dieser Kategorie kindliche Patienten. Ätiologisch bestanden in zwei von diesen neun Fällen postnatale Infektionen, in einem Fall Komplikationen mit Sauerstoffmangel bei der Geburt, in einem anderen Fall eine geistige Behinderung bei unklarem Dysmorphie-Syndrom, und in einem weiteren Fall war die mögliche Ursache unklar.

3.1.2.4 Sonstige Störungen

Drei (5,4 %) der 56 Gutachten betrafen schwerpunktmäßig die „auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung“ (AVWS). Das Bestehen einer solchen konnte im Rahmen der

gutachtlichen Untersuchungen in nur einem Fall bestätigt werden. Es handelte sich dabei um ein Kind. Bei den zwei anderen Patienten (ein Kind und ein Erwachsener) lagen Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen (in einem Fall kombiniert mit Lese-Rechtschreib-Schwäche) vor.

Ein (1,8 %) Gutachten betraf die Kategorie „Schlucken“. Hierbei konnte eine geringgradige Schluckstörung (Grad I nach Keilmann et al. 2002) diagnostiziert werden. Es handelte sich dabei um ein Kind mit Mehrfachbehinderung und frühkindlichem zerebralen Anfallsleiden.

Angeichts der geringen Fallzahlen in diesen beiden Kategorien erfolgte keine statistische Auswertung.

Die Häufigkeitsverteilung der einzelnen Störungsbilder ist aus dem Kreisdiagramm in Abb. 1 ersichtlich.

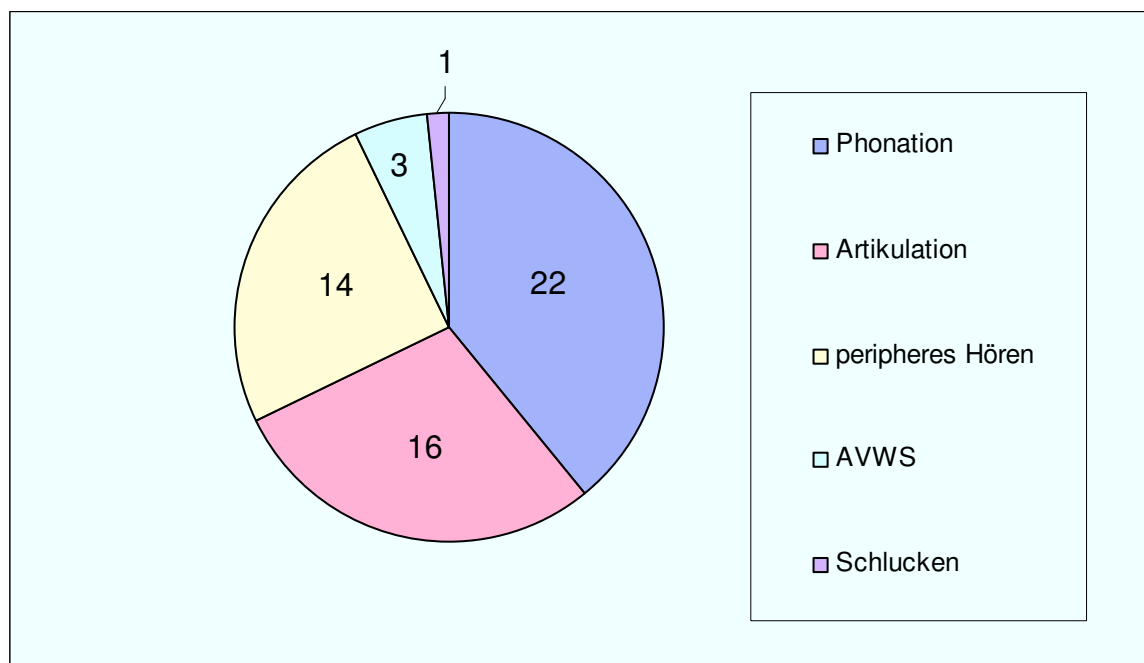


Abb. 1: Häufigkeit der störungsspezifischen Kategorien (Störungsbilder) bei 56 phoniatriisch-pädaudiologischen Gutachten

3.1.3 Alter der Patienten zum Abschluss der gutachtlichen Untersuchungen

Das Alter der in 56 Gutachten begutachteten 53 Patienten betrug zum Zeitpunkt der Begutachtung durchschnittlich $35,2 \pm 21,7$ Jahre (Range 3,5 bis 71,8 Jahre; Median 58,0 Jahre).

Die Häufigkeitsverteilung des Alters zum Zeitpunkt der Begutachtung zeigt zwei Altersgipfel: 15 (26,8 %) Patienten waren zum Begutachtungszeitpunkt zwischen sechs und unter 18 Jahre und 17 (30,4 %) Patienten zwischen 48 und unter 60 Jahre alt (siehe Abb. 2).

Die Grenze zwischen kindlichem/jugendlichem Alter zum Erwachsenenalter wurde mittels Trennlinie markiert.

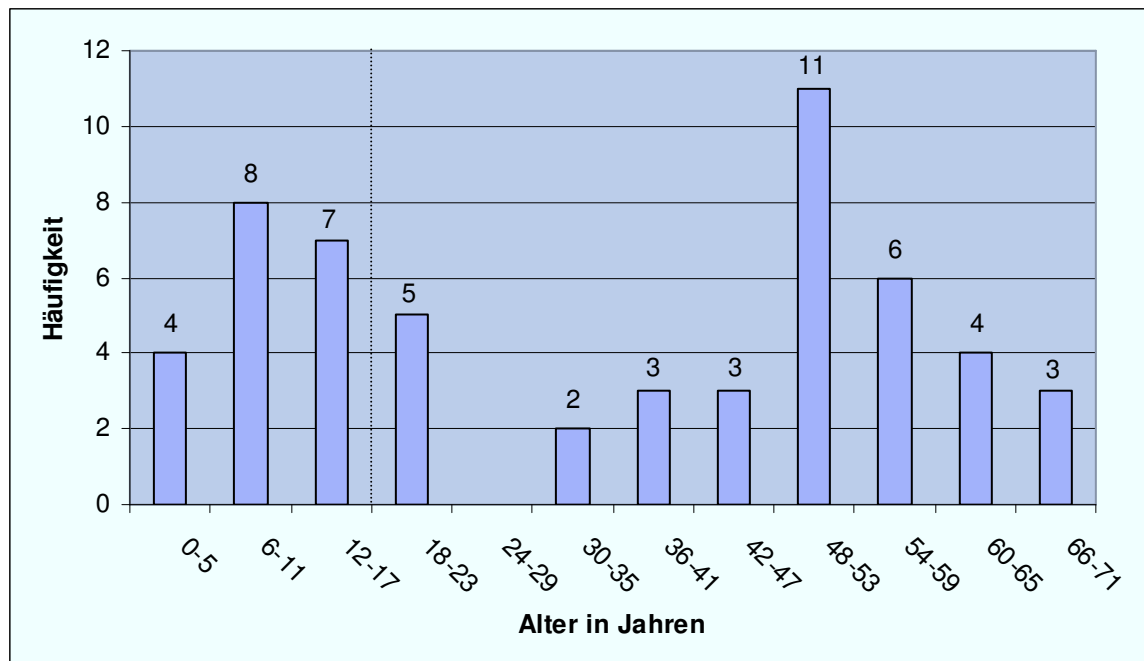


Abb. 2: Alter zum Zeitpunkt der Begutachtung, n=56

Der erste Altersgipfel wird bedingt durch die Begutachtung kindlicher Artikulations- bzw. Hörstörungen (siehe Abb. 2a und 2b). Das durchschnittliche Alter der Artikulationspatienten betrug $27,4 \pm 19,5$ Jahre (Range 8,4 bis 61,7 Jahre; Median 19,3 Jahre).

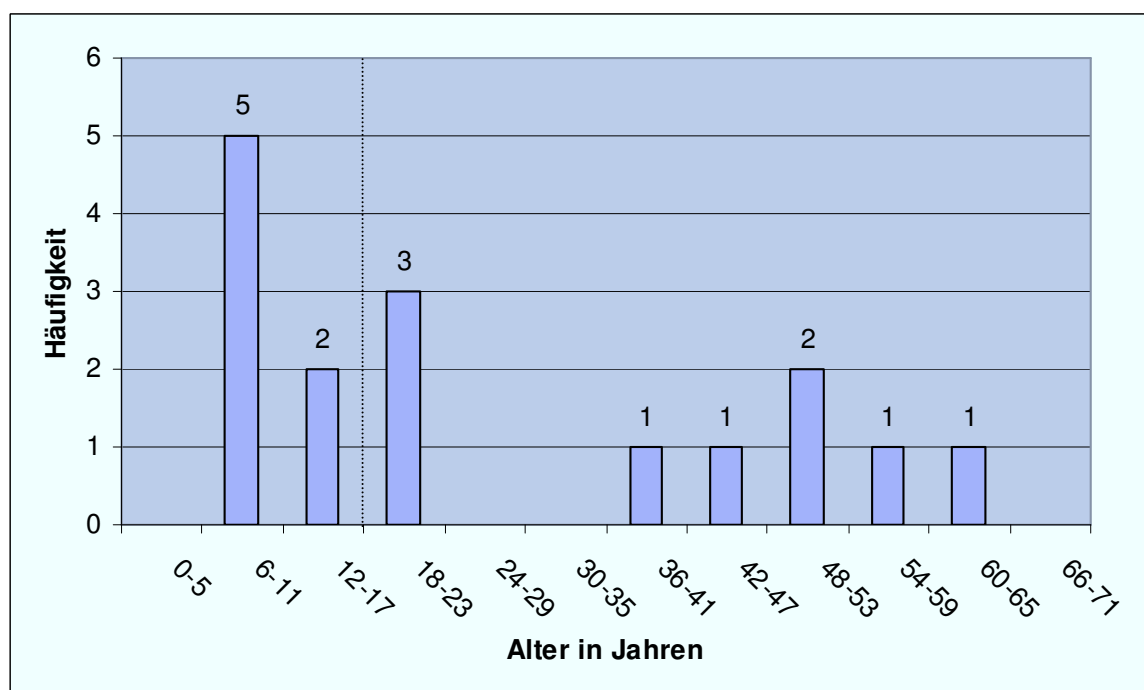


Abb. 2a: Alter zum Zeitpunkt der Begutachtung (Artikulation), n=16

Das durchschnittliche Alter der Hörpatienten betrug $23,1 \pm 23,5$ Jahre (Range 3,5 bis 62,9 Jahre; Median 12,2 Jahre).

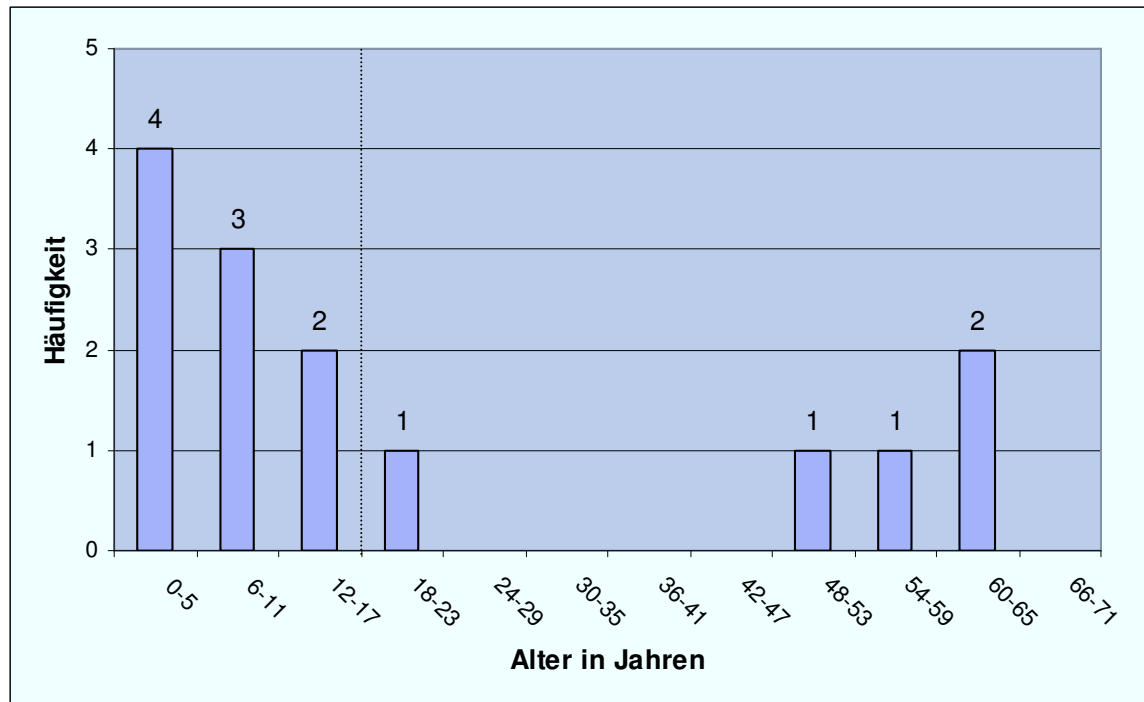


Abb. 2b: Alter zum Zeitpunkt der Begutachtung (peripheres Hören), n=14

Der zweite Altersgipfel wird bedingt durch die Begutachtung erwachsener Stimmpatienten. (siehe Abb. 2c). Das durchschnittliche Alter der Stimmpatienten betrug $51,0 \pm 12,1$ Jahre (Range 22,5 bis 71,8 Jahre; Median 51,8 Jahre).

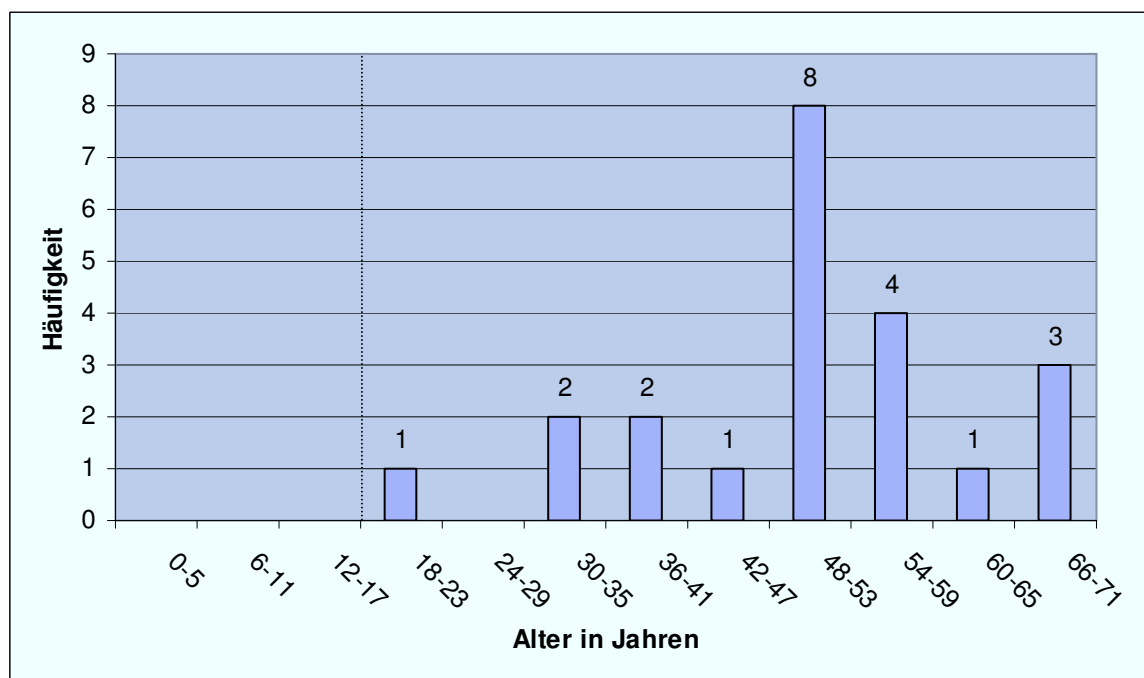


Abb. 2c: Alter zum Zeitpunkt der Begutachtung (Phonation), n=22

Im Post-hoc-Vergleich nach Scheffé erwiesen sich die begutachteten Stimpmpatienten als deutlich älter als die begutachteten Patienten mit Artikulationsstörungen resp. peripheren Hörstörungen ($F=13,01$; $df=2$; $p<0,05$; einfaktorielle ANOVA).

Zwei Kinder im Alter von 12,4 und 14,5 Jahren sowie ein Patient im erwachsenen Alter von 46,2 Jahren wurden wegen einer vermuteten AVWS begutachtet. Ein Kind im Alter von 13,6 Jahren wurde wegen einer vermuteten Schluckstörung begutachtet.

Bei 50,0 % der Patienten der Kategorie „Artikulation“ bestanden Mehrfachbehinderungen (allgemeine Entwicklungs- u./o. geistige Retardierung), mit einem durchschnittlichen Alter von $13,7 \pm 4,8$ Jahren (Range 9,2 bis 21,7 Jahre; Median 11,9). Die Artikulationspatienten ohne Behinderung waren im Durchschnitt $41,1 \pm 19,2$ Jahre (Range 8,4 bis 61,7 Jahre; Median 46,1) alt. Diese Altersdifferenz ist statistisch signifikant ($T=3,95$; $df=7,9$; $p=0,04$; T-Test). Die Altersdifferenzen bei Patienten mit und ohne Mehrfachbehinderung sind Abb. 3 zu entnehmen.

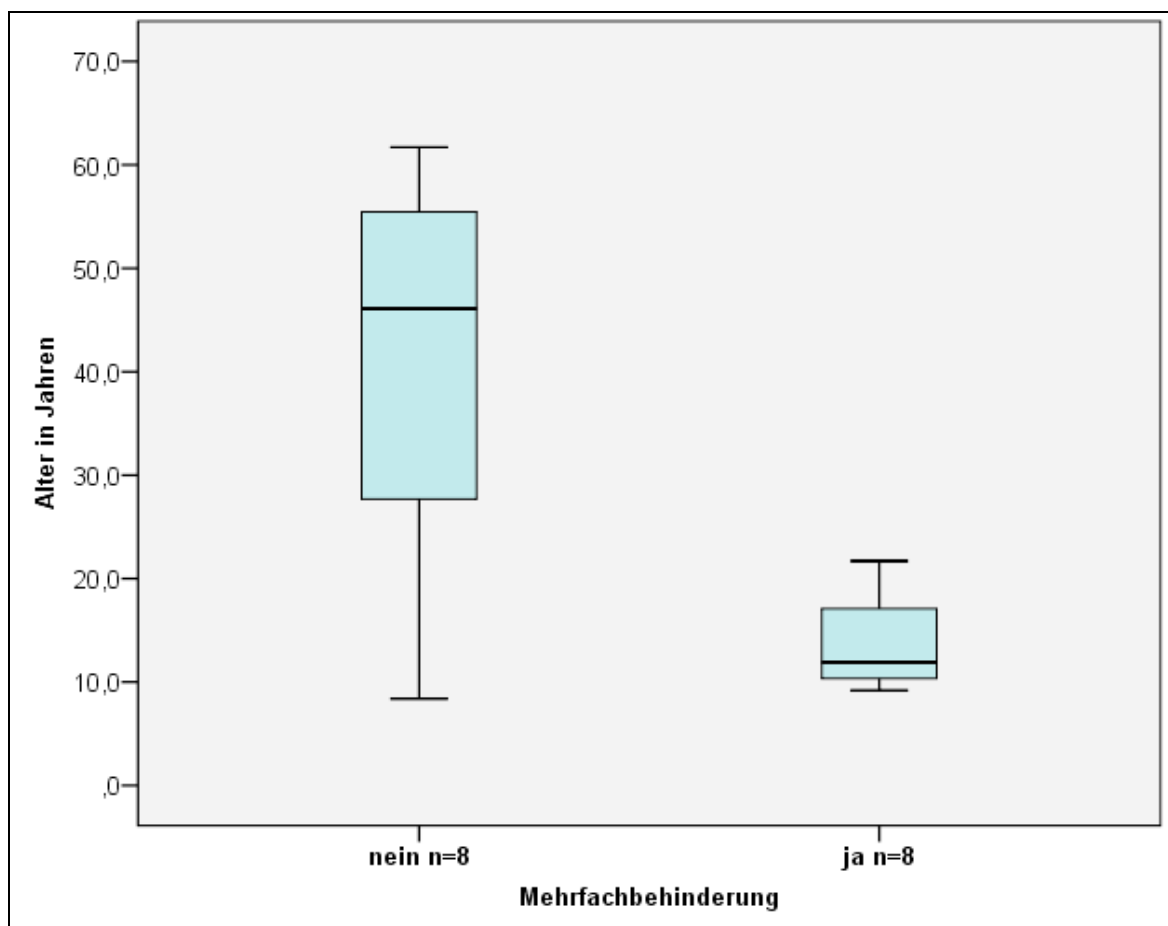


Abb. 3: Altersverteilung bei Patienten der Kategorie "Artikulation" mit und ohne Mehrfachbehinderung, n=16

3.1.4 Geschlecht der begutachteten Personen

20 (37,7 %) der 53 begutachteten Personen waren weiblich, 33 (62,3 %) waren männlich.

Dabei waren in der Kategorie „Phonation“ zwölf (60,0 %) Personen weiblich und acht (40,0 %) männlich. In der Kategorie „Artikulation“ gab es vier (25,0 %) weibliche und zwölf (75,0 %) männliche Personen. Von diesen vier weiblichen Personen waren zwei Kinder, und von diesen zwölf männlichen Patienten waren fünf Kinder. Der Kategorie „peripheres Hören“ wurden eine (7,7 %) weibliche Person und zwölf (92,3 %) männliche Personen zugeordnet. Zwei weibliche und eine männliche Person gab es in der Kategorie „AVWS“. Die begutachtete Person in der Kategorie „Schlucken“ war weiblich.

Es zeigte sich insgesamt ein deutliches Überwiegen des männlichen Geschlechts in den Kategorien „Artikulation“ und „peripheres Hören“. Die Geschlechtshäufigkeit in den einzelnen Kategorien ist in Abb. 4 dargestellt.

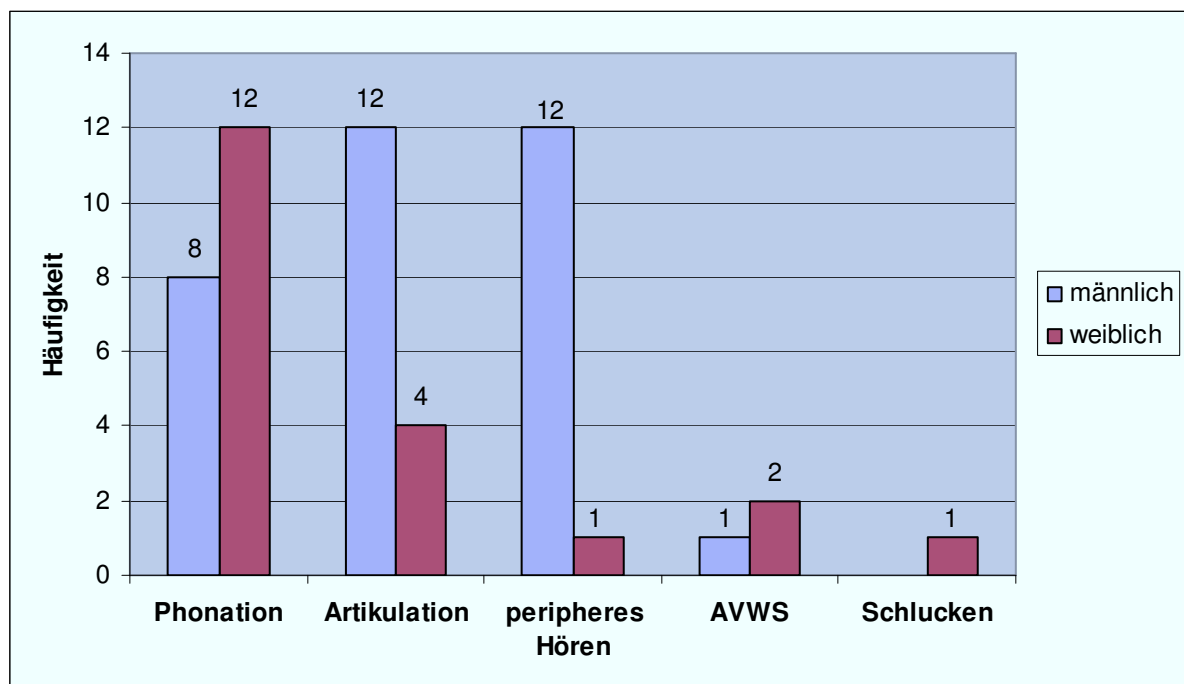


Abb. 4: Geschlechtsverteilung, n=53

In den Kategorien „Artikulation“, „peripheres Hören“ und „Schlucken“ gab es insgesamt elf Patienten mit Mehrfachbehinderungen und geistiger Retardierung. Davon waren sechs männlich und fünf weiblich.

In der Kategorie „Phonation“ wurde bei fünf weiblichen (25,0 %) von 20 begutachteten Personen eine psychogene Überlagerung und bei zwei weiblichen (10,0 %) von 20 begutachteten Personen eine psychogene Aphonie festgestellt. Eine psychogene Überlagerung bestand in dieser Kategorie bei einer männlichen (5,0 %) von 20 begutachteten Personen.

Von 53 Personen bestand bei fünf (9,4 %) männlichen Personen und einer (1,9 %) weiblichen Person eine bösartige Grunderkrankung.

3.1.5 Auftragsjahr

Im Zeitraum von 2000 bis 2002 wurden mit 50 % (28 von 56 Gutachten) die meisten Gutachtenaufträge erteilt.

Wenn man die pro Jahr angenommenen Gutachtenaufträge in den fünf Kategorien („Phonation“, „Artikulation“, „peripheres Hören“, „AVWS“ und „Schlucken“) analysiert, dann ergeben sich die aus Tabelle 1 ersichtlichen Verteilungen.

Kategorie Auftragsjahr	Phonation n=22	Artikulation n=16	peripheres Hören n=14	AVWS n=3	Schlucken n=1	gesamt n=56
1998	3	0	1	1	0	n=5
1999	3	0	1	0	0	n=4
2000	3	6	1	0	0	n=10
2001	5	3	3	0	0	n=11
2002	0	2	5	0	0	n=7
2003	1	1	0	0	0	n=2
	n=15; 2,5/Jahr	n=12; 2,0/Jahr	n=11; 2,2/Jahr	n=1; 0,2/Jahr	n=0	n=39; 6,5/Jahr
2004	3	0	0	0	1	n=4
2005	2	1	1	0	0	n=4
2006	0	1	0	1	0	n=2
2007	0	2	1	0	0	n=3
2008	1	0	0	1	0	n=2
2009	1	0	1	0	0	n=2
	n=7; 1,2/Jahr	n=4; 0,7/Jahr	n=3; 0,4/Jahr	n=2; 0,3/Jahr	n=1; 0,1/Jahr	n=17; 2,8/Jahr

Tabelle 1: Anzahl der pro Jahr angenommenen Gutachtenaufträge

Über den Beobachtungszeitraum von zwölf Jahren zeigte sich für die Gesamtmenge (n=56) ein deutlicher Rückgang an Gutachtenaufträgen beim Vergleich des Zeitraumes 1998 bis 2003 mit dem Zeitraum 2004 bis 2009: Im ersten Sechsjahres-Zeitintervall (1998 bis 2003) wurden pro Jahr durchschnittlich 6,5 Gutachtenaufträge erteilt, während es im zweiten Sechsjahres-Zeitintervall (2004 bis 2009) nur noch durchschnittlich 2,8 Gutachtenaufträge pro Jahr waren. Dieser Unterschied (6,5 vs. 2,8 Gutachtenaufträge pro Jahr) ist statistisch signifikant (T=2,47; df=5,8; p=0,05; T-Test). Die gleiche Entwicklung ließ sich in den einzelnen Kategorien „Phonation“, „Artikulation“ und „peripheres Hören“ ebenfalls beobachten. Da die Fallzahlen

in diesen einzelnen Kategorien allerdings sehr klein sind, erfolgte eine Signifikanzberechnung lediglich für die Gesamtzahl der Gutachten (n=56).

3.1.6 Auftraggeber

Als Auftraggeber für die 56 statistisch ausgewerteten Gutachten fungierten:

a) öffentlich-rechtliche Institutionen (n=44):

- Gerichte (24 Gutachten)
 - o davon 15x Sozialgericht, 7x Landgericht und 2x Amtsgericht
- Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein (4 Gutachten)
- sonstige, z.B. Berufsgenossenschaften, Gesundheitsämter, Landschaftsverbände, medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK), Sozialämter, Versorgungsämter (16 Gutachten)

b) privat (n=12):

- Versicherungen, z.B. Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherungen (9 Gutachten)
- Privatpersonen (3 Gutachten)

Dabei fungierten bei den vier Gutachten der statistisch nicht berücksichtigten Gruppen („AVWS“ und „Schlucken“) ausschließlich öffentlich-rechtliche Institutionen als Auftraggeber.

Die genaue Aufteilung der Auftraggeber in den fünf Kategorien („Phonation“, „Artikulation“, „peripheres Hören“, „AVWS“ und „Schlucken“) im Vergleich zur Gesamtzahl der Gutachten ist in Tabelle 2 dargestellt.

Kategorie Auftraggeber	Phonation n=22	Artikulation n=16	peripheres Hören n=14	AVWS n=3	Schlucken n=1	gesamt n=56
öffentlich-rechtliche Institutionen						
Gerichte	6 (27,3 %)	11 (68,7 %)	5 (35,7 %)	1 (33,3 %)	1 (100 %)	n=24 (42,9 %)
Gutachter- kommission der Ärztammer Nordrhein	1 (4,5 %)	1 (6,3 %)	2 (14,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	n=4 (7,1 %)
sonstige	5 (22,7 %)	2 (12,5 %)	7 (50,0 %)	2 (66,7 %)	0 (0,0 %)	n=16 (28,6 %)
	n=12 (54,5 %)	n=14 (87,5 %)	n=14 (100 %)	n=3 (100 %)	n=1 (100 %)	n=44 (78,6 %)
privat						
Versicherungen	7 (31,8 %)	2 (12,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	n=9 (16,1 %)
Privatpersonen	3 (13,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	n=3 (5,3 %)
	n=10 (45,5 %)	n=2 (12,5 %)	n=0 (0,0 %)	n=0 (0,0 %)	n=0 (0,0 %)	n=12 (21,4 %)

Tabelle 2: Auftraggeber, n=56 Gutachten

Insgesamt ergab sich ein Verhältnis von etwa 80:20 von öffentlich-rechtlichen Institutionen zu privaten Auftraggebern.

In der Kategorie „peripheres Hören“ gab es ausschließlich Auftraggeber aus öffentlich-rechtlichen Institutionen; in der Kategorie „Artikulation“ betrug dieser Anteil 87,5 %. Bei den Stimmgutachten zeigte sich eine andere Relation: Die Auftraggeber stammten nur zu etwa 55 % aus öffentlich-rechtlichen Institutionen, 45 % waren private Auftraggeber. Daraus ergibt sich, dass private Auftraggeber deutlich häufiger Stimmgutachten angefragt haben als Gutachten aus den anderen Kategorien.

3.1.7 Art des Gutachtens (Haupt- oder Zusatzgutachten)

Von den 56 Gutachten waren 45 (80,4 %) Hauptgutachten und elf (19,6 %) Zusatzgutachten (davon als Hauptgutachter sechsmal HNO, zweimal Unfallchirurgie und je einmal Augenheilkunde, Neurologie und Psychosomatik). Acht (72,7 %) der elf Zusatzgutachten betrafen die „Phonation“, zwei (18,1 %) die „Artikulation“ und eins (9,1 %) das „periphere Hören“.

Nur bei drei Patienten (siehe Kap. 3.1.18) erhielten wir einen Auftrag zur Nachbegutachtung, die nach $2,4 \pm 0,6$ Jahren (Range 1,8 bis 3,0 Jahre; Median 2,5 Jahre) stattfand. Dabei

handelte es sich in einem Fall um die Frage nach der aktuellen MdE, in einem anderen um die Berufs(un)fähigkeit und im dritten Fall um eine erneute Stellungnahme zur Klärung der Frage eines ärztlichen Fehlverhaltens bei Berufung in einem laufenden Klageverfahren. Zwei dieser Gutachten waren Hauptgutachten, eines ein Zusatzgutachten.

Auf ausdrücklichen Wunsch der Auftraggeber erfolgte in fünf (8,9 %) von 56 Fällen die gutachtliche Stellungnahme ausschließlich aufgrund bereits erhobener Befunde als Aktengutachten.

3.1.8 Anzahl der gutachtlichen Fragen

Durchschnittlich wurden bei den 56 Gutachten $4,0 \pm 2,9$ Fragen (Range 1 bis 13 Fragen; Median 3,0 Fragen) gestellt. Davon waren es bei den 45 Hauptgutachten $4,3 \pm 3,0$ Fragen (Range 1 bis 13 Fragen; Median 4,0 Fragen) und bei den elf Zusatzgutachten $2,7 \pm 1,9$ Fragen (Range 1 bis 7 Fragen; Median 2,0 Fragen). Dieser Unterschied ist statistisch nur tendenziell signifikant (MW-U=161,0; $p=0,07$; Mann-Whitney-U-Test). Die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests deuten darauf hin, dass bei Hauptgutachten mehr Fragen gestellt werden, als bei Zusatzgutachten, auch wenn der Unterschied hier statistisch nicht bedeutsam ist.

Insgesamt hatten 51 von 56 Gutachten maximal sieben Fragen, wobei am häufigsten (in 14 Gutachten) nur zwei Fragen gestellt wurden. Lediglich fünf Gutachten hatten neun bis 13 gutachtliche Fragen. In Abb. 5a werden die Häufigkeitsverteilungen der Fragenanzahl für Haupt- und Zusatzgutachten dargestellt.

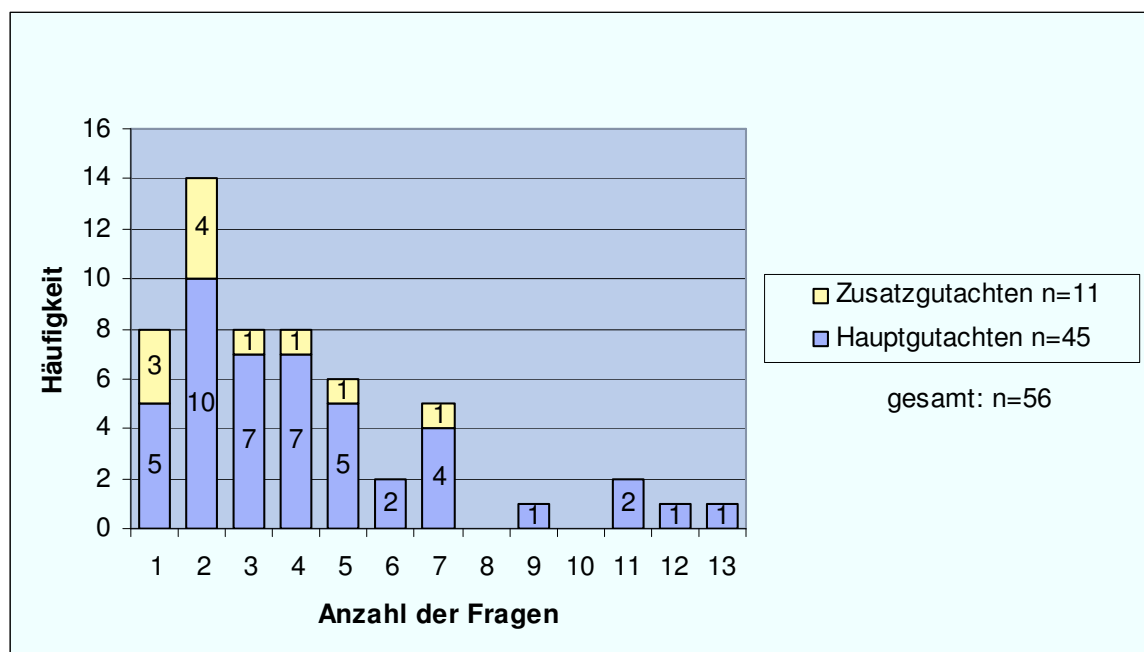


Abb. 5a: Anzahl der gutachtlichen Fragen in Haupt- und Zusatzgutachten

Durchschnittlich wurden in der Kategorie „Phonation“ $3,7 \pm 3,0$ Fragen (Range 1 bis 12 Fragen; Median 2,5 Fragen) gestellt. In der Kategorie „Artikulation“ waren es durchschnittlich $4,7 \pm 2,9$ Fragen (Range 1 bis 13 Fragen; Median 4,0 Fragen). In der Kategorie „peripheres Hören“ wurden durchschnittlich $4,1 \pm 3,1$ Fragen (Range 1 bis 11 Fragen; Median 3,0 Fragen) an die Gutachter gerichtet. Diese Unterschiede sind statistisch nicht signifikant ($\chi^2=2,33$; $df=2$; $p=0,31$; Kruskal-Wallis-Test).

Bei einer Anzahl von drei Gutachten in der Kategorie „AVWS“ wurden bei zwei Gutachten jeweils zwei und bei einem Gutachten drei Fragen gestellt. In dem Gutachten, welches schwerpunktmäßig der Kategorie „Schlucken“ zugeordnet worden ist, wurden vier Fragen gestellt. Die Verteilung der Anzahl der gutachtlichen Fragen auf die einzelnen Kategorien wird in Abb. 5b dargestellt.

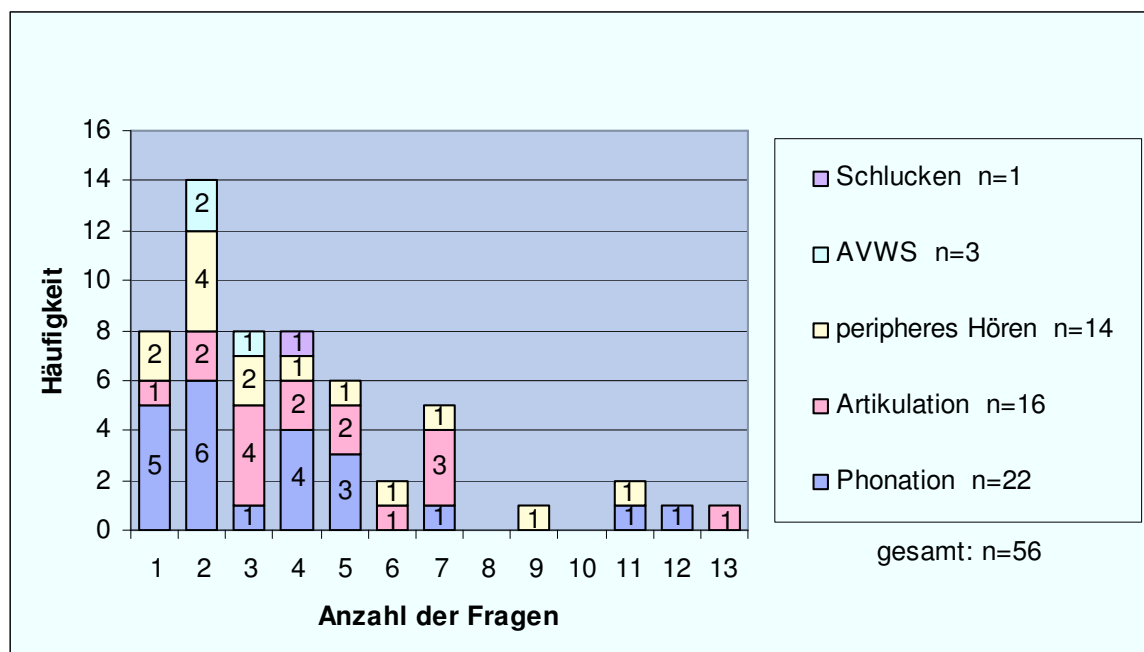


Abb. 5b: Anzahl der gutachtlichen Fragen in den Kategorien

Die Anzahl der gutachtlichen Fragen bei den fünf Aktengutachten betrug durchschnittlich $3,6 \pm 3,1$ Fragen (Range 1 bis 9 Fragen; Median 3,0 Fragen). Bei den Gutachten mit persönlicher Untersuchung der Patienten betrug die durchschnittliche Fragenanzahl $4,1 \pm 2,9$ Fragen (Range 1 bis 13 Fragen, Median 3,0 Fragen).

3.1.9 Gutachtliche Fragestellung(en)

Folgende gutachtliche Fragestellungen waren schwerpunktmäßig relevant:

- In 40 von 56 Gutachten (71,4 %) wurde nach der vorliegenden Gesundheitsstörung gefragt.

- In 21 von 56 Gutachten (37,5 %) wurde nach therapeutischen Möglichkeiten und weiterführenden Maßnahmen (z.B. Logopädie) gefragt.
- In 16 von 56 Gutachten (28,6 %) wurde nach der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)/dem Grad der Behinderung (GdB) bzw. der Erwerbsminderung gefragt.
- In 13 von 56 Gutachten (23,2 %) wurde ärztliches Fehlverhalten (Aufklärungs-, Diagnostik- oder Behandlungsfehler) beklagt.
- In elf von 56 Gutachten (19,6 %) wurde nach der Berufs(un)fähigkeit gefragt.
- In zehn von 56 Gutachten (17,9 %) wurde nach der Ätiologie der Erkrankung gefragt, davon in vier Fällen (40,0 %) nach posttraumatischen bzw. Unfallfolgen.
- In vier von 56 Gutachten (7,1 %) waren Leistungen nach dem Gesetz über die Hilfen für Blinde und Gehörlose (GHBG) (66) Bestandteil der Fragestellung.
- In zwei von 56 Gutachten (3,6 %) war die Anerkennung einer Berufskrankheit Bestandteil der Fragestellung.

Mehrfachnennungen waren dabei aufgrund von Überschneidungen möglich.

Die Aufteilung der gutachtlichen Fragestellungen auf die fünf Kategorien („Phonation“, „Artikulation“, „peripheres Hören“, „AVWS“ und „Schlucken“) wird in Tabelle 3 dargestellt.

Kategorie Fragestellung	Pho- nation	Arti- kulation	peri- pheres Hören	AVWS	Schluk- ken	gesamt
Gesundheitsstörung	15	13	8	3	1	40
Maßnahmen/ Therapie	6	9	3	2	1	21
MdE/GdB	9	4	3	0	0	16
ärztliches Fehlverhalten	6	2	4	0	0	13
Berufs(un)fähigkeit	9	1	0	1	0	11
Ätiologie	2	2	2	0	0	6
Unfallfolge	2	1	1	0	0	4
Leistungen nach dem Gesetz für Blinde und Gehörlose	0	0	4	0	0	4
Berufskrankheit	2	0	0	0	0	2

Tabelle 3: gutachtliche Fragestellung(en), n=56 Gutachten

In allen Kategorien wurde schwerpunktmäßig nach den vorliegenden Gesundheitsstörungen gefragt.

In der Kategorie „Phonation“ wurde besonders häufig nach MdE/GdB/Erwerbsminderung u./o. Berufs(un)fähigkeit gefragt. Ausschließlich in dieser Kategorie wurde zweimal nach Anerkennung von Folgeschäden einer bereits bestehenden Berufskrankheit gefragt. Dabei bestand in einem Fall eine bereits als Berufserkrankung anerkannte Asbestose mit laryngealen Vernarbungen und Synechien bei Z.n. Chordektomie und im zweiten Fall eine bereits als Berufserkrankung anerkannte chronisch-obstruktive Bronchitis mit folgender chronischer Laryngitis aufgrund einer längerfristigen inhalativen Cortisontherapie.

In der Kategorie „Artikulation“ waren besonders häufig die Indikation und Möglichkeiten von weiterführenden Maßnahmen (z.B. Logopädie) Bestandteil der Fragestellungen.

Bei den Erwachsenen in der Kategorie „peripheres Hören“ wurde in drei Fällen nach Versorgungsansprüchen nach dem Gesetz über die Hilfen für Blinde und Gehörlose gefragt.

MdE/GdB/Erwerbsminderung war bei verschiedenen Auftraggebern Bestandteil der Fragestellung: achtmal Gerichte (7x Sozialgericht, 1x Landgericht), dreimal Berufsgenossenschaften, zweimal Versicherungen und je einmal Versorgungsamt, Gesundheitsamt und eine Privatperson.

3.1.10 Zeitraum zwischen Auftragseingang und Fertigstellung des Gutachtens

Die Bearbeitungszeit (Zeitraum zwischen Eingang des Auftrages und Fertigstellung des Gutachtens) betrug durchschnittlich $7,7 \pm 8,2$ Monate (Range 0,6 bis 47,1 Monate; Median 5,6 Monate).

Die Häufigkeitsverteilung der Bearbeitungszeiten ist in Abb. 6 dargestellt: 49 (87,5 %) von 56 Gutachten konnten innerhalb eines Jahres nach Auftragserteilung fertig gestellt werden, 27 (48,2 %) innerhalb eines halben Jahres. Fünf Gutachten wurden in einem sehr langen Zeitraum von über 18 Monaten fertiggestellt. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit der restlichen 51 Gutachten ohne diese fünf Ausreißer betrug $5,5 \pm 3,1$ Monate (Range 0,6 bis 13,5 Monate; Median 5,1 Monate). Gründe für die langen Bearbeitungszeiten bei diesen fünf Ausreißern waren Mangel an terminlicher Kooperation seitens der Patienten u./o. Arbeitsbelastung der Gutachter (siehe Kap. 3.1.11).

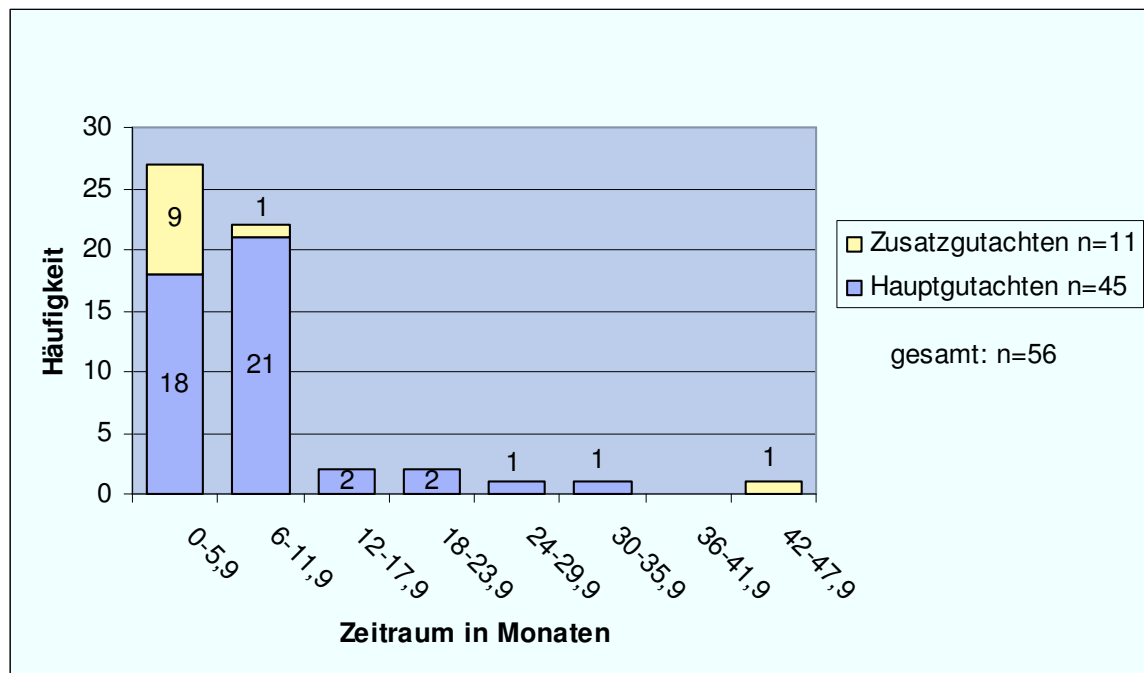


Abb. 6: Zeitraum Auftrag bis Fertigstellung der Gutachten, n=56

Die durchschnittliche Bearbeitungszeit der 45 Hauptgutachten betrug $7,9 \pm 6,5$ Monate (Range 1,9 bis 33,0 Monate; Median 6,4 Monate), die Bearbeitungszeit der elf Zusatzgutachten betrug $6,7 \pm 13,5$ Monate (Range 0,6 bis 47,1 Monate; Median 2,0 Monate) (siehe Abb. 7). Ohne Berücksichtigung der fünf Ausreißer mit einer Bearbeitungszeit über 18 Monate wurden 41 Hauptgutachten innerhalb von $6,2 \pm 2,9$ Monaten (Range 1,9 bis 13,5 Monate; Median 6,1 Monate) und zehn Zusatzgutachten innerhalb von $2,6 \pm 1,9$ Monaten (Range 0,6 bis 7,1 Monate; Median 1,9 Monate) fertiggestellt (siehe Abb. 8). Die Unterschiede sind sowohl mit den fünf Extremwerten (MW-U=99,5; $p=0,002$; Mann-Whitney-U-Test) als auch ohne die fünf Extremwerte (MW-U=54,5; $p<0,001$; Mann-Whitney-U-Test) statistisch signifikant.

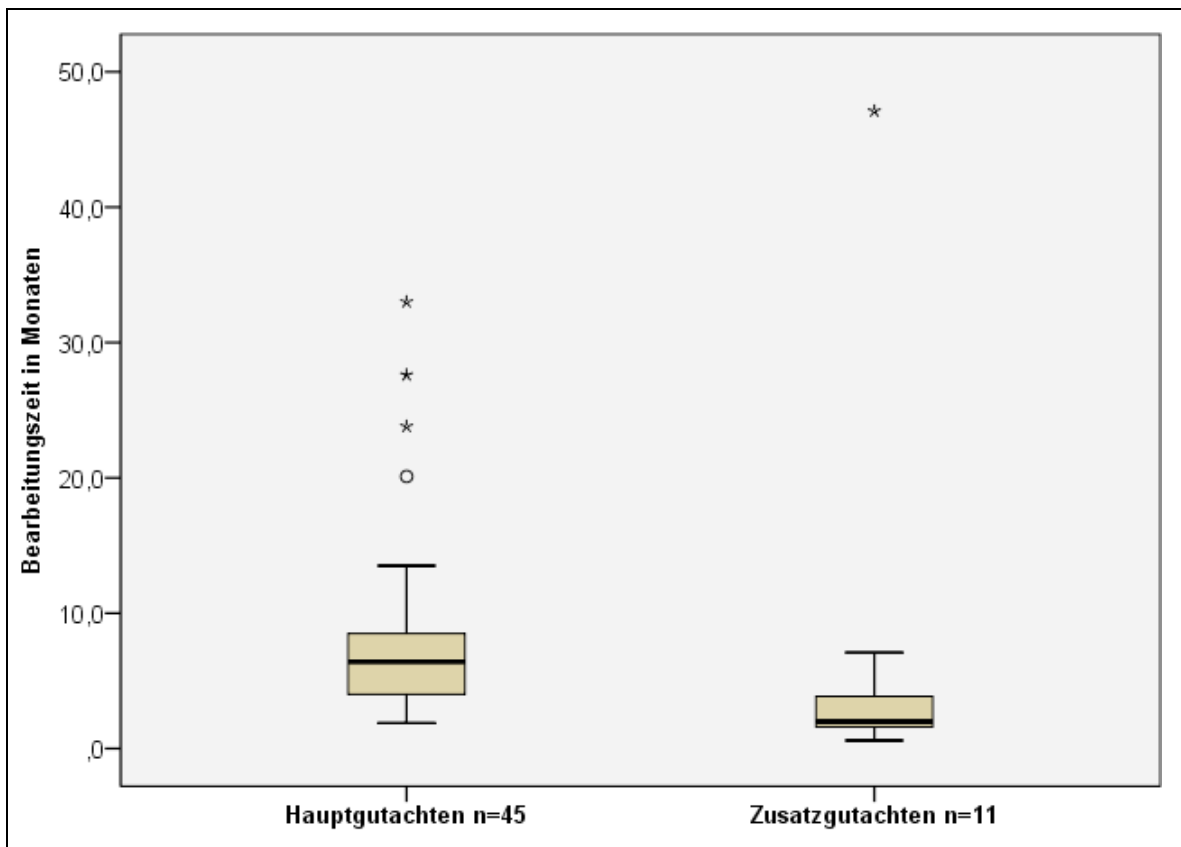


Abb. 7: Zeitraum Auftrag bis Fertigstellung bei Haupt- und Zusatzgutachten, n=56

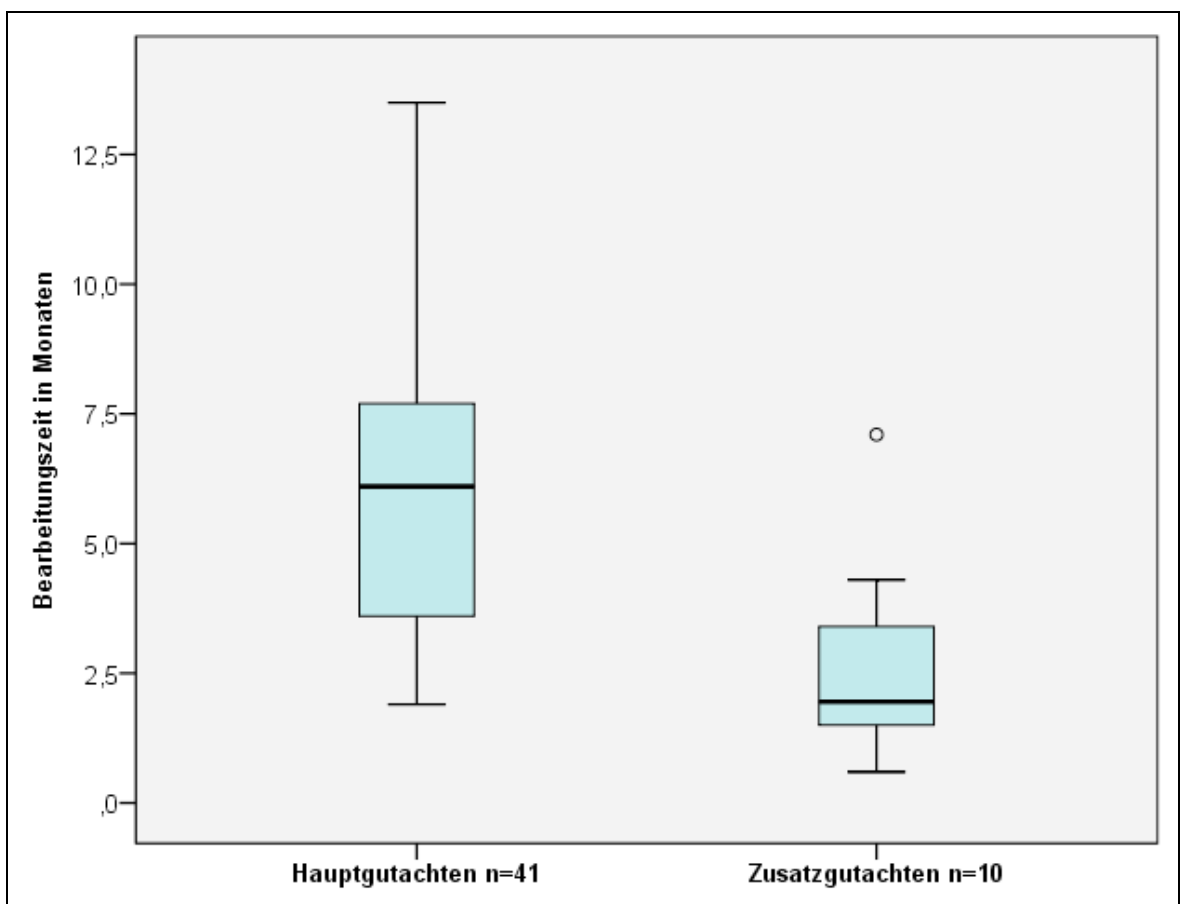


Abb. 8: Zeitraum Auftrag bis Fertigstellung bei Haupt- und Zusatzgutachten für Bearbeitungszeiten < 18 Monate, n=51

Ein Ausreißer mit 7,1 Monaten hat die Länge der durchschnittlichen Bearbeitungszeit der zehn Zusatzgutachten < 18 Monate zusätzlich in die Länge gezogen. Dieser wurde durch die Anforderung von fachärztlichen Vorbefunden seitens der Gutachter bedingt. Ohne diesen Ausreißer betrug die durchschnittliche Bearbeitungszeit bei neun Zusatzgutachten $2,1 \pm 1,2$ Monate (Range 0,6 bis 4,3 Monate; Median 1,9 Monate).

In der Kategorie „Phonation“ betrug die durchschnittliche Bearbeitungszeit $8,2 \pm 10,9$ Monate (Range 0,9 bis 47,1 Monate; Median 3,9 Monate), davon konnten 14 (63,6 %) von 22 Gutachten innerhalb eines halben Jahres fertiggestellt werden.

In der Kategorie „Artikulation“ betrug die durchschnittliche Bearbeitungszeit $6,3 \pm 2,6$ Monate (Range 0,6 bis 12,3 Monate; Median 6,3 Monate), davon wurden die meisten Gutachten (9 von 16 bzw. 56,3 %) in einem Zeitraum von sechs bis neun Monaten fertiggestellt.

In der Kategorie „peripheres Hören“ betrug die durchschnittliche Bearbeitungszeit $9,4 \pm 8,8$ Monate (Range 2,1 bis 33,0 Monate; Median 8,4 Monate), davon wurden zwölf von 14 Gutachten (85,7 %) innerhalb eines Jahres fertiggestellt.

Diese Unterschiede der Bearbeitungszeiten sind statistisch nicht signifikant ($\chi^2=2,38$; $df=2$; $p=0,30$; Kruskal-Wallis-Test).

Die Häufigkeitsverteilung der Bearbeitungszeiten für die Kategorien „Phonation“, „Artikulation“ und „peripheres Hören“ sind in Abb. 9a bis 9c dargestellt.

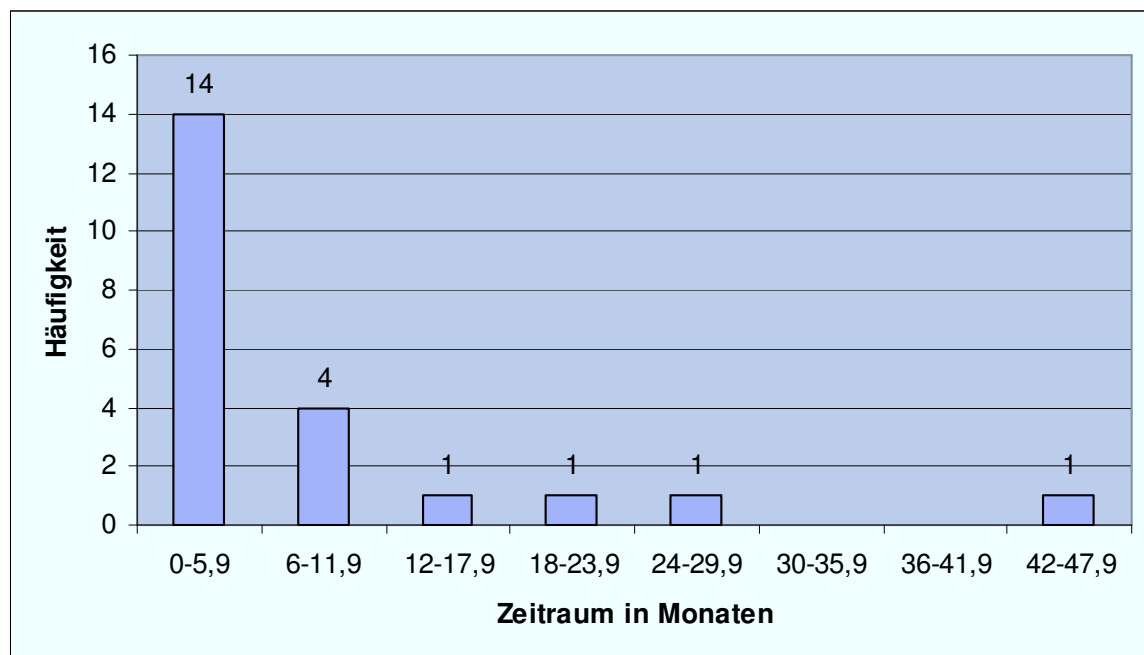


Abb. 9a: Zeitraum Auftrag bis Fertigstellung der Gutachten (Phonation), n=22

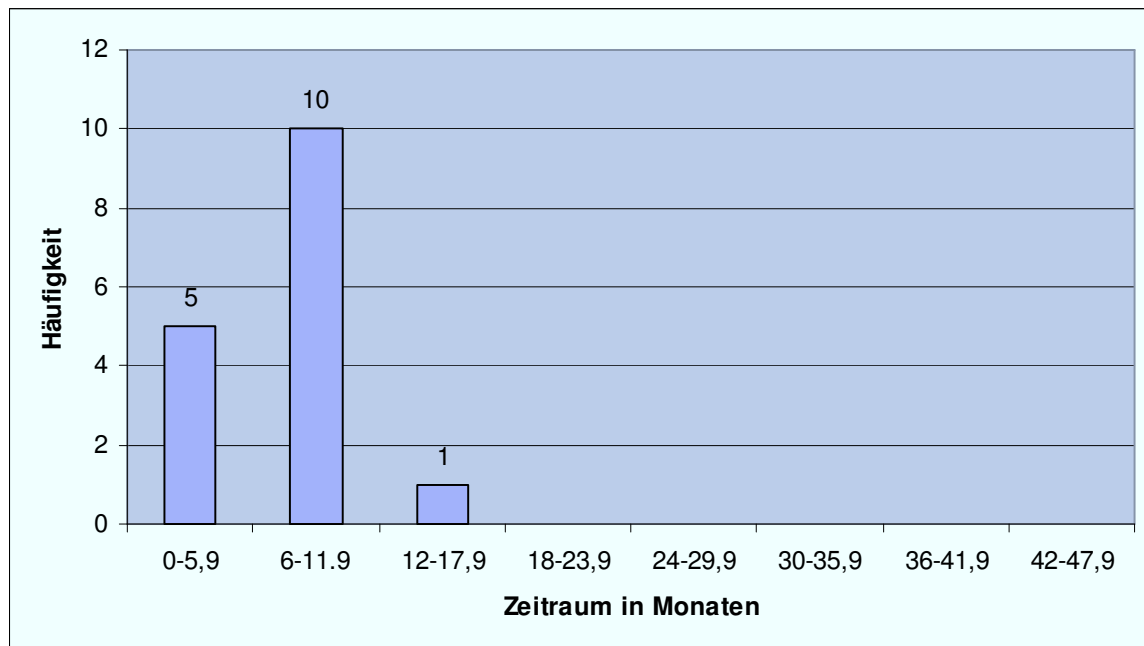


Abb. 9b: Zeitraum Auftrag bis Fertigstellung der Gutachten (Artikulation), n=16

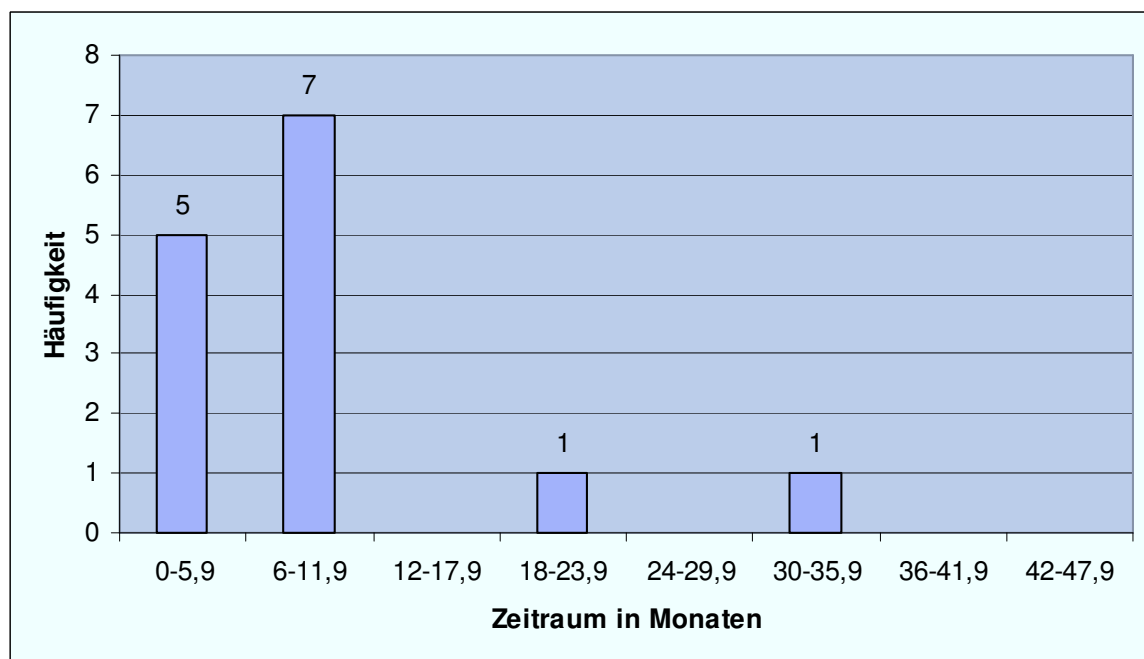


Abb. 9c: Zeitraum Auftrag bis Fertigstellung der Gutachten (peripheres Hören), n=14

Die durchschnittliche Bearbeitungszeit der fünf Aktengutachten betrug $4,3 \pm 2,6$ Monate (Range 2,1 bis 8,4 Monate; Median 3,3 Monate), während diese bei den 51 Gutachten mit persönlicher Untersuchung der zu begutachtenden Person durchschnittlich $8,0 \pm 8,5$ Monate (Range 0,6 bis 47,1 Monate; Median 6,1 Monate) dauerte. Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant (MW-U=88,5; $p=0,26$; Mann-Whitney-U-Test).

Bei Berücksichtigung aller 56 Gutachten besteht ein schwach positiver Zusammenhang zwischen Bearbeitungszeit und Anzahl der gutachtlichen Fragen ($r=0,24$; $p=0,07$; Spearman-Rho). Zwischen der Bearbeitungszeit und der Anzahl der Seiten besteht ein statistisch

signifikanter positiver Zusammenhang ($r=0,5$; $p<0,001$; Spearmans-Rho). Die Korrelationen können Abb. 10 und 11 entnommen werden. Dabei kamen die fünf Ausreißer mit einer Bearbeitungszeit von mehr als 18 Monaten deutlich zur Darstellung.

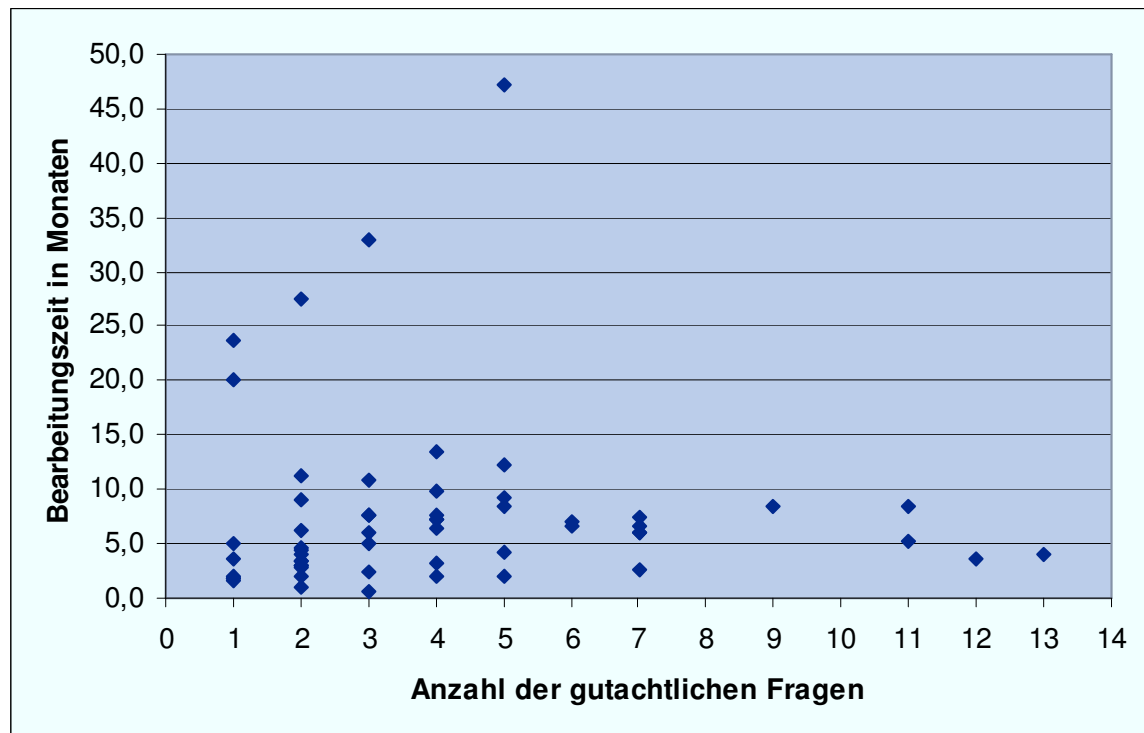


Abb. 10: Bearbeitungszeit im Zusammenhang mit der Anzahl der gutachtlichen Fragen, $n=56$

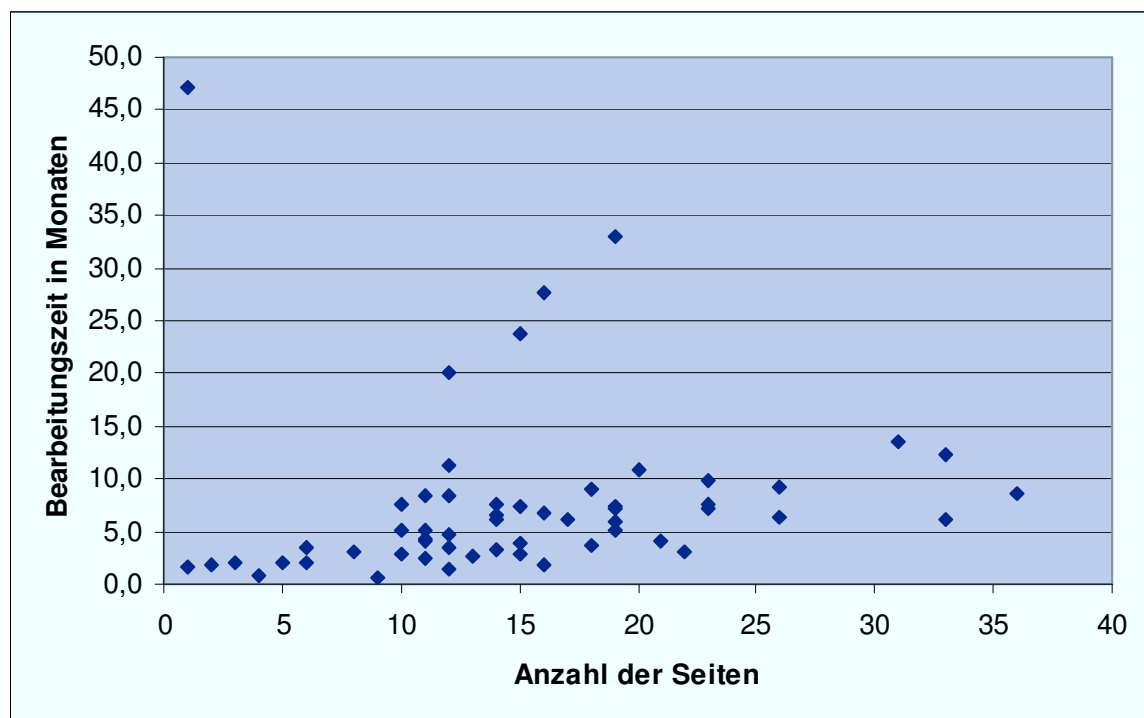


Abb. 11: Bearbeitungszeit im Zusammenhang mit der Seitenzahl, $n=56$

Betrachtet man die Gutachten ohne die fünf Ausreißer mit einer Bearbeitungszeit von mehr als 18 Monaten ($n=51$), ergeben sich deutlichere Zusammenhänge: Die Bearbeitungszeit variiert mit der Anzahl der gutachtlichen Fragen ($\chi^2=11,59$; $df=5$, $p=0,04$, Kruskal-Wallis-Test), d.h. je mehr Fragen gestellt werden, desto länger dauert die Fertigstellung eines Gutachtens (siehe Abb. 12). Gleichmaßen kovariieren die Bearbeitungszeit und die Anzahl der Seiten eines Gutachtens ($\chi^2=17,75$; $df=3$; $p<0,001$; Kruskal-Wallis-Test), d.h. je mehr Seiten ein Gutachten umfasst, desto länger die Bearbeitungszeit (siehe Abb. 13).

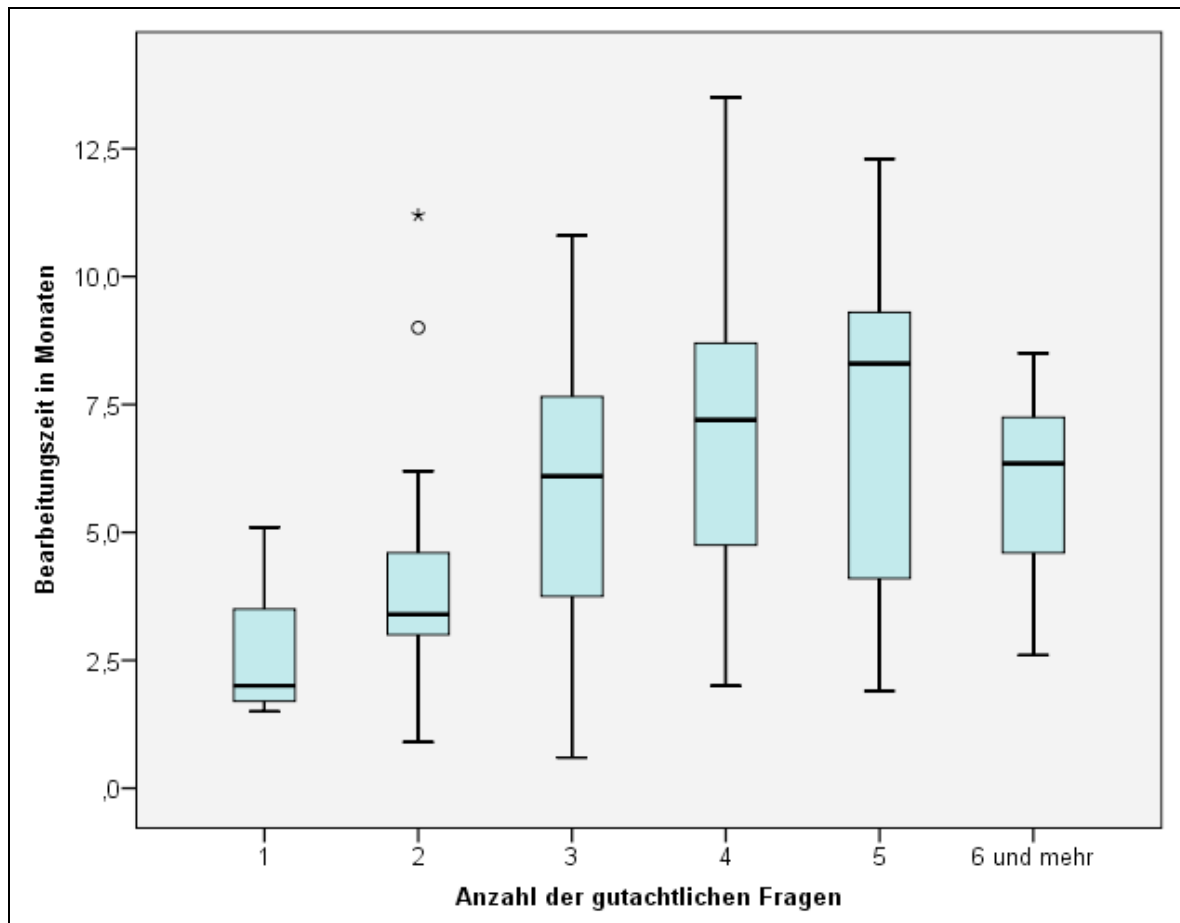


Abb. 12: Bearbeitungszeit im Zusammenhang mit der Anzahl der gutachtlichen Fragen (ohne Ausreißer), $n=51$

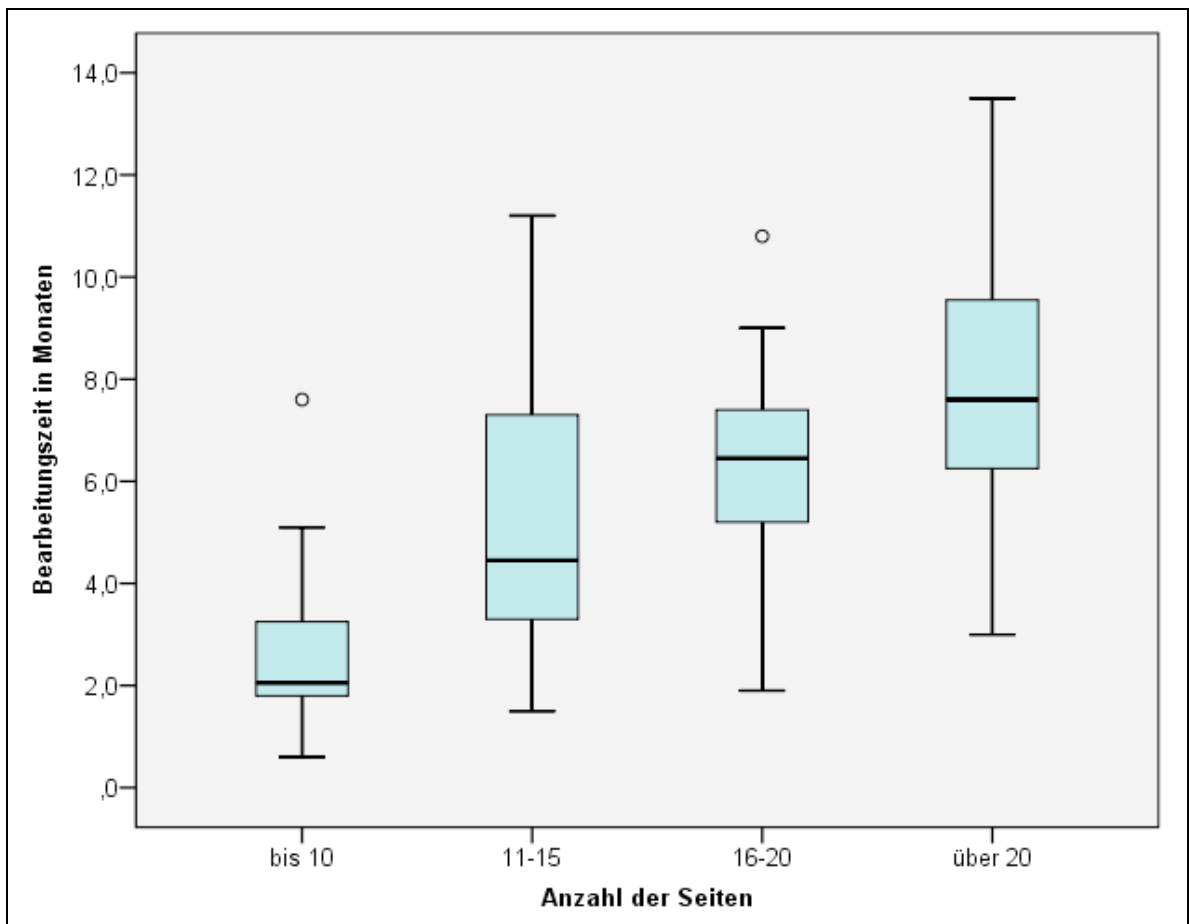


Abb. 13: Bearbeitungszeit im Zusammenhang mit der Seitenzahl (ohne Ausreißer), n=51

Zwischen der Anzahl der gutachtlichen Fragen und der Anzahl der Seiten ergab sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang ($\chi^2=11,88$; $df=5$; $p=0,04$; Kruskal-Wallis-Test), d.h. im Durchschnitt war die Seitenzahl eines Gutachtens niedriger, je weniger Fragen gestellt wurden (siehe Abb. 14).

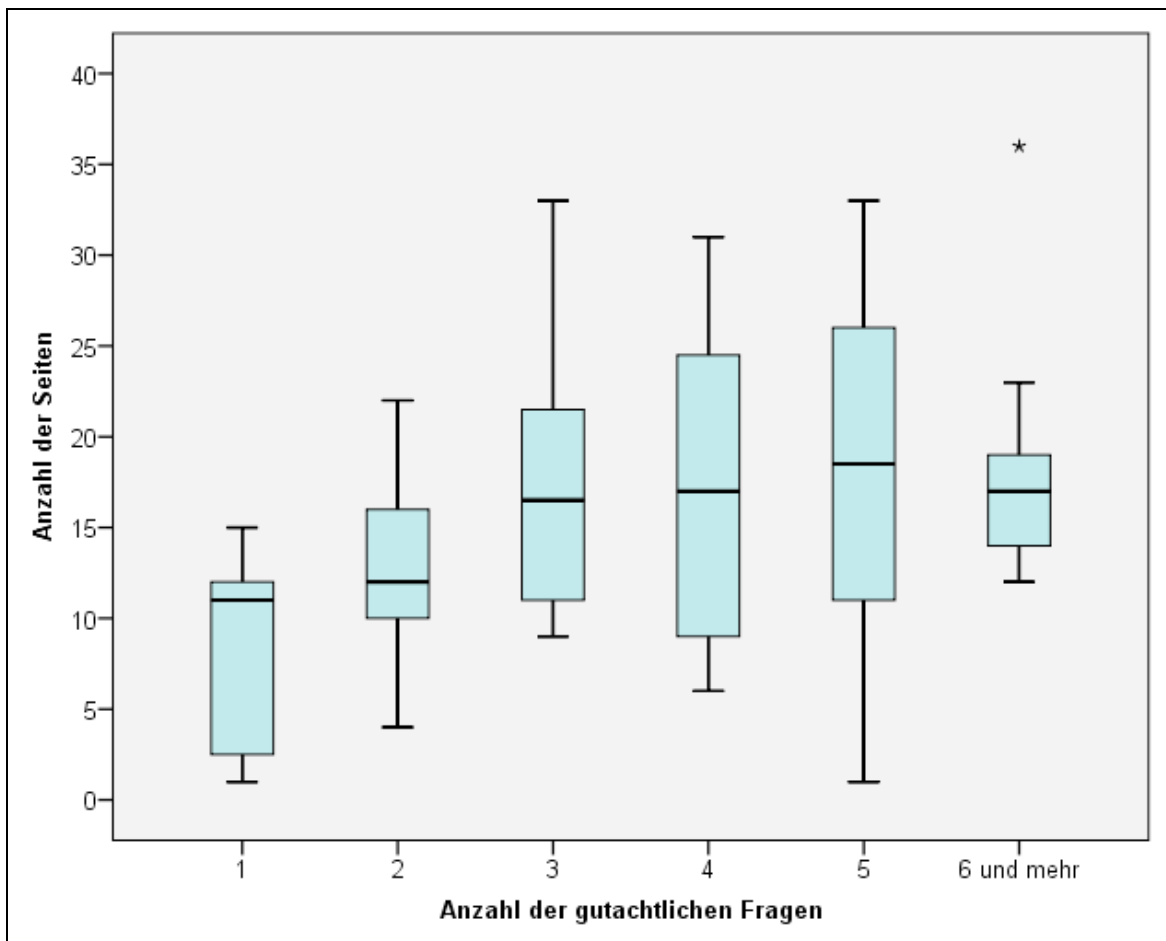


Abb. 14: Seitenzahl im Zusammenhang mit der Anzahl der gutachtlichen Fragen, n=56

3.1.11 Gründe für eine lange Bearbeitungszeit des Gutachtens

Folgende Gründe für eine lange Bearbeitungszeit der 56 Gutachten konnten identifiziert werden:

- Arbeitsbelastung der Gutachter in 23 Fällen (41,1 %),
- Verzögerung durch die Patienten (seitens der Patienten mehrfach verschobene gutachtliche Untersuchungstermine) in neun Fällen (16,1 %),
- längerfristige Erkrankungen seitens der Gutachter in drei Fällen (5,4 %),
- umfangreiche Beweisfragen/komplexer Gutachtenauftrag in drei Fällen (5,4 %),
- Verzögerungen bedingt durch den Auftraggeber in zwei Fällen (3,6 %) (z.B. fehlende schriftliche Bestätigung des Gutachtenauftrages, Anforderungen fachärztlicher Vorbefunde seitens des Gerichtes),
- Verzögerungen durch Anforderungen fachärztlicher Vorbefunde seitens der Gutachter in einem Fall (1,8 %).

Bei manchen Gutachtenaufträgen trafen mehrere dieser Gründe gleichzeitig zu.

3.1.12 Umfang des Gutachtens (Anzahl der Seiten)

Der Umfang der 56 Gutachten betrug durchschnittlich $15,1 \pm 7,8$ Seiten (Range 1 bis 36 Seiten; Median 14,0 Seiten). 32 Gutachten (57,1 %) hatten einen Umfang zwischen elf und 20 Seiten.

Bei 45 Hauptgutachten betrug die durchschnittliche Seitenzahl $16,9 \pm 7,2$ Seiten (Range 3 bis 36 Seiten; Median 15,0 Seiten); die elf Zusatzgutachten umfassten durchschnittlich $7,5 \pm 5,8$ Seiten (Range 1 bis 19 Seiten; Median 6,0 Seiten). Der Unterschied zwischen der Seitenzahl der Hauptgutachten und der Zusatzgutachten ist statistisch signifikant ($T=4,01$; $df=54$; $p<0,001$; T-Test).

Die Häufigkeitsverteilung der Seitenzahlen der 56 Gutachten ist in Abb. 15 dargestellt.

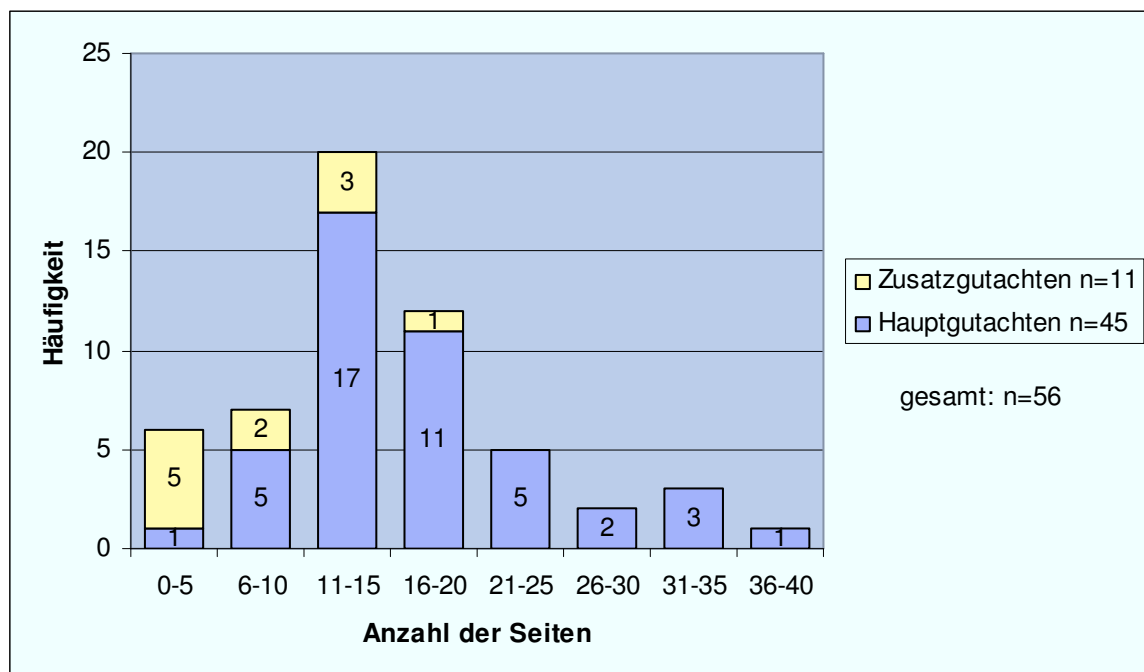


Abb. 15: Anzahl der Seiten, n=56

In den einzelnen Kategorien betrug die Seitenzahl bei den Stimmgutachten durchschnittlich $13,2 \pm 7,8$ Seiten (Range 1 bis 31 Seiten; Median 13,0 Seiten), bei den Gutachten, die die Artikulation betrafen, durchschnittlich $18,4 \pm 8,2$ Seiten (Range 6 bis 33 Seiten; Median 15,5 Seiten), und bei den Hörgutachten durchschnittlich $15,1 \pm 7,6$ Seiten (Range 3 bis 36 Seiten; Median 13,5 Seiten). In diesen drei Kategorien sind die Unterschiede statistisch nicht signifikant ($F=1,98$; $df=2$; $p=0,15$; einfaktorielle ANOVA).

Die drei Gutachten, welche schwerpunktmäßig eine vermutete AVWS betrafen, hatten einen durchschnittlichen Umfang von $13,0 \pm 3,5$ Seiten (Range 11 bis 17 Seiten; Median 11,0 Seiten). Das Gutachten, welches schwerpunktmäßig eine vermutete Schluckstörung betraf, umfasste acht Seiten.

Tendenziell waren dabei die Gutachten, die die Artikulation betrafen, durchschnittlich am längsten und die Gutachten, die eine Stimmstörung betrafen, am kürzesten gefasst (aufgrund kleiner Fallzahlen fanden die Kategorien „AVWS“ und „Schlucken“ hier keine Berücksichtigung). Die Häufigkeit der Seitenzahlen in den Kategorien „Phonation“, „Artikulation“ und peripheres Hören“ wird in Abb. 15a bis 15c dargestellt.

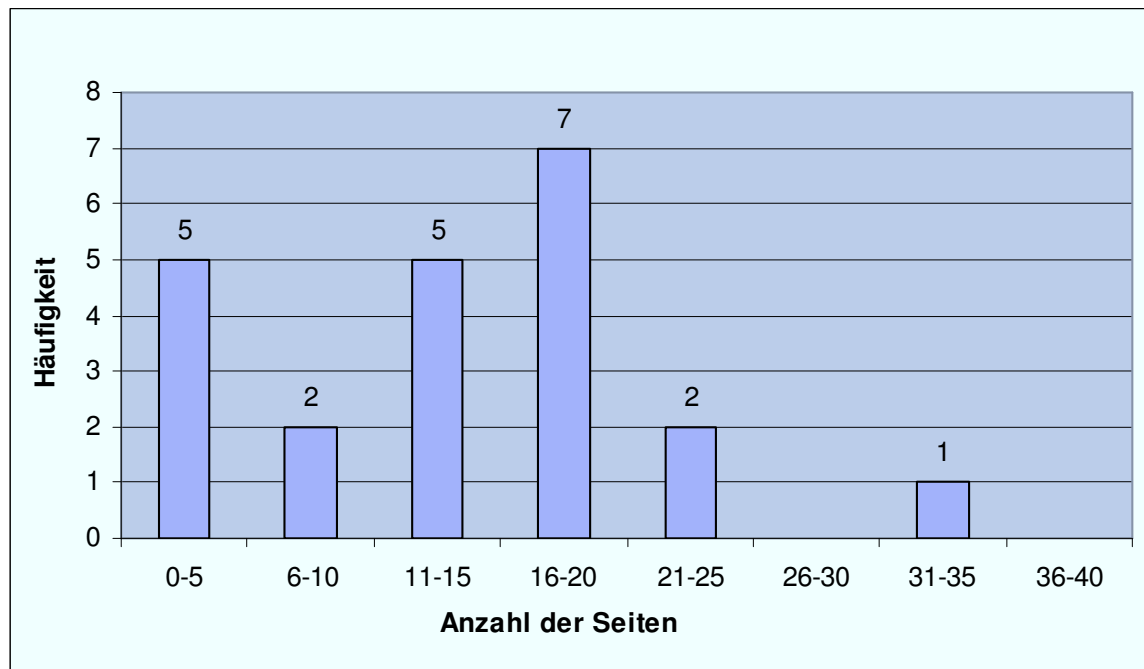


Abb. 15a: Anzahl der Seiten (Phonation), n=22

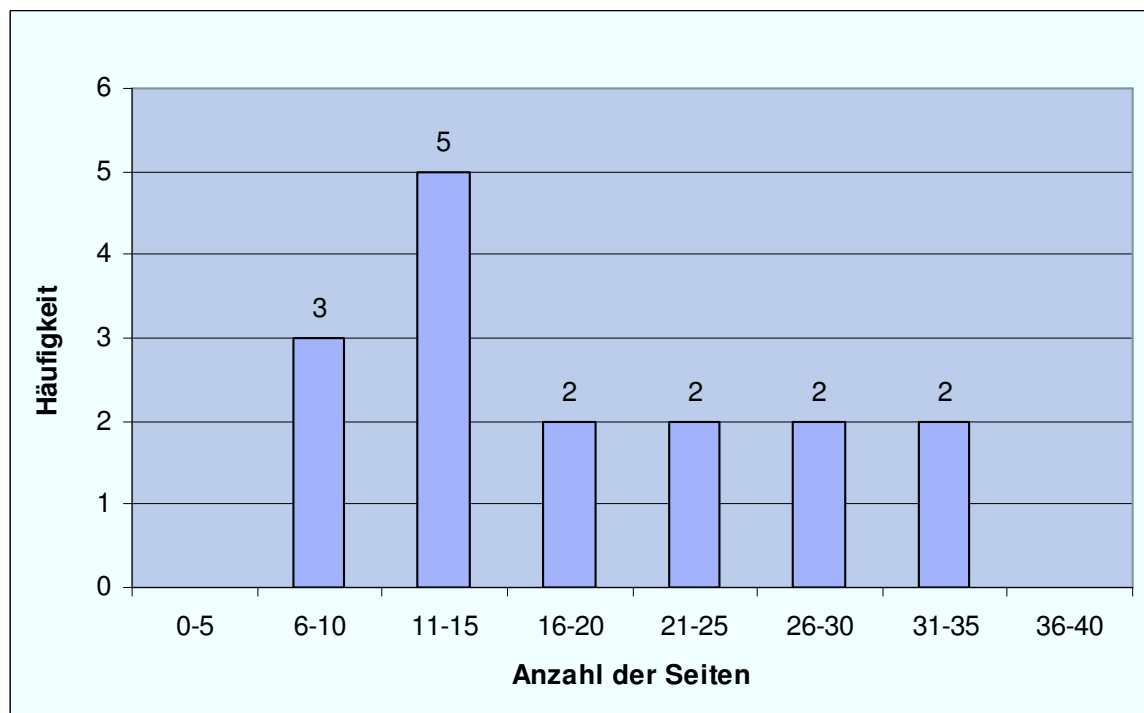


Abb. 15b: Anzahl der Seiten (Artikulation), n=16

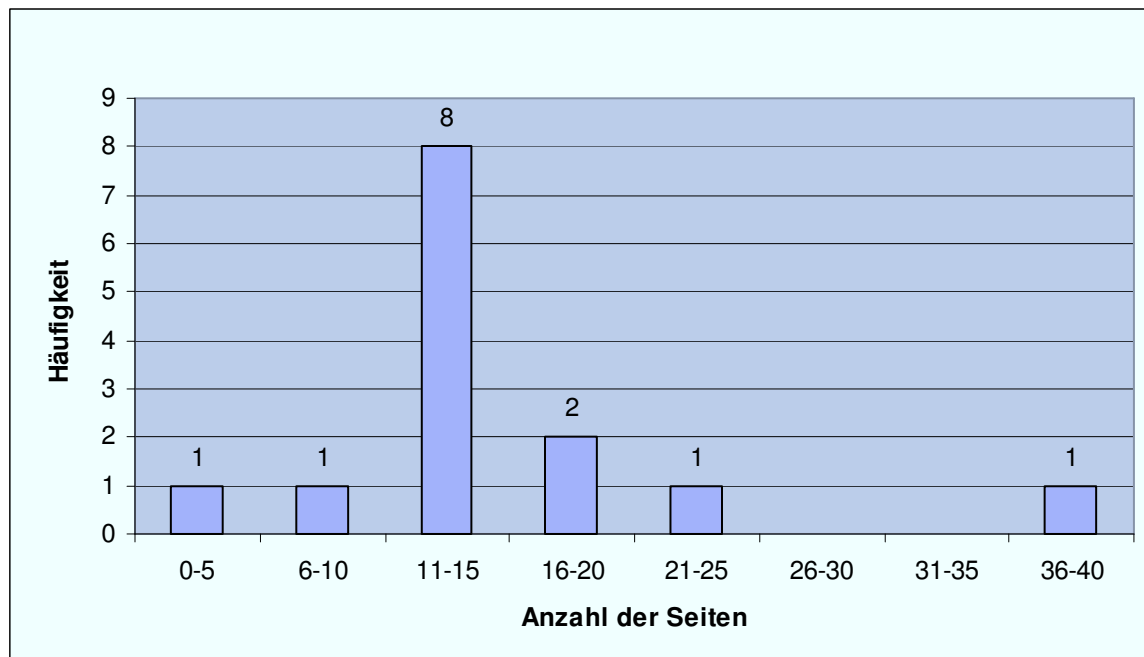


Abb. 15c: Anzahl der Seiten (peripheres Hören), n=14

Bei den fünf Aktengutachten betrug die durchschnittliche Anzahl der Seiten $10,2 \pm 4,2$ (Range 3 bis 14 Seiten; Median 11,0 Seiten), während die 51 Gutachten mit persönlicher Untersuchung der zu begutachtenden Person durchschnittlich einen Umfang von $15,6 \pm 8,0$ Seiten (Range 1 bis 36 Seiten; Median 15,0 Seiten) hatten. Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant ($T=1,47$; $df=54$; $p=0,15$; T-Test).

3.1.13 Dauer der gutachtlichen Untersuchung

Die 51 gutachtlichen Untersuchungen dauerten durchschnittlich $3,9 \pm 1,8$ Stunden (Range 1,3 bis 11,4 Stunden; Median 3,5 Stunden). Bei 34 (66,7 %) der 51 Gutachten betrug die Untersuchungsdauer zwischen 2,0 und 4,9 Stunden. Zwei Ausreißer mit einer Untersuchungsdauer von acht bzw. 11,9 Stunden wurden durch je einen Patienten aus den Kategorien „peripheres Hören“ bzw. „AVWS“ bedingt.

Bei 40 Hauptgutachten dauerte die gutachtliche Untersuchung durchschnittlich $4,3 \pm 1,9$ Stunden (Range 1,3 bis 11,4 Stunden; Median 4,0 Stunden), die der elf Zusatzgutachten betrug $2,8 \pm 1,1$ Stunden (Range 1,7 bis 5,4 Stunden; Median 2,5 Stunden). Der Unterschied ist statistisch signifikant ($T=3,5$; $df=29$; $p=0,002$; T-Test).

Die Häufigkeitsverteilung der Dauer der gutachtlichen Untersuchungen ist in Abb. 16 für die Gesamtzahl der Gutachten und in Abb. 16a bis 16c für die Kategorien „Phonation“, „Artikulation“ und „peripheres Hören“ dargestellt.

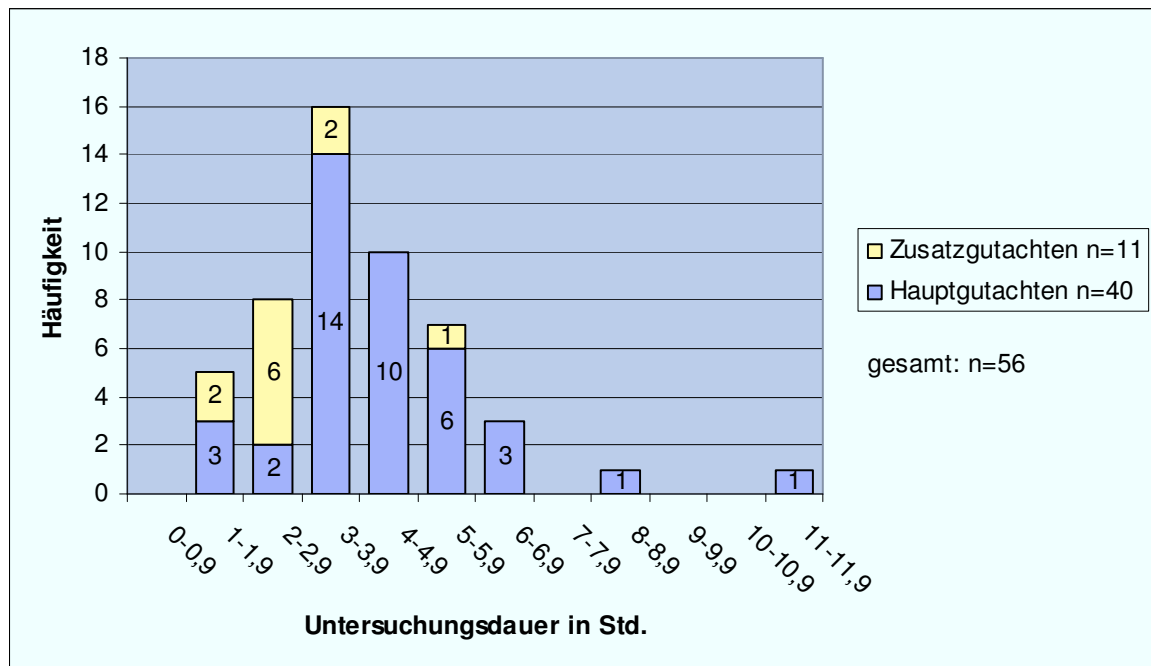


Abb. 16: Untersuchungsdauer (gesamt), n=56

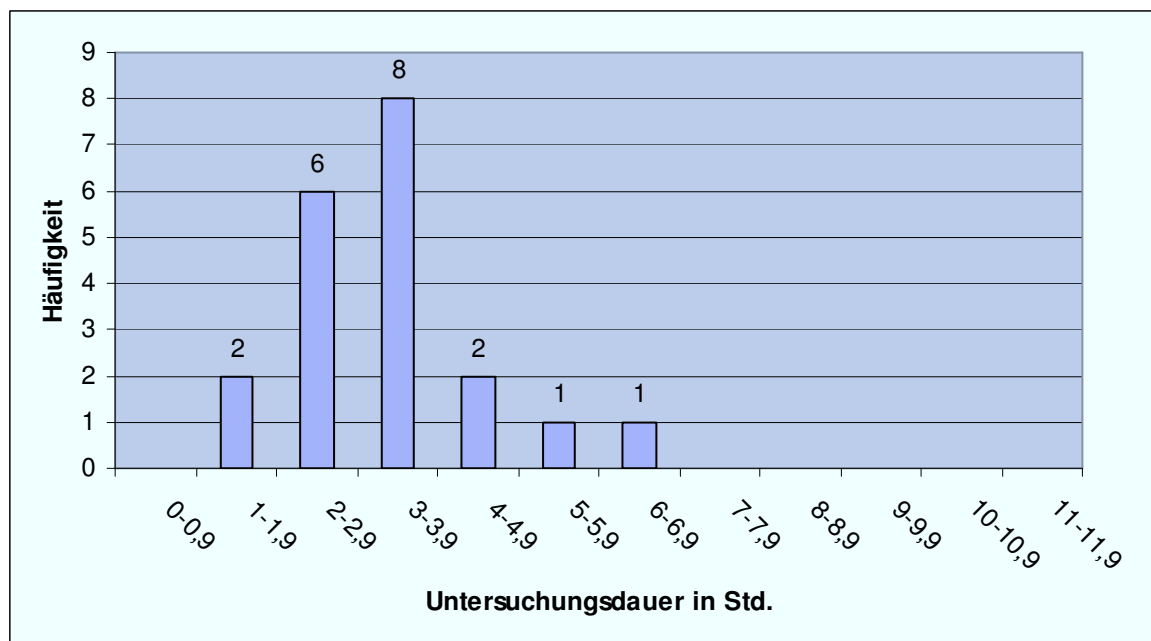


Abb. 16a: Untersuchungsdauer (Phonation), n=22

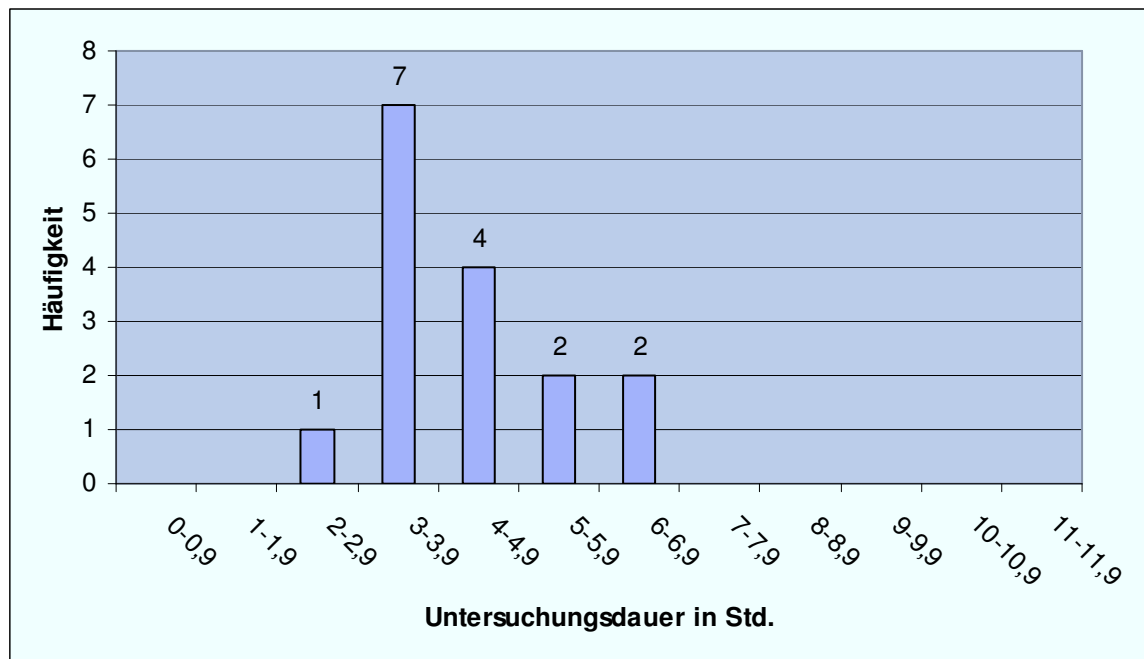


Abb. 16b: Untersuchungsdauer (Artikulation), n=16

Bei Verdacht auf Aggravation und Simulation wurde in einem Fall der Kategorie „peripheres Hören“ die Untersuchungsdauer mit 11,9 Stunden erheblich in die Länge gezogen (Abb. 16c). Ohne diesen Patienten betrug die durchschnittliche Untersuchungsdauer $3,8 \pm 1,5$ Stunden (Range 1,3 bis 8,9 Stunden; Median 3,5 Stunden).

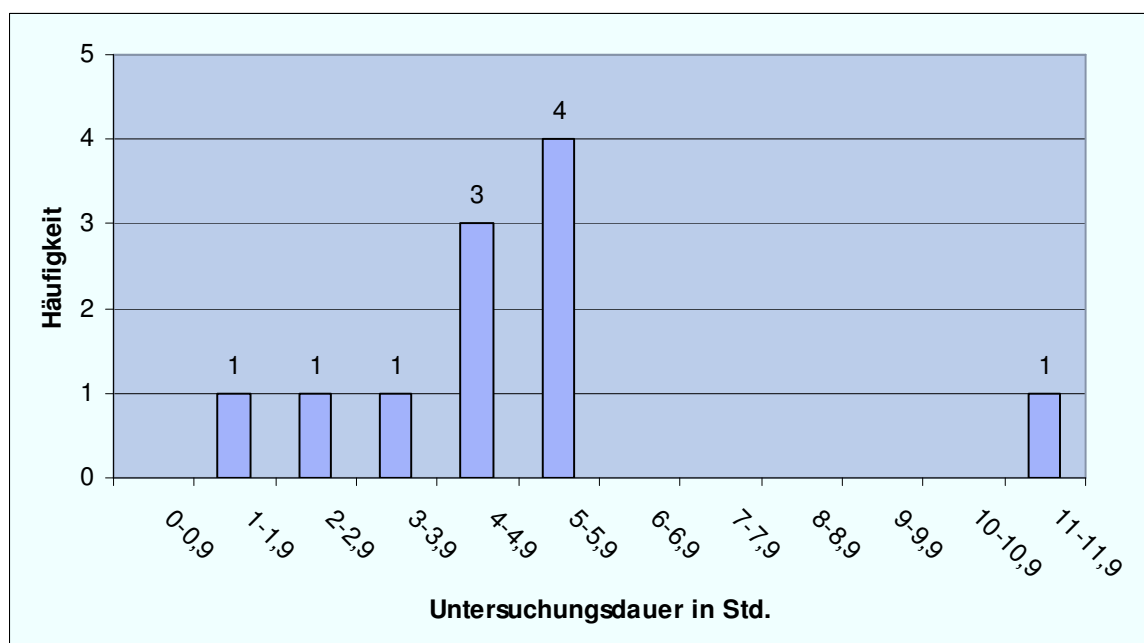


Abb. 16c: Untersuchungsdauer (peripheres Hören), n=14

Während die gutachtliche Untersuchungsdauer in der Kategorie „Artikulation“ mit $4,2 \pm 1,1$ Stunden (Range 2,5 bis 6,4 Stunden; Median 3,9 Stunden) eine mittlere Position einnimmt, unterscheidet sich die Untersuchungsdauer in der Kategorie „Phonation“ mit $3,2 \pm 1,1$

Stunden (Range 1,7 bis 6,1 Stunden; Median 3,0 Stunden) signifikant von der Untersuchungsdauer in der Kategorie „peripheres Hören“ mit $4,8 \pm 2,6$ Stunden (Range 1,3 bis 11,4 Stunden; Median 4,8 Stunden) ($F=4,19$; $df=2$; $p=0,03$; einfaktorielle ANOVA, Scheffé-Procédur).

3.1.14 Für das Gutachten relevante Grunderkrankung(en)

Folgende Grunderkrankungen wurden aufgrund mitgebrachter Fremdbefunde erfasst:

- zehnmal Mehrfachbehinderung mit geistiger Retardierung (davon sechsmal Down-Syndrom)
- sechsmal Karzinome (davon fünfmal Larynx, einmal Zungenrand)
- sechsmal Trauma nach Verkehrsunfall (davon viermal Artikulations- oder Phonationsorgane, einmal Gehör, einmal Schädel-Hirn-Trauma mit Langzeitbeatmung)
- viermal Rezidivstruma

Diese Aufzählung beinhaltet die am häufigsten auftretenden Grunderkrankungen, selten oder nur in Einzelfällen auftretende Grunderkrankungen wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht mit aufgeführt.

3.1.15 Für das Gutachten relevante sonstige Diagnosen

An Nebendiagnosen wurden aufgrund der mitgebrachten Fremdbefunde u.a. dokumentiert: Arthrosen, Lungenfunktionsstörungen, Parästhesien, Unterlippenverletzung nach Verkehrsunfall, rezidivierende Gastritiden und Ulcera duodeni, Connexin-26-Mutation, Aufmerksamkeitsstörung.

3.1.16 Vorschläge zur weiteren Abklärung der beklagten Beschwerden

Entsprechend dem interdisziplinären Ansatz des phoniatriisch-pädaudiologischen Fachgebietes wurden im Rahmen der Gutachten sehr häufig Vorschläge zur weiteren fachärztlichen u./o. psychologischen Abklärung der Beschwerden gemacht. Die im Einzelnen gutachtlich empfohlenen fachärztlichen und psychologischen Zusatzuntersuchungen sind nach Fachbereichen geordnet in Tabelle 4 zusammengestellt.

- radiologisch 13x
- HNO-ärztlich 11x
- psychologisch/psychosomatisch/psychiatrisch 8x
- neuropädiatrisch-kinderpsychologisch 6x
- neurologisch 5x
- pulmologisch 4x
- sonstige (endokrinologisch, gastroenterologisch, humangenetisch, orthopädisch, neurochirurgisch, ophthalmologisch, plastisch-chirurgisch, toxikologisch) 12x

Tabelle 4: Anzahl der gutachtlich empfohlenen fachärztlichen und psychologischen Zusatzuntersuchungen bei 56 phoniatriisch-pädaudiologischen Gutachten

3.1.17 Weiterbehandlungsvorschläge

Gutachtlich wurden diverse fachärztliche und pädagogische Weiterbehandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen empfohlen. Die entsprechende Aufstellung zeigt Tabelle 5.

- HNO-ärztlich 38x
- logopädisch 23x
- zahnärztlich/kieferorthopädisch 8x
- Hörgeräte-Überprüfung beim Akustiker 6x
- psychotherapeutische/psychosomatische Mitbetreuung 5x
- sonderpädagogische Rehabilitation (z.B. Schwerhörigen-, Heilpädagogik) 5x
- pneumologische Kontrolle 5x
- sonstige (endokrinologische Kontrollen, gastroenterologische Kontrollen, Krankengymnastik, radiologische Kontrollen, Schmerztherapie, berufliche Umsetzung/beschützter Arbeitsplatz, neuropädiatrisch-kinderpsychologische Kontrollen, Ergo- und Mototherapie) 15x

Tabelle 5: gutachtlich empfohlene Weiterbehandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen bei 56 phoniatriisch-pädaudiologischen Gutachten

3.1.18 Empfehlung von Nachbegutachtung(en) im Hinblick auf die Anzahl logopädischer Therapieeinheiten

In 15 (9x Phonation, 5x Artikulation und 1x AVWS) (26,8 %) der 56 Gutachten wurde eine phoniatriisch-pädaudiologische Nachbegutachtung nach durchschnittlich $63,7 \pm 89,6$ logopädischen Therapieeinheiten (Range: 20 bis 380 logopädische Therapieeinheiten; Median 40,0 logopädische Therapieeinheiten) seitens der Gutachter empfohlen.

Nur in zwei Fällen, und zwar in der Kategorie „Phonation“, wurde dabei die von uns empfohlene Nachbegutachtung durchgeführt (in einem Fall nach 1,8 Jahren, in dem anderen Fall nach drei Jahren). In einem weiteren Fall (Kategorie „peripheres Hören“) wurde die durch uns durchgeführte Nachbegutachtung gerichtlich angeordnet (siehe Kap. 3.1.7).

3.1.19 Ausgang des gutachtlichen Verfahrens

3.1.19.1 Entscheidung über das beantragte Begehren seitens der Gutachter

Von den 56 Gutachten wurden seitens der phoniatriisch-pädaudiologischen Gutachter 23 Anträge (41,1 %) befürwortet und 26 (46,4 %) abgelehnt.

In vier (7,1 %) Fällen konnte aufgrund fehlender fachärztlicher Fremdbefunde über eine Befürwortung oder Ablehnung seitens der Gutachter nicht entschieden werden. In drei Fällen (5,4 %) war Befürwortung oder Ablehnung des Begehrens der Antragsteller nicht Bestandteil der Beweisfragen, daher erfolgte keine Bewertung im Sinne einer Befürwortung oder Ablehnung. Bei diesen Gutachten wurde nach dem phoniatriischen bzw. pädaudiologischen Befund gefragt.

Die entsprechenden Häufigkeitsverteilungen sind aus dem Kreisdiagramm in Abb. 17 ersichtlich.

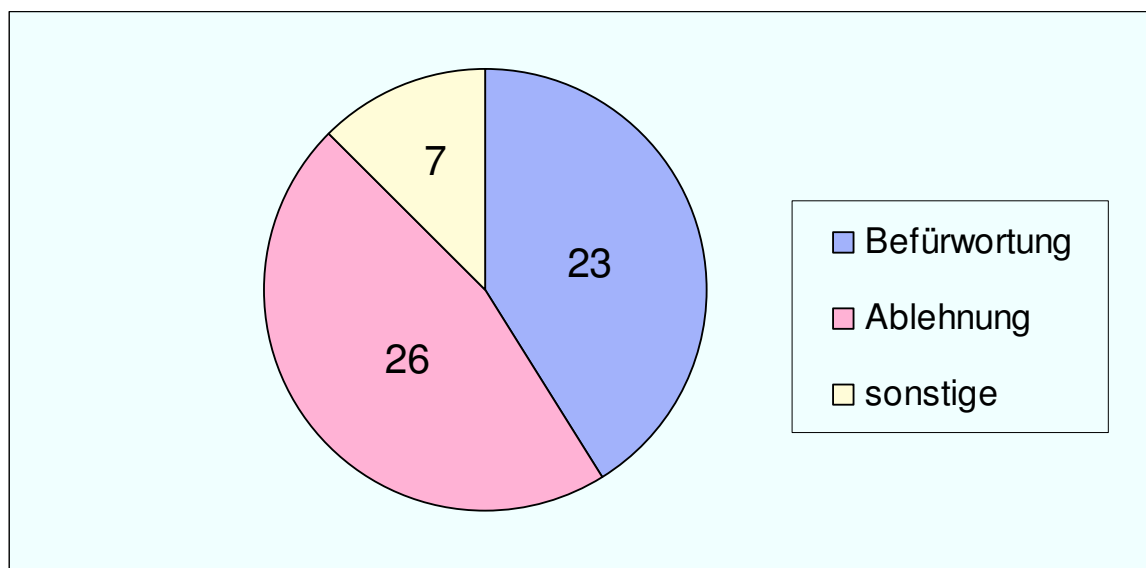


Abb. 17: Entscheidung seitens der Gutachter, n=56

In 41 (73,2 %) von 56 Fällen konnte die der Gutachtenerstellung zugrunde gelegte Diagnose bestätigt werden, in 15 Fällen (26,8 %) wurde die Diagnose durch die medizinischen Gutachter revidiert (z.B. kein Anhalt für beklagte Störung oder beklagte Störung nur gering ausgeprägt).

Bei 21 Fällen wurde nach therapeutischen Möglichkeiten gefragt (siehe Kap. 3.1.9). In sechs (28,6 %) dieser 21 Fälle sind die Gutachter zum Schluss gekommen, dass die Einleitung oder Fortführung weiterer Therapiemaßnahmen (insbes. Logopädie) nicht sinnvoll wäre (z.B. keine behandlungsbedürftige Störung vorliegend oder bei dauerhaftem Endzustand keine Verbesserung mehr zu erwarten).

3.1.19.2 Entscheidung über das beantragte Begehren seitens der Auftraggeber

Von den 56 Gutachten wurde seitens der Auftraggeber in 22 Verfahren (39,3 %) das Begehren des Patienten befürwortet und in 14 Verfahren (25,0 %) abgelehnt. In 20 Fällen (35,7 %) gab es keine endgültige Entscheidung der Auftraggeber. Davon wurde in zehn Fällen die Klage seitens der Kläger zurückgenommen. Zwei Verfahren waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht abgeschlossen. In zwei Fällen wurde keine Auskunft seitens des Patienten gewünscht bzw. aufgrund der Berufung auf die Schweigepflicht nicht erteilt. In zwei weiteren Fällen konnte das jeweilige Verfahren ohne Urteil mit Vergleich ohne weitere Information beendet werden. Zweimal erhielten wir von Auftraggebern keine Rückmeldung über die Entscheidung. Ein Verfahren wurde seitens des anwaltlichen Vertreters eingestellt, ein anderes endete ohne Urteil als selbständiges Beweisverfahren. Auch hier gab es keine weitere Information über eine Befürwortung oder Ablehnung des beantragten Begehrens seitens der Auftraggeber. Die Häufigkeitsverteilung ist dem Kreisdiagramm in Abb. 18 zu entnehmen.

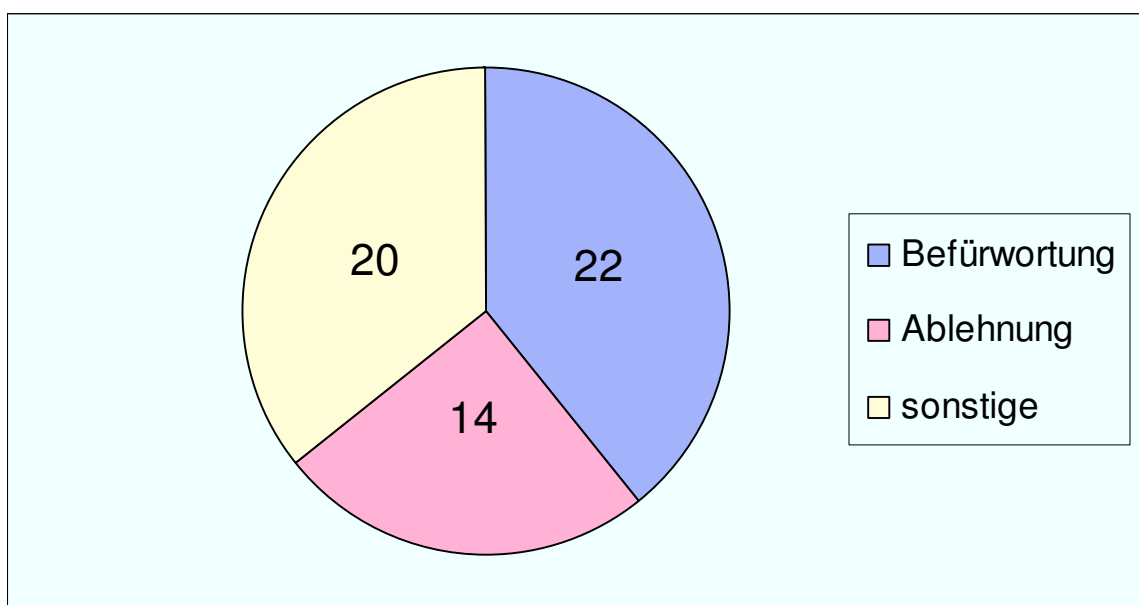


Abb. 18: Befürwortung oder Ablehnung seitens der Auftraggeber, n=56

Die Befragung der Auftraggeber zum Ausgang der 56 Gutachtenverfahren ergab folgende Informationen (Mehrfachnennungen möglich):

In 37 Fällen (66,1 %) stimmte der Auftraggeber mit dem Gutachten überein bzw. hat sich dem Gutachten angeschlossen.

In 16 Fällen (28,6 %) gewährte die beklagte Institution aufgrund des Gutachtens weiterhin Leistungen, die vor der Gutachtenerstellung strittig waren.

In zehn Fällen (17,9 %) wurde die Klage in einem Gerichtsverfahren seitens der Kläger aufgrund des Gutachtens zurückgenommen.

In sieben Fällen (12,5 %) wurde ein beklagtes ärztliches Fehlverhalten seitens der Auftraggeber nach Vorlage unseres Gutachtens nicht bestätigt, in drei Fällen (5,4 %) wurde es anerkannt.

In fünf Fällen (8,9 %) wurde aufgrund des Gutachtens eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bzw. ein Grad der Behinderung (GdB) anerkannt.

In zwei Fällen erhielten wir keine Auskunft aufgrund des fehlenden Einverständnisses des Patienten sowie fehlender Entbindung der Beklagten von der Schweigepflicht. In zwei weiteren Fällen erhielten wir auf unsere Anfrage keinerlei Antwort. In einem Fall wurde unsere Anfrage wie folgt beantwortet: rechtskräftige Verurteilung (wegen vorsätzlicher Körperverletzung in fünf Fällen, versuchter Körperverletzung in vier Fällen, Amtsanmaßung in drei Fällen). In einem Fall gab es keine Entscheidung, da die Verhandlung seitens des anwaltlichen Vertreters eingestellt worden war.

3.1.19.3 Gerichtsverfahren

Bei 24 gerichtlichen Auftraggebern gab es insgesamt acht rechtskräftige Urteile in 26 Gerichtsverfahren, davon sechs erstinstanzliche und zwei zweitinstanzliche Urteile. Die restlichen 18 der 26 Gerichtsverfahren endeten zehnmal (38,5 %) durch Klagerücknahme und siebenmal (26,9 %) durch außergerichtliche Entscheidung oder Vergleich. In einem weiteren Fall handelte es sich um ein selbständiges Beweisverfahren, so dass kein Urteil erging. Daraus folgt, dass es nur in acht (30,8 %) von 26 Gerichtsverfahren ein rechtskräftiges Urteil gab.

In fünf (19,2 %) von 26 Gerichtsverfahren wurde das Begehren der Kläger nach Vorlage unseres Gutachtens seitens des zuständigen Gerichtes abgelehnt, in drei Fällen (11,5 %) erhielt der Kläger Schadensersatz.

Die Häufigkeitsverteilung des Ausgangs der Gerichtsverfahren ist Abb. 19 zu entnehmen.

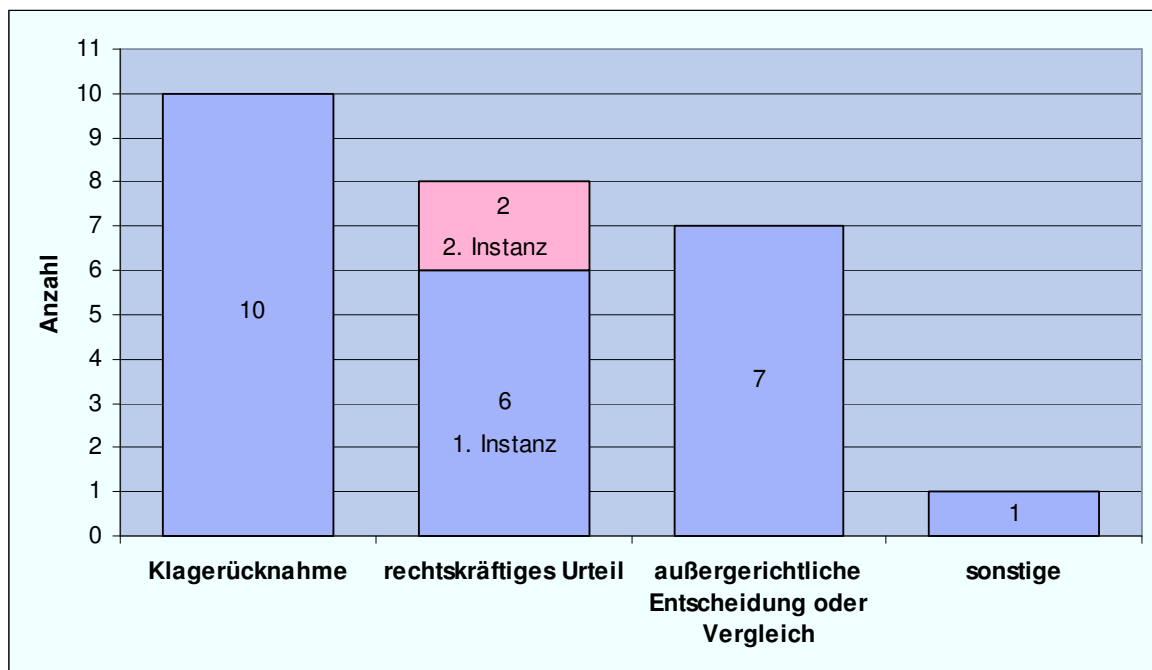


Abb. 19: Ausgang der Gerichtsverfahren, n=26

3.1.19.4 Vergleich der Entscheidungen durch Gutachter und Auftraggeber

Eine Gegenüberstellung der Entscheidungen der Gutachter und der Auftraggeber ist Tabelle 6 zu entnehmen. Bei unserem Kollektiv sind die Befürwortungs- und Ablehnungsraten der Gutachter ähnlich. Die Auftraggeber haben im Vergleich eine niedrigere Ablehnungsrate, wobei in 20 (35,7 %) von 56 Fällen noch keine Entscheidung getroffen wurde. Die Anzahl an Befürwortungen ist bei Gutachtern und Auftraggebern nahezu identisch.

	befürwortet	abgelehnt	keine Entscheidung*	gesamt
Gutachter	23	26	7	n=56
Auftraggeber	22	14	20	n=56

* z.B. Klagerücknahme, Verfahren noch nicht abgeschlossen, fehlende fachärztliche Fremdbefunde

Tabelle 6: Entscheidungen der Gutachter und der Auftraggeber über das Begehren der Antragsteller

Bei 20 Gutachten wurde sowohl seitens der Gutachter als auch seitens der Auftraggeber dem Begehren der Antragsteller zugestimmt. Bei zwölf Gutachten wurde sowohl seitens der Gutachter als auch seitens der Auftraggeber das Begehren der Antragsteller abgelehnt. Eine Übereinstimmung der Entscheidung der Gutachter und der Auftraggeber konnte somit in 32 (57,1 %) von 56 Gutachten festgestellt werden. In einem Fall wurde das Begehren seitens der

Gutachter abgewiesen. Eine in diesem Fall empfohlene Zusatzbegutachtung wurde durchgeführt, was mit einem Vergleich und so letztlich mit einer Befürwortung seitens der Auftraggeber endete. In neun Fällen mit Ablehnung durch die Gutachter wurde die Klage in einem Gerichtsverfahren zurückgenommen. In einem weiteren Fall wurde trotz positiver Bewertung seitens der Gutachter nach Einholung eines Zusatzgutachtens das Begehren der Antragsteller vom Gericht abgelehnt.

In fünf Fällen wurde aufgrund des Gutachtens eine MdE bzw. ein GdB von den Auftraggebern anerkannt. Bei drei dieser Fälle wurde die gutachtlich festgestellte Höhe des MdE/GdB-Wertes anerkannt. Auftraggeber war dabei jeweils eine Berufsgenossenschaft. In zwei der fünf Fälle wurde ein höherer MdE/GdB-Wert, als gutachtlich festgestellt, gewährt. Soweit uns bekannt, wurde in einem dieser beiden Fälle eine empfohlene Zusatzbegutachtung durchgeführt und mit zugrunde gelegt. Als Auftraggeber fungierte in diesen beiden Fällen jeweils ein Sozialgericht.

In 15 Fällen wurde die der Gutachtenerstellung zugrund gelegte Diagnose durch die Gutachter (siehe Kap. 3.1.19.1) revidiert. Von diesen 15 Fällen wurde sechsmal (40,0 %) die Klage zurückgenommen und fünfmal (33,3 %) das Begehren der Antragsteller seitens der Auftraggeber abgelehnt. In einem Fall handelte es sich um ein selbständiges Beweisverfahren, in einem weiteren Fall haben sich die Parteien verglichen. Bei zwei der 15 Fälle erhielten wir keine Rückmeldung bzw. keine Auskunft durch die Auftraggeber.

In den sechs Fällen, in denen nach Auffassung der Gutachter weitere Therapiemaßnahmen (insbes. Logopädie) nicht sinnvoll durchführbar waren (siehe Kap. 3.1.19.1), wurde dreimal (50 %) die Klage zurückgenommen, in einem Fall handelte es sich wieder um ein selbständiges Beweisverfahren, und in zwei weiteren Fällen erhielten wir wiederum keine Rückmeldung bzw. keine Auskunft durch die Auftraggeber.

In sieben (12,5 %) der 56 Fälle haben sich durch das jeweilige Gutachten und die daraus resultierende Entscheidung der Auftraggeber die Lebensumstände der Antragsteller entscheidend verändert (z.B. rechtskräftige Verurteilung mit folgender Gefängnisstrafe, Einstellung von Leistungen öffentlich-rechtlicher Institutionen, Anerkennung umfangreicher Schadenersatzansprüche).

Der Vergleich der Entscheidungen durch die Gutachter und die Auftraggeber in den einzelnen Kategorien zeigt eine Befürwortungsrate von 54,5 % bei den Stimmgutachten von beiden Seiten, während bei den Gutachten, die das periphere Hören betrafen, die Ablehnungsrate mit 64,3 % seitens der Gutachter und 42,9 % seitens der Auftraggeber überwiegt. Die Gutachten, die die Artikulation betrafen, waren in der Bewertungsrate bezüglich Befürwortung und Ablehnung seitens der Gutachter fast gleich gewichtet, seitens der Auftraggeber gab es mit

43,8 % mehr Befürwortungen als Ablehnungen mit 12,5 %. Die genaue Verteilung der Entscheidungen ist Tabelle 7 zu entnehmen.

Entscheidung Kategorie		Befürwortung	Ablehnung	sonstige
Phonation n=22	Gutachter	12 (54,5 %)	6 (27,3 %)	4 (18,2 %)
	Auftraggeber	12 (54,5 %)	4 (18,2 %)	6 (27,3 %)
Artikulation n=16	Gutachter	7 (43,8 %)	8 (50,0 %)	1 (6,2 %)
	Auftraggeber	7 (43,8 %)	2 (12,5 %)	7 (43,8 %)
peripheres Hören n=14	Gutachter	3 (21,4 %)	9 (64,3 %)	2 (14,3 %)
	Auftraggeber	3 (21,4 %)	6 (42,9 %)	5 (35,7 %)
AVWS n=3	Gutachter	1 (33,3 %)	2 (66,7 %)	0
	Auftraggeber	0	2 (66,7 %)	1 (33,3 %)
Schlucken n=1	Gutachter	0	1 (100 %)	0
	Auftraggeber	0	0	1 (100 %)

Tabelle 7: Entscheidungen durch Gutachter und Auftraggeber in den einzelnen Kategorien

3.1.20 Ärztliches Fehlverhalten

In 13 (23,2 %) von 56 Gutachten wurde ärztliches Fehlverhalten (Aufklärungs-, Diagnostik-, Dokumentations- oder Behandlungsfehler) beklagt. Dies betraf bei sechs Patienten die Kategorie „Phonation“, bei vier Patienten die Kategorie „peripheres Hören“ und bei zwei Patienten die Kategorie „Artikulation“ (siehe Kap. 3.1.9).

Im Hinblick auf die Altersverteilung (siehe Kap. 3.1.3) war die Frage nach ärztlichem Fehlverhalten in fünf Gutachten bei Kindern und in acht Gutachten bei Erwachsenen Bestandteil der Fragestellung. Die fünf Gutachten bei Kindern betrafen ausschließlich das periphere Hören. Dabei ging es um einen Aufklärungs- bzw. Dokumentationsmangel, sowie um das Nicht-Erkennen von kindlichen Hörstörungen. Bei den acht Gutachten, die erwachsene Patienten betrafen, ging es in fünf Fällen um eine Stimmstörung mit der Frage nach fehlerhaft durchgeführter Operation bzw. Aufklärungsmangel (viermal Struma-Operation, einmal Stimmlippen-Operation bei Reinke-Ödemen). Ein weiteres

Stimmgutachten bezog sich auf die Frage ob ein Kehlkopf-Malignom rechtzeitig erkannt wurde. In zwei weiteren Gutachten ging es um Artikulationsstörungen mit der Frage nach fehlerhaft durchgeführter Operation (einmal nach Tonsillektomie und einmal nach Uvulovelopharyngoplastik). Auftraggeber (siehe Kap. 3.1.6) der 13 Gutachten, in denen nach ärztlichem Fehlverhalten gefragt wurde, waren: fünfmal Landgerichte, viermal die Gutachterkommission der Ärztekammer Nordrhein und je zweimal der MDK und privat.

Seitens der Gutachter wurde ein beklagtes ärztliches Fehlverhalten in sieben Fällen (53,8 %) dieser 13 Gutachten nicht bestätigt, in zwei Fällen (15,4 %) wurde es bestätigt. In vier weiteren Fällen (30,8 %) gab es von Seiten der Gutachter aufgrund fehlender Fremdbefunde oder reiner Befunderhebungen keine Entscheidung.

In sieben Fällen (53,8 %) dieser 13 Gutachten wurde ein beklagtes ärztliches Fehlverhalten seitens der Auftraggeber nach Vorlage unseres Gutachtens nicht bestätigt, in drei Fällen (23,1 %) wurde es anerkannt (siehe auch Kap. 3.1.19.2). Zwei Verfahren waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht abgeschlossen, in einem Fall haben sich die Parteien verglichen, weitere Informationen lagen uns hierbei nicht vor.

Nach Gegenüberstellung der Entscheidungen der Gutachter und der Auftraggeber gab es in sechs Fällen (46,2 % von 13 Gutachten) eine Übereinstimmung in der Nicht-Bestätigung eines ärztlichen Fehlverhaltens, in zwei Fällen (15,4 %) eine Übereinstimmung in der Bestätigung eines ärztlichen Fehlverhaltens.

In den beiden Fällen, bei denen die Gutachter lediglich den aktuellen Befund erhoben haben, wurde ein ärztliches Fehlverhalten durch die Auftraggeber jeweils einmal bestätigt und einmal nicht bestätigt. In einem weiteren Fall haben sich die Parteien verglichen, nachdem durch die Gutachter ein ärztliches Fehlverhalten nicht bestätigt wurde. Zweimal gab es von Seiten der Gutachter aufgrund fehlender Fremdbefunde keine Entscheidung. Diese beiden Verfahren waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht abgeschlossen.

3.1.21 Berufs(un)fähigkeit

In elf (19,6 %) von 56 Gutachten war Berufs(un)fähigkeit Bestandteil der Fragestellung. Dies betraf in neun Fällen die Kategorie „Phonation“ und in je einem Fall die Kategorien „Artikulation“ und „AVWS“ (siehe Kap. 3.1.9).

In einem Fall wurden für einen Patienten im Rahmen der Nachbegutachtung zwei Gutachten erstellt. Bei den zehn hinsichtlich der Berufs(un)fähigkeit begutachteten Personen waren sechs (60 %) männlich und vier (40 %) weiblich. Das durchschnittliche Alter dieser zehn Personen in den o.g. elf Gutachten war $48,1 \pm 10,6$ Jahre (Range 22,5 bis 61,7 Jahre; Median 51,2 Jahre). Davon betrug das Durchschnittsalter der männlichen Personen $54,1 \pm 4,1$ Jahre

(Range 49,6 bis 61,7 Jahre; Median 53,8 Jahre) und das der weiblichen Personen 37,6 ± 10,4 Jahre (Range 22,5 bis 46,2 Jahre; Median 40,9 Jahre).

In fünf (45,5 %) der o.g. elf Fälle handelte es sich um Berufsdysphonien, in vier (36,4 %) der o.g. elf Fälle um maligne Grunderkrankungen, in einem Fall um posttraumatische Folgen nach Schädelhirntrauma und Langzeitbeatmung und in einem weiteren Fall um die Frage nach Dienstfähigkeit bei Verdacht auf AVWS.

Auftraggeber (siehe Kap. 3.1.6) der elf Gutachtenaufträge waren: einmal Gericht, zweimal Gesundheitsamt, siebenmal Versicherungen und einmal eine Privatperson.

Von Seiten der Gutachter wurden sieben (63,6 %) Anträge befürwortet und zwei (18,2 %) Anträge abgelehnt. In zwei weiteren Fällen gab es von Seiten der Gutachter keine Entscheidung (siehe Kap. 3.1.19.1). Seitens der Auftraggeber wurden sechs (54,5 %) Anträge befürwortet und zwei (18,2 %) Anträge abgelehnt. In drei Fällen (27,3 %) gab es keine Entscheidung von Seiten der Auftraggeber (siehe Kap. 3.1.19.2).

3.2 Auswertung der 24 abgesagten Gutachtenaufträge

3.2.1 Störungsspezifische Kategorie des Gutachtens gemäß Fragestellung

Fünf (20,8 %) der 24 abgesagten Gutachtenaufträge betrafen die Artikulation und vier (16,7 %) die Stimmgebung. Drei Gutachtenaufträge (12,5 %) betrafen das periphere Hörvermögen. Je zwei Gutachtenaufträge (8,3 %) betrafen eine Schluckstörung bzw. AVWS. Fachfremde Fragestellungen kamen bei 24 abgesagten Gutachtenaufträgen insgesamt zwölfmal (50,0 %) vor. Diese fachfremden Fragestellungen betrafen folgende medizinische Fachbereiche: fünfmal die operative Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (Nasen-/Nasennebenhöhlen- bzw. Mittelohr-Operationen), zweimal Psychosomatik/Psychiatrie und je einmal Pulmologie und die nicht operative Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (Tinnitus). Mehrfachnennungen sind möglich, da die gutachtlichen Fragestellungen bei fünf Aufträgen mehrere der o.g. störungsspezifischen Kategorien betrafen.

In einem Fall konnte die störungsbildspezifische Kategorie aufgrund fehlender Unterlagen nicht bestimmt werden.

3.2.2 Alter

Aufgrund fehlender Unterlagen konnte das Alter der zu begutachtenden Personen nur in zwölf (50,0 %) von 24 Fällen ermittelt werden. Bei diesen zwölf Patienten betrug das durchschnittliche Alter 29,7 ± 21,8 Jahre (Range: 6,1 bis 58,4 Jahre; Median 21,3 Jahre).

3.2.3 Geschlecht

Zehn (41,7 %) der 24 Personen waren weiblich, 14 (58,3 %) waren männlich.

Dabei waren in der Kategorie „Artikulation“ vier Personen männlich und eine Person weiblich. In der Kategorie „Phonation“ gab es jeweils zwei männliche und weibliche Personen. Der Kategorie „peripheres Hören“ wurden zwei weibliche und eine männliche Person zugeordnet. In der Kategorie „Schlucken“ gab es jeweils eine weibliche und eine männliche Person, und in der Kategorie „AVWS“ gab es zwei männliche Personen. Den fachfremden Fragestellungen wurden jeweils sechs weibliche und männliche Personen zugeordnet. Eine männliche Person konnte aufgrund fehlender Unterlagen keiner störungsspezifischen Kategorie zugeordnet werden. Aufgrund von Überschneidungen bei der Einteilung in die Kategorien waren Mehrfachnennungen möglich.

3.2.4 Auftragsjahr

Im Beobachtungszeitraum 1998 bis 2009 gab es insgesamt 24 abgesagte Gutachten. Davon in den ersten sechs Jahren 14 Absagen (58,3 %) und in den zweiten sechs Jahren zehn Absagen (41,7 %). Somit wurden im ersten Beobachtungszeitraum von 1998 bis 2003 durchschnittlich $2,3 \pm 2,7$ Gutachten (Range 0 bis 6 Gutachten; Median 2,0 Gutachten) abgesagt und im zweiten Beobachtungszeitraum von 2004 bis 2009 durchschnittlich $1,7 \pm 1,2$ Gutachten (Range 0 bis 3 Gutachten; Median 1,5 Gutachten) abgesagt.

Die Verteilung der Auftragsjahre für die 24 abgesagten Gutachten ist aus Abb. 20 ersichtlich.

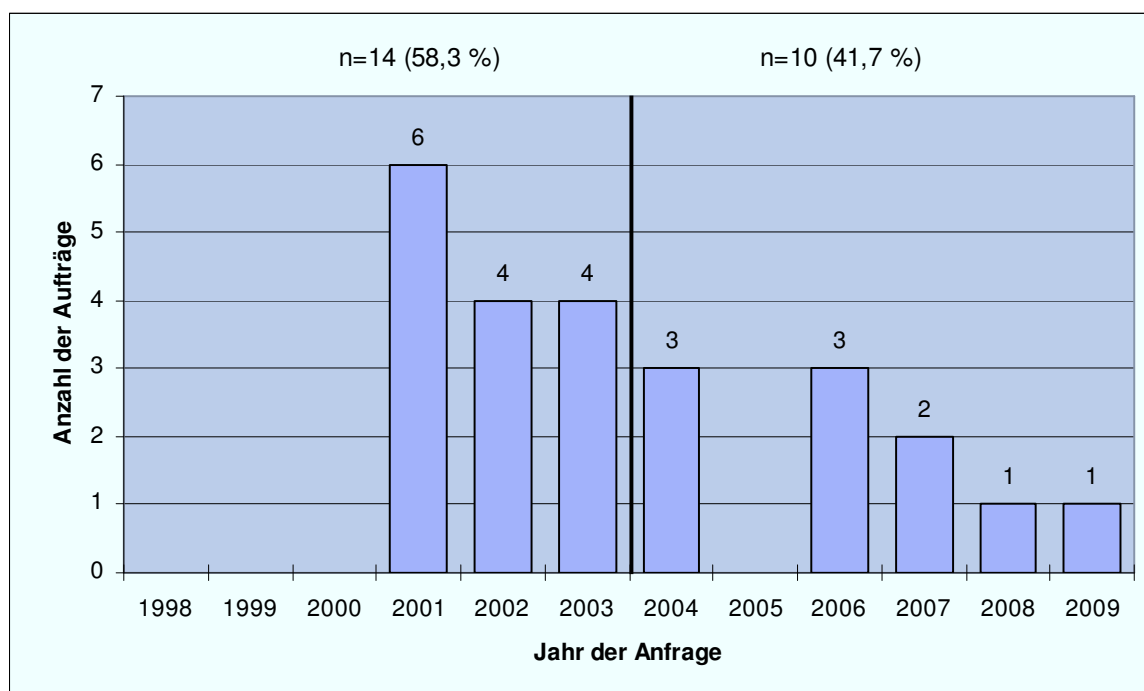


Abb. 20: Jahr der Anfrage bei 24 abgesagten Gutachtaufträgen

3.2.5 Auftraggeber

Die Gutachtenaufträge kamen von folgenden Institutionen resp. Personen:

a) Öffentlich-rechtliche Institutionen (n=15):

- Gerichte (7 Gutachten)
- Sonstige, z.B. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Bezirksregierung, Berufsgenossenschaft, Gesundheitsamt (8 Gutachten)

b) Privat (n=8):

- Versicherungen, z.B. Lebensversicherung (1 Gutachten)
- Privatpersonen (7 Gutachten)

In einem Fall ließ sich der Auftraggeber mangels Unterlagen nicht mehr ermitteln.

3.2.6 Anzahl der gutachtlichen Fragen

Lediglich in neun Fällen der 24 abgesagten Gutachtenaufträge konnte die Anzahl der gutachtlichen Fragen eruiert werden. Durchschnittlich gab es $7,0 \pm 6,9$ Fragen (Range 1 bis 23 Fragen; Median 5,0 Fragen). Dabei wurden in acht Fällen maximal zehn Fragen und in einem Fall 23 Fragen gestellt. In 13 Fällen ließ sich die Anzahl der Fragen aufgrund fehlender Unterlagen nicht mehr eruieren, in zwei Fällen gab es keine konkrete Fragestellung.

3.2.7 Gutachtliche Fragestellung(en)

Soweit eruierbar und aus den vorliegenden Unterlagen zu entnehmen, waren folgende Fragestellungen relevant:

In elf (45,8 %) von 24 Gutachtenanfragen wurde nach der vorliegenden Gesundheitsstörung gefragt.

In acht (33,3 %) von 24 Gutachtenanfragen wurde nach einem ärztlichen Fehlverhalten (Behandlungsfehler) gefragt.

In fünf (20,8 %) von 24 Gutachtenanfragen war die Frage nach therapeutischen Maßnahmen Bestandteil der Fragestellung(en).

In weiteren fünf (20,8 %) von 24 Gutachtenanfragen wurde nach posttraumatischen bzw. Unfallfolgen gefragt.

In drei (12,5 %) von 24 Gutachtenanfragen wurde nach Berufs(un)fähigkeit gefragt.

In zwei Fällen ging es um die Klärung einer AVWS, in einem weiteren Fall um die Höhe der MdE.

Mehrfachnennungen waren dabei aufgrund von Überschneidungen möglich.

3.2.8 Zeitraum zwischen Auftrag und Absage des Gutachtens

Der Zeitraum zwischen Auftragserteilung und Absage des Gutachtens betrug durchschnittlich $29,4 \pm 49,9$ Tage (Range 0 bis 198 Tage; Median 8,0 Tage). Die große Differenz zwischen Mittelwert und Median resultiert aus den in Abb. 21 dargestellten sieben Ausreißern mit Bearbeitungszeiten zwischen 26 und 198 Tagen. Diese langen Bearbeitungszeiten erklären sich einerseits durch fehlende bzw. verzögerte Rückmeldung der Auftraggeber bzgl. Klärung der Kostenübernahme (in drei Fällen) und andererseits durch persönliche Gründe des zu begutachtenden Patienten (z.B. durch stationären Krankenhausaufenthalt). Der größte Teil der Gutachtenaufträge (70,8 %) wurde innerhalb von 15 Tagen, in einem durchschnittlichen Zeitraum von $5 \pm 4,5$ Tagen (Range 0 bis 15 Tage; Median 3 Tage), abgesagt.

Bei den zwölf Gutachtenaufträgen mit fachfremden Fragestellungen dauerte die Bearbeitungszeit bis zur Absage durchschnittlich $6,5 \pm 7,7$ Tage (Range 0 bis 26 Tage; Median 3,0 Tage). Die elf Gutachtenaufträge mit nicht-fachfremden Fragestellungen wurden durchschnittlich in einem Zeitraum von $56,3 \pm 64,8$ Tagen (Range 0 bis 198 Tage; Median 34 Tage) abgesagt. Der Unterschied dieser durchschnittlichen Bearbeitungszeiten ist statistisch signifikant (MW-U=31,5; $p=0,03$; Mann-Whitney-U-Test).

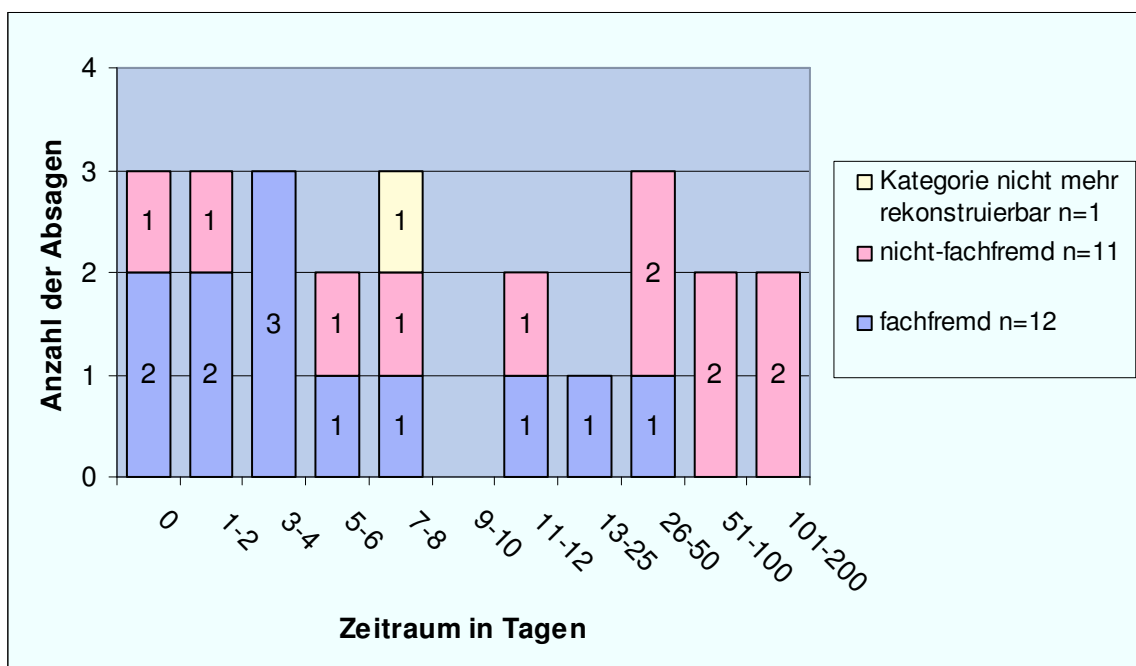


Abb. 21: Zeitraum Anfrage bis Absage des Gutachtens, n=24

3.2.9 Grunderkrankung(en)

Folgende Grunderkrankungen konnten den zur Gutachtenanfrage gehörenden Unterlagen entnommen werden: fünfmal Hörstörung/Tinnitus, fünfmal psychiatrisch-psychosomatische

Erkrankung (z.B. Panikstörung), fünfmal Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma. Vier Gutachtenanfragen betrafen den Zustand nach Nasen-/Nasennebenhöhlen-Operationen. In einem Fall war der Patient geistig retardiert.

3.2.10 Frage nach ärztlichem Fehlverhalten

In acht (33,3 %) von 24 Gutachtenanfragen war, soweit eruierbar, ärztliches Fehlverhalten (Behandlungsfehler) Bestandteil der Fragestellung. Dies betraf in fünf Fällen die operative Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. In zwei Fällen war aus den vorliegenden Vorbefunden ersichtlich, dass eine psychische Störung zugrunde lag. In einem weiteren Fall wurde eine übersehene submuköse Gaumenspalte bei einem Kind beklagt. Aufgrund Besorgnis der Befangenheit wurde dieser Gutachtenauftrag vom Gutachter abgesagt.

Auftraggeber (siehe Kap. 3.2.5) der acht Gutachtenaufträge waren: sechsmal privat, einmal Landgericht und einmal der MDK. Bei den privaten Auftraggebern handelte es sich um anwaltliche Vertreter der Patienten.

3.2.11 Frage nach Berufs(un)fähigkeit

In drei (12,5 %) von 24 Gutachtenanfragen war, soweit eruierbar, Berufs(un)fähigkeit Bestandteil der Fragestellung. Dies betraf in zwei Fällen die Kategorie „Phonation“ und in einem Fall die Kategorie „peripheres Hören“. Es handelte sich dabei um zwei weibliche Personen im Alter von 55,3 und 57,1 Jahren sowie um eine männliche Person im Alter von 58,4 Jahren. Zwei dieser Personen waren beruflich stimmbelastet.

Auftraggeber (siehe Kap. 3.2.5) der drei o.g. Gutachtenaufträge mit der Frage nach Dienstfähigkeit bei Stimm- bzw. Hörstörung waren: Bezirksregierung, Gesundheitsamt und Versicherung.

3.2.12 Gründe für die Absage eines Gutachtenauftrages

Folgende Gründe führten zur Absage des Gutachtenauftrages (teilweise lagen mehrere Gründe für die Absage eines Gutachtenauftrages vor):

Von 24 abgesagten Gutachtenaufträgen waren zwölf (50,0 %) fachfremd, d.h. sie betrafen nicht das phoniatriisch-pädaudiologische Fachgebiet (siehe Kap. 3.2.1).

In fünf Fällen (20,8 %) von 24 Gutachtenaufträgen fehlten entweder ein schriftlicher Gutachtenauftrag u./o. eine schriftliche Kostenzusage. Als weitere Gründe für die Nichterstellung des Gutachtens kamen in Betracht: Rücknahme des Gutachtenauftrages durch den Auftraggeber in fünf Fällen, ein stationärer Krankenhausaufenthalt des zu begutachtenden

Patienten in einem Fall sowie Befangenheit des Gutachters bei der Frage nach ärztlichem Fehlverhalten in einem Fall.

3.3 Gemeinsame Auswertung aller 80 Gutachtenaufträge

3.3.1 Störungsspezifische Kategorie des Gutachtens

Entsprechend der gutachtlichen Fragestellung und der gutachtlichen Untersuchungsbefunde erfolgte die Einteilung der 80 Gutachtenaufträge in verschiedene störungsspezifische Kategorien: 26 (32,5 %) Gutachten betrafen die Kategorie „Phonation“ und 21 (26,3 %) die Kategorie „Artikulation“. 17 (21,3 %) Gutachtenaufträge betrafen das periphere Hörvermögen. Fünf Gutachten (6,3 %) betrafen die Kategorie „AVWS“ und drei (3,8 %) die Kategorie „Schlucken“. Fachfremde Fragestellungen kamen bei zwölf (15,0 %) Gutachtenanfragen vor. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich, da fünf Aufträge der abgesagten Gutachten mehrere der genannten Kategorien betrafen.

3.3.2 Alter

Bei insgesamt 65 (84,4 %) der 77 zu begutachtenden Personen war das Alter eruierbar. Es handelte sich um 24 Kinder und 41 Erwachsene, die durchschnittlich $34,2 \pm 21,7$ Jahre (Range 3,5 bis 71,8 Jahre; Median 37,5 Jahre) alt waren. Bei 65 Personen wurden 68 Gutachten(anfragen) registriert, da drei Personen je zweimal begutachtet wurden.

Die Häufigkeitsverteilung der Altersgruppen in Abb. 22 zeigt, dass sich die Altersgipfel bei den angenommenen und den abgesagten Gutachten in etwa gleichen.

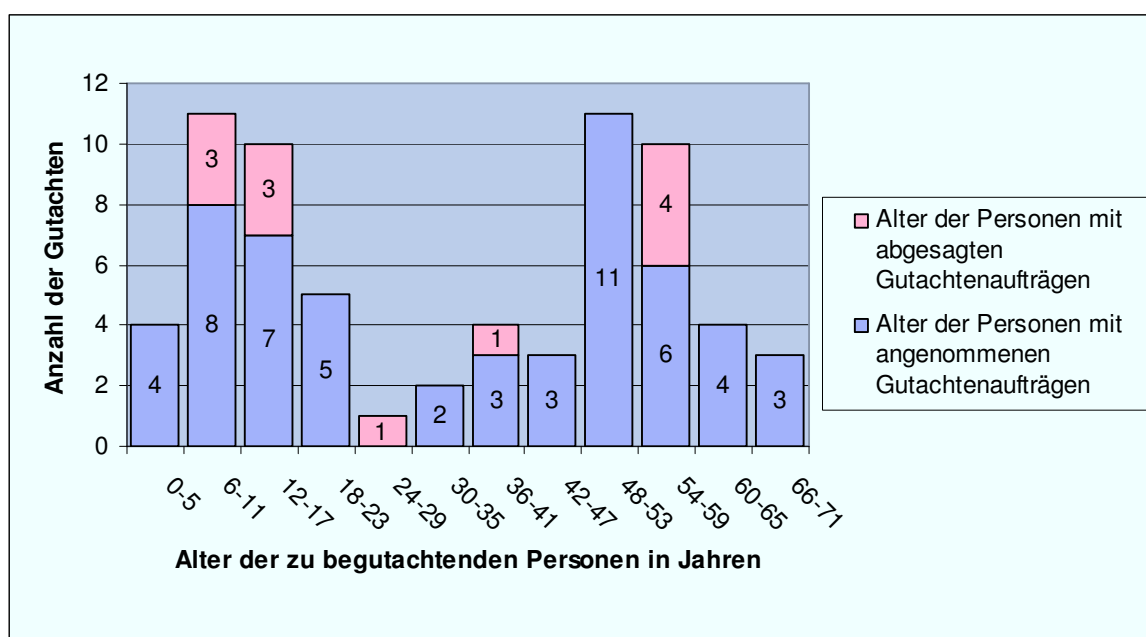


Abb. 22: Abgesagte und angenommene Gutachten nach Altersklassen, n=68

3.3.3 Geschlecht

Die Geschlechtsverteilung in Abb. 23 zeigt ein Verhältnis von 47 männlichen (61,0 %) zu 30 weiblichen (39,0 %) Personen. Sowohl bei den angenommenen als auch bei den abgelehnten Gutachten überwog das männliche Geschlecht.

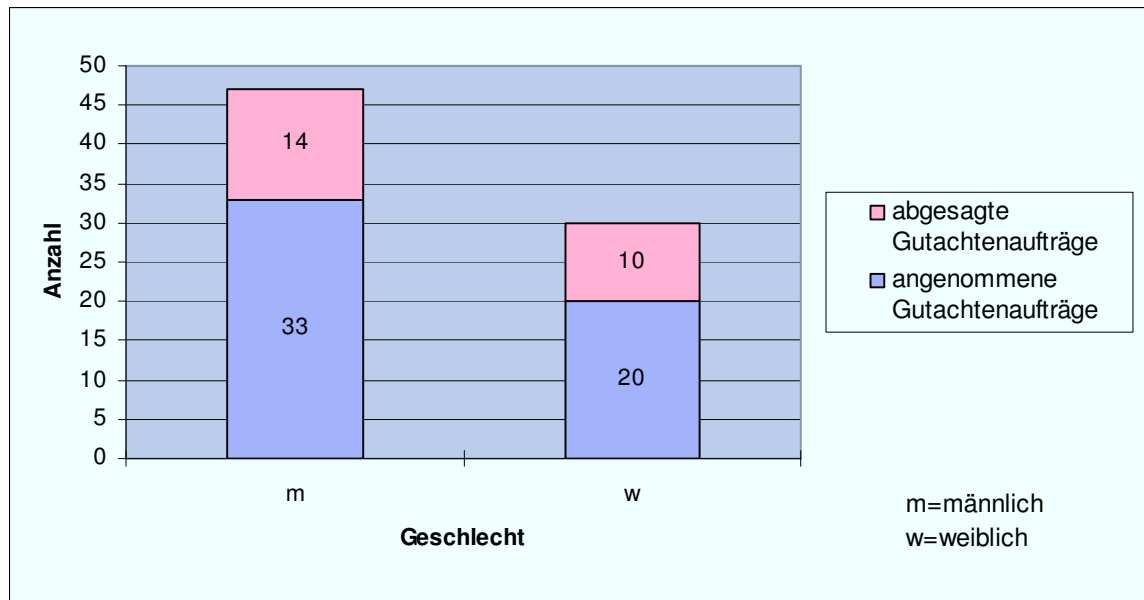


Abb. 23: Geschlecht der zu begutachtenden Personen, n=77

3.3.4 Auftragsjahr

Im Verlauf der Jahre 1998 bis 2009 hat die Anzahl sowohl der angenommenen als auch der abgesagten Gutachten abgenommen. In dem Beobachtungszeitraum von zwölf Jahren wurden zwei Drittel der Gutachtenaufträge innerhalb der ersten sechs Jahre erteilt, ein Drittel in den zweiten sechs Jahren (siehe Kap. 3.1.5 und 3.2.4). Die Häufigkeitsverteilung der abgesagten und angenommenen Gutachtenaufträge im Zeitraum von 1998 bis 2009 ist aus Abb. 24 zu erkennen.

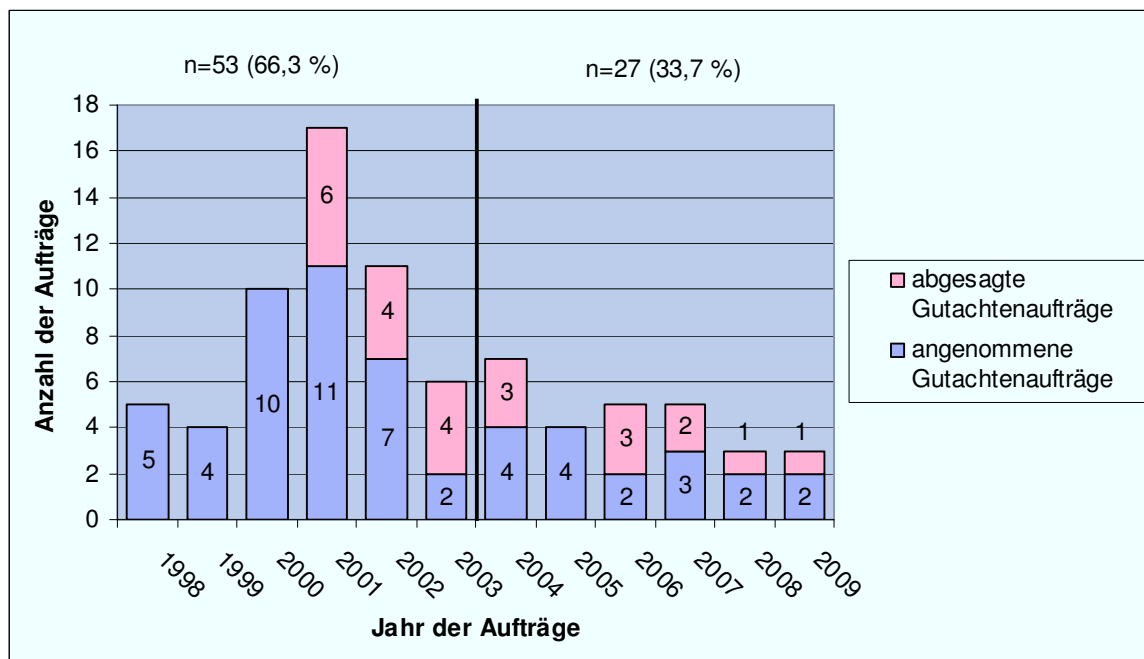


Abb. 24: Jahr der Anfrage bei abgesagten und angenommenen Gutachteraufträgen, n=80

3.3.5 Auftraggeber

Als Auftraggeber für die 80 Gutachteraufträge fungierten:

- a) Öffentlich-rechtliche Institutionen: 59 Gutachteraufträge, davon
 - Gerichte: 31 Gutachten
 - Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein: 4 Gutachten
 - Sonstige, z.B. Berufsgenossenschaften, Bezirksregierung, Gesundheitsämter, Landschaftsverbände, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK), Sozialämter, Versorgungsämter: 24 Gutachten
- b) Privat: 20 Gutachteraufträge, davon
 - Versicherungen, z.B. Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherungen: 10 Gutachten
 - Privatpersonen: 10 Gutachten
- c) In einem Fall konnte der Auftraggeber aufgrund fehlender Unterlagen nicht mehr eruiert werden.

Die Häufigkeitsverteilung der Auftraggeber der Gutachtenanfragen ist Abb. 25 zu entnehmen: 31 (38,8 %) der 80 Gutachteraufträge stammten von Gerichten, 28 Gutachteraufträge (35,0 %) stammten von anderen öffentlich-rechtlichen Institutionen. Somit stammten knapp drei Viertel der 80 Gutachteraufträge von öffentlich-rechtlichen Institutionen.

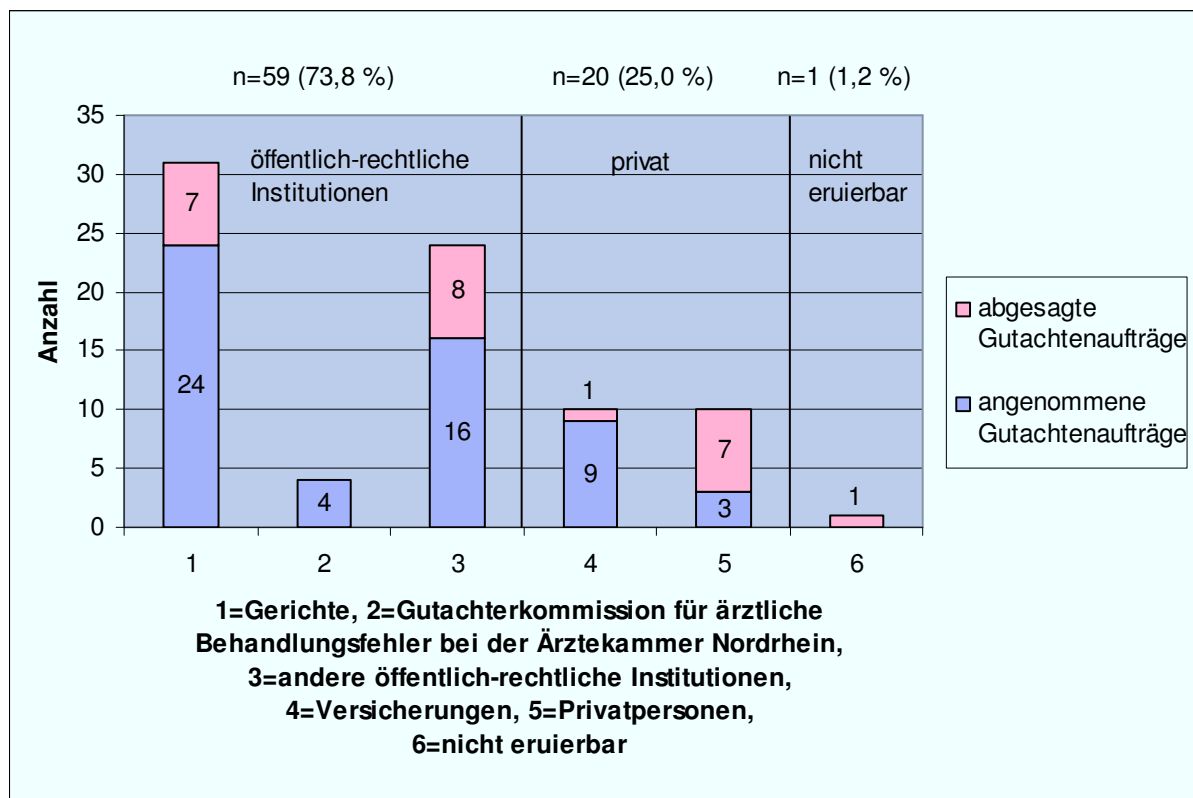


Abb. 25: Auftraggeber der 80 Gutachtenanfragen

Von den 59 Gutachtenanfragen, die von öffentlich-rechtlichen Institutionen stammten, wurden 44 (74,6 %) angenommen und 15 (25,4 %) abgesagt. Von den 20 Gutachtenanfragen, die von privaten Auftraggebern stammten, wurden zwölf (60,0 %) angenommen und acht (40,0 %) abgesagt. Weder der Unterschied der angenommenen Gutachten (74,6 % vs. 60,0 %) noch der Unterschied der abgesagten Gutachten (25,4 % vs. 40,0 %) ist in der vorliegenden Untersuchung statistisch signifikant ($\chi^2=1,54$; $df=1$; $p=0,22$).

Die Zahl der abgesagten Gutachten war überdurchschnittlich groß, wenn Privatpersonen die Auftraggeber waren: Von zehn Gutachtenaufträgen wurden drei (30 %) durchgeführt und sieben (70 %) abgelehnt. Gründe für die Absagen waren, dass es sich entweder um ein fachfremdes Krankheitsbild handelte oder die Abrechnungsmodalitäten nicht geklärt werden konnten. Von den zehn Gutachtenaufträgen, bei denen Versicherungen als Auftraggeber fungierten, wurden neun (90,0 %) angenommen und einer (10,0 %) abgesagt. Sowohl der Unterschied der angenommenen Gutachten (30,0 % vs. 90,0 %), als auch der Unterschied der abgesagten Gutachten (70,0 % vs. 10,0 %) ist statistisch signifikant ($\chi^2=7,5$; $df=1$; $p=0,01$). Demnach war die Wahrscheinlichkeit für die Absage eines Gutachtens höher, wenn Privatpersonen die Auftraggeber waren und geringer, wenn Versicherungen als Auftraggeber fungierten.

3.3.6 Anzahl der gutachtlichen Fragen

Die Anzahl der gutachtlichen Fragen wurde bei allen 56 durchgeführten Gutachten und bei neun Gutachtenanfragen, die abgesagt wurden, ausgewertet. Somit ergaben sich 65 Gutachten(anfragen) mit durchschnittlich $4,4 \pm 3,8$ Fragen (Range 1 bis 23 Fragen; Median 3,0 Fragen). In Abb. 26 wird die Häufigkeitsverteilung der Fragenanzahl für die auswertbaren Gutachten(anfragen) dargestellt.

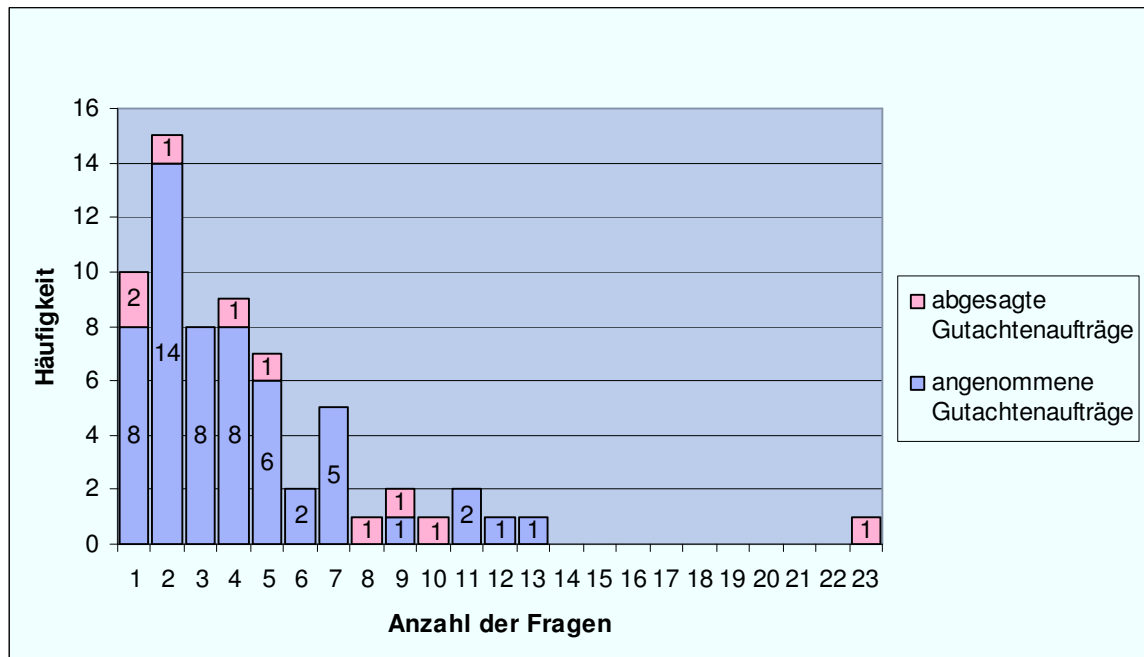


Abb. 26: Anzahl der gutachtlichen Fragen, n=65

3.3.7 Ärztliches Fehlverhalten

In 21 (26,3 %) von 80 Gutachtenanfragen war ärztliches Fehlverhalten (Aufklärungs-, Diagnostik-, Dokumentations- oder Behandlungsfehler) Bestandteil der gutachtlichen Fragestellung.

3.3.8 Berufs(un)fähigkeit

In 14 (17,5 %) von 80 Gutachtenanfragen war Berufs(un)fähigkeit Bestandteil der gutachtlichen Fragestellung. Davon wurden für eine Person im Rahmen der Nachbegutachtung zwei Gutachten erstellt. Das durchschnittliche Alter dieser 13 Personen betrug $50,0 \pm 10,0$ Jahre (Range 22,5 bis 61,7 Jahre; Median 52,7 Jahre). Von den 13 begutachteten Personen waren sieben (53,8 %) männlich mit einem Durchschnittsalter von $54,7 \pm 4,1$ Jahren (Range 49,6 bis 61,7 Jahre; Median 54,0 Jahre) und sechs (46,2 %) weiblich mit einem Durchschnittsalter von $43,8 \pm 12,5$ Jahren (Range 22,5 bis 57,1 Jahre; Median 43,7

Jahre). Dieser Altersunterschied ist statistisch nicht signifikant ($T=2,04$; $df=5,81$; $p=0,09$; T-Test).

Die Verteilung der o.g. elf angenommenen und drei abgesagten Gutachtenaufträge auf die Kategorien „Phonation“, „Artikulation“, „peripheres Hören“ und „AVWS“ ist Tabelle 8 zu entnehmen.

	Phonation	Artikulation	peripheres Hören	AVWS	gesamt
angenommene Gutachtenaufträge	9	1	0	1	n=11 (78,6 %)
abgesagte Gutachtenaufträge	2	0	1	0	n=3 (21,4 %)
gesamt	n=11 (78,6 %)	n=1 (7,1 %)	n=1 (7,1 %)	n=1 (7,1 %)	n=14 (100 %)

Tabelle 8: Aufteilung der 14 Gutachtenaufträge mit der Frage nach Berufs(un)fähigkeit auf die einzelnen Kategorien

Insgesamt betrafen elf (78,6 %) der 14 Gutachtenaufträge, bei denen Berufs(un)fähigkeit Bestandteil der Fragestellung war, die Kategorie „Phonation“. Davon waren in sieben Fällen die zu begutachtenden Patienten beruflich stimmbelastet.

4 Diskussion

4.1 Kritische Betrachtung unserer Gutachten

Zur Auswertung kamen insgesamt 80 Gutachtenanfragen des Selbständigen Funktionsbereiches für Phoniatrie und Pädaudiologie des Universitätsklinikums Düsseldorf aus den Jahren 1998 bis 2009. Davon wurden 56 Gutachtenaufträge durchgeführt und 24 Gutachtenaufträge abgesagt. Aufgrund dieser relativ kleinen Grundgesamtheit besteht kein Anspruch auf allgemeingültige Statements. Bislang ist uns keine andere wissenschaftliche Auswertung von Gutachten aus dem Bereich der Phoniatrie und Pädaudiologie bekannt. Daher fehlt aktuell der Vergleich zu weiteren Studien.

Die relativ geringe Anzahl an 56 durchgeführten Gutachten ist möglicherweise durch die Größe der beauftragten Abteilung (mit nur zwei Ärzten, im Verhältnis zu viel größeren Abteilungen anderer Fachrichtungen) zu erklären. Die ebenfalls relativ kleine Anzahl von insgesamt 80 Gutachtenanfragen ist möglicherweise durch den niedrigen Bekanntheitsgrad der Phoniatrie und Pädaudiologie als eigenständiger Funktionsbereich zu erklären.

Bei einigen Fragestellungen war die zugrunde gelegte Anzahl an Gutachten relativ niedrig, so dass das Ergebnis nicht so ausgefallen ist, wie es bei größeren Zahlen zu erwarten wäre. Dies zeigte sich z.B. im Vergleich der Haupt- (n=45) und Zusatzgutachten (n=11), beim Vergleich der Gutachten mit persönlicher Untersuchung der zu begutachtenden Person (n=51) mit Aktengutachten (n=5) oder beim Vergleich der Gutachtenanfragen von öffentlich-rechtlichen Auftraggebern (n=59) mit Gutachtenanfragen von privaten Auftraggebern (n=20). Das heißt, ein limitierender Faktor in der statistischen Auswertung ist die relativ geringe Stichprobengröße. Zusätzlich besteht bei manchen Parametern eine große Bandbreite, was die statistische Auswertung ebenfalls begrenzt.

Die Festlegung auf einzelne störungsspezifische Kategorien (Phonation, Artikulation, peripheres Hören, AVWS und Schlucken) war oftmals diffizil.

In einigen Fällen waren die Fragestellungen der Auftraggeber nicht sehr spezifisch, sondern wurden eher allgemein gehalten (z.B. „Welche Gesundheitsstörungen liegen derzeit vor?“ oder „Welche orofazialen Defizite liegen vor?“). Deshalb war es bei einigen Gutachten schwierig, die Fragestellung einer einzigen spezifischen Kategorie zuzuordnen. Aus Gründen der besseren statistischen Auswertbarkeit haben wir uns dennoch in jedem Einzelfall der 56 angenommenen Gutachten für eine einzige Kategorie entschieden, nämlich für diejenige, auf die sich der überwiegende Anteil der Beweisfragen im Hinblick auf vorliegende Vorbefunde bezog.

Zudem lagen meistens keine reinen Störungen in einer einzigen Kategorie vor, sondern es gab häufig „Mischbilder“, da z.B. eine Fehlfunktion eine andere bedingen konnte oder mehrere gleichzeitig vorlagen (z.B. Hörstörung und Sprachstörung, Artikulationsstörung und Schluckstörung).

Störungen, die in der Begutachtungsliteratur kaum bzw. gar nicht behandelt werden (Schlucken, AVWS), waren in unserem Kollektiv auch spärlich vertreten.

4.1.1 Begutachtung der Sendeorgane

4.1.1.1 Stimmstörungen

Stimmstörungen wurden in unserem Kollektiv am häufigsten begutachtet, nämlich in 22 Fällen. Dabei handelte es sich meistens (in 15 von 22 Fällen bzw. 68,2 %) um Kombinationen aus organischer u./o. funktioneller u./o. psychogener Störung, wie es auch in der Literatur beschrieben wurde (67,68). Wendler und Seidner bemerkten in diesem Zusammenhang, dass zwischen organischen und funktionellen Dysphonien häufig eine „komplementäre Beziehung“ bestünde (69). Lediglich in vier (18,2 %) von 22 Fällen handelte es sich um eine rein organische und in einem Fall (4,5 %) um eine rein funktionelle Dysphonie. Bei zwei weiteren Patienten (9,1 %) von 22 Fällen bestand eine psychogene Aphonie.

4.1.1.2 Psychogene Überlagerung/Aphonie

Gut 28 % (6 von 22) der begutachteten Stimmpatienten wiesen eine psychogene Überlagerung bzw. Verstärkung ihrer Stimmstörung auf. Das betraf zwei Patienten mit organischer Dysphonie, einen Patienten mit funktioneller Dysphonie, sowie drei Patienten, die sowohl eine organische, als auch eine funktionelle Komponente aufwiesen. Diese ätiologische Einteilung basierte auf der erhobenen Anamnese sowie auf dem klinischen Eindruck der Gutachter. In einer Studie zur Untersuchung von „Depressivität und Ängstlichkeit bei Patienten mit Dysphonien“ von Schuster et al. wurde u.a. gezeigt, dass „emotionale Auffälligkeiten“ bei Patienten mit Dysphonien gehäuft auftreten, und zwar unabhängig von der Art der Stimmstörung (organisch vs. funktionell) (70). Dies spiegelt auch die Auswertung in unserem Kollektiv von 22 Stimmgutachten wieder. In der Begutachtungsliteratur finden psychogene Überlagerungen von Dysphonien keine Berücksichtigung.

In der Geschlechtsverteilung waren sieben (35,0 %) von 20 begutachteten Personen mit psychogener Überlagerung bzw. Verstärkung (davon zwei mit psychogener Aphonie) weiblich. Lediglich bei einer männlichen Person (5,0 %) bestand eine psychogene Überlagerung bzw. Verstärkung. In der Literatur finden sich Hinweise auf eine „deutliche

Geschlechtsdisposition“ bei psychogener Aphonie: Vorwiegend seien Frauen betroffen, beim männlichen Geschlecht sei eine psychogene Aphonie eher selten (69,71–73).

Gemäß dem interdisziplinären Ansatz wurde bei sechs der acht Stimmpatienten, die eine psychogene Überlagerung bzw. Verstärkung oder eine psychogene Aphonie aufwiesen, eine psychosomatische, psychiatrische oder psychotherapeutische Abklärung bzw. Weiterbetreuung empfohlen.

4.1.1.3 Ätiologie

Ursächlich wurden die Stimmstörungen u.a. durch den Beruf (z.B. Lehrerin, Erzieherin, selbständiger Finanz- und Versicherungsmakler), durch bösartige Erkrankungen (Stimmlippenkarzinom), postoperativ (Stimmlippen-Operation, Struma-Operation) oder posttraumatisch (Verkehrsunfall) bedingt. Teilweise bestanden hier mehrere Erkrankungen gleichzeitig bei einem Patienten (z.B. Karzinom und Berufsdysphonie).

In zwei Stimmgutachten sollte auf Veranlassung einer Berufsgenossenschaft das Bestehen der Folgen einer Berufskrankheit geklärt werden. In beiden Fällen bestand zum Zeitpunkt der Begutachtung bereits eine jeweils seit sieben Jahren als Berufskrankheit anerkannte Lungenerkrankung:

Bei einem Patienten war eine Asbestose als Berufskrankheit nach Nr. 4103 der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) anerkannt worden. Im weiteren Verlauf war ein einseitiges Stimmlippenkarzinom entstanden. Es erfolgte eine Chordektomie, woraus postoperativ Synechien und Vernarbungen resultierten. Dies führte zu einer ausgeprägten Störung der Stimmbildung und andauernder Heiserkeit des Patienten. Aufgrund der gutachtlichen Stellungnahme wurde die Diagnose „Kehlkopfkarzinom mit Stimmstörung“ als Folge der Asbestose nach Nr. 4104 der BKV anerkannt.

„Mit Änderung der BK-Liste im Jahre 1997 [...] wurde auch die Anerkennung eines Kehlkopfkarzinoms nach Asbestfaserstaubexposition im Rahmen der BK 4104 möglich“ (74). Grundlage für diese Entscheidung bildeten zahlreiche epidemiologische arbeitsmedizinische Studien (75–77). Bereits im Jahr 1951 erwähnte Loebell, dass die sog. „Gewerbekrankheiten“ von Rachen und Kehlkopf „unter den Berufskrankheiten noch gar nicht aufgeführt“ seien und bis dahin, im Gegensatz zum Ohr, noch keine Berücksichtigung gefunden hätten (siehe Kap. 1.1.3) (22).

Beim zweiten Patienten war eine obstruktive Atemwegserkrankung als Berufskrankheit nach Nr. 4302 der BKV anerkannt worden. Die chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung machte eine langfristige inhalative Cortisontherapie erforderlich. Im weiteren Verlauf war

eine chronische Laryngitis entstanden. Aufgrund der gutachtlichen Stellungnahme wurde diese als mittelbare Folge der obstruktiven Atemwegserkrankung anerkannt.

In beiden Fällen wurde also die resultierende Stimmstörung (Kehlkopfkarzinom bzw. chronische Laryngitis) im Rahmen der bereits bestehenden Berufserkrankung anerkannt.

Somit kann bei einer als Berufserkrankung anerkannten organischen Lungenerkrankung die daraus sekundär resultierende organische Stimmstörung in Einzelfällen als Berufserkrankung anerkannt werden.

Dagegen kann eine rein funktionelle Stimmchwäche laut BKV nicht anerkannt werden, „da keine Schädigung vorliegt, die durch von außen einwirkende Faktoren bedingt ist“ (78). In diesem Zusammenhang hat der HNO-Arzt und Phoniater Eysholdt 2005 im „Lehrbuch der Phoniatrie und Pädaudiologie“ geschrieben: „Das Bundessozialgericht hat die Anerkennung als Berufserkrankung mit der Begründung abgelehnt, der Stimmapparat sei primär den beruflichen Anforderungen nicht gewachsen. Ein nicht vorbelastetes Stimmorgan nimmt selbst unter stimmlichen Höchstleistungen keinen bleibenden, rentenberechtigenden Schaden, auch nicht beim Singen einiger Opernarien oder bei langem und lautem Sprechen in großen Klassenräumen“ (79). Bei Stimmstörungen, insbesondere in Sprechberufen, wird alternativ oftmals nach Berufs(un)fähigkeit gefragt (71). In unserem Kollektiv war in neun (40,9 %) von 22 durchgeführten Stimmgutachten die Berufs(un)fähigkeit Bestandteil der Fragestellung, davon ging es in fünf Fällen um Sprechberufe.

4.1.1.4 Artikulation

Den Störungen der Artikulation lagen bei 50 % der gutachtlich untersuchten Patienten allgemeine Entwicklungsstörungen u./o. eine geistige Retardierung zugrunde. Dies betraf sechs Kinder und zwei Erwachsene. Mutmaßlich ist dies ein Grund für eine, im Gegensatz zu den übrigen Kategorien, längere Untersuchungsdauer. Die Artikulationsstörung war meistens (in 56,3 %) Ausdruck einer Sprachentwicklungsretardierung. Zusätzlich konnten oro-fazio-linguale Dysfunktionen vorliegen. Hierzu hat Nadoleczny geschrieben: Der größte Teil der Sprachstörungen seien „Sprachentwicklungshemmungen, oder wenigstens aus solchen ableitbare Störungen, also Krankheiten des Kindesalters“ (siehe Kap. 1.1.3) (52). Von den insgesamt sieben minderjährigen Artikulationspatienten waren zwei (28,6 %) weiblich und fünf (71,4 %) männlich. In der Literatur waren ähnliche Angaben zu finden, wonach Jungen etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Mädchen (80,81).

4.1.2 Begutachtung von peripheren Hörstörungen

4.1.2.1 Gesetz über die Hilfen für Blinde und Gehörlose (GHBG)

Bei drei erwachsenen Hörpatienten und einem Kind stand die Frage nach Fortführung eines bereits bestehenden Versorgungsausgleiches bzw. Gewährung von Leistungen nach dem Gesetz über die Hilfen für Blinde und Gehörlose (GHBG) (66) im Vordergrund. Dabei kam es wesentlich auf den Zeitpunkt der Erstdiagnose der Gehörlosigkeit an. Durch den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist seit dem 01.01.2009 ein Universelles Neugeborenen-Hörscreening (UNHS) bundesweit bei allen Neugeborenen in Deutschland verpflichtend (82,83). Begutachtungen von Erwachsenen nach dem GHBG werden zukünftig nicht mehr erforderlich sein, da durch das UNHS der Zeitpunkt des Eintritts einer Gehörlosigkeit bereits im Säuglingsalter festgelegt werden muss.

4.1.2.2 Ätiologie

Neun von 14 Gutachten der Kategorie „peripheres Hören“ betrafen kindliche Patienten. In sieben (77,8 %) dieser neun Fälle wurde eine beidseitige Schallempfindungsschwerhörigkeit mit unterschiedlichem Schweregrad diagnostiziert. Ätiologisch war bei einem Patienten eine Connexin-26-Mutation nachgewiesen worden. In der Literatur (84) wird die Häufigkeit für eine genetisch bedingte Schallempfindungsschwerhörigkeit mit 25 % angegeben. Als relativ häufig gelten Connexin-26- und Connexin-30-Mutationen (84).

Bei drei kindlichen Patienten mit beidseitiger hochgradiger Schallempfindungsschwerhörigkeit wurde ein ärztliches Fehlverhalten durch Verkennen der Hörstörung beklagt. Eine „Früherkennung“ von angeborenen oder postpartal erworbenen Hörstörungen und entsprechende „Frühversorgung dieser Patienten ist besonders wichtig, da in der frühen Phase das Gehirn für Hörreize eine besondere Plastizität besitzt. Die Frühversorgung ist die Voraussetzung für eine möglichst normale sprachliche und intellektuelle Entwicklung“ (85).

4.1.2.3 Geschlechtsverteilung

Von den neun minderjährigen Hörpatienten waren acht (88,9 %) männlich und eine (11,1 %) Person weiblich. Im Deutschen Zentralregister für kindliche Hörstörungen gab es bis März 2010 ebenfalls einen prozentual höheren Anteil hörgestörter Jungen (54,0 %) im Vergleich mit hörgestörten Mädchen (46,0 %) (86).

4.1.3 Altersverteilung

Das durchschnittliche Alter der Patienten zum Abschluss der gutachtlichen Untersuchung war in den Kategorien „Stimme“, „Artikulation“ und „peripheres Hören“ unterschiedlich verteilt: Stimmpatienten waren in unserem Kollektiv mit einem durchschnittlichen Alter von 51,0 Jahren ausschließlich volljährig. Bei diesen Patienten lagen am häufigsten Berufsdysphonien, Karzinome und chronische Laryngitiden vor. Bei den drei jüngsten Stimmpatienten mit einem Lebensalter unter 40 Jahren lag ätiologisch ein Trauma zugrunde.

Das durchschnittliche Alter zum Abschluss der gutachtlichen Untersuchung bei den 16 Artikulationspatienten betrug 27,4 Jahre und war somit signifikant niedriger als das der Stimmpatienten. Die Hälfte der Artikulationspatienten war mit 13,7 Jahren besonders jung und wies Mehrfachbehinderungen (allgemeine Entwicklungs- u./o. eine geistige Retardierung) auf.

Von den 14 Patienten der Kategorie „peripheres Hören“ mit einem Durchschnittsalter von 23,1 Jahren waren neun (64,3 %) Patienten zum Zeitpunkt der gutachtlichen Untersuchung noch nicht volljährig. Dies ist darauf zurückzuführen, dass ein Schwerpunkt der begutachtenden Abteilung in der Pädaudiologie liegt.

4.1.4 Gutachtliche Fragestellungen

Insgesamt waren die gutachtlichen Fragestellungen in unserem Kollektiv meist komplex und beinhalteten u.a.:

1. die Klärung, ob und in welchem Umfang eine Gesundheitsstörung vorlag (71,4 %),
2. die Möglichkeit von therapeutischen und weiterführenden Maßnahmen (37,5 %) sowie
3. die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. des Grades der Behinderung (28,6 %).

Diese Fragenkomplexe entsprechen den Angaben von Feldmann aus dem Jahr 1980. Er hat die wesentlichen Fragestellungen in den verschiedenen Rechtsbereichen (Versorgungswesen, gesetzliche und private Unfallversicherung, Haftpflichtprozesse und Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten) erläutert, da die „Beurteilung“ durch den Gutachter „von der jeweiligen Fragestellung ausgehen und sowohl nach ärztlich-wissenschaftlichen wie sozialrechtlichen Gesichtspunkten erfolgen“ müsse. Die Fragen lauteten: „1. Welche Gesundheitsstörungen liegen bei dem Antragsteller vor? 2. Sind sie mit Wahrscheinlichkeit ursächlich Folge der angeschuldigten schädigenden Ereignisse (äußeren Einwirkung)? 3. Wie hoch ist der Schaden zu bewerten? Ist er bleibend, oder ist eine Besserung zu erwarten? 5. Welche Heilmaßnahmen sind möglich, um die Schädigungsfolgen zu mindern?“ (87).

Im Essener Sozialgerichtsforum für Richter und Ärzte wurde 2012 dargestellt, dass „für die Qualität eines Gutachtens“ die Fragestellung eine „entscheidende Rolle“ spiele. „Fragen, die nicht zielführend sind, normierte Fragekataloge, die nicht auf den Einzelfall eingehen, oder aber viele Seiten umfassende, dicht an dicht beschriebene und unstrukturierte Auftragsschreiben“ könnten eine fehlerhafte Qualität zur Folge haben (88).

4.1.5 Auftraggeber

Ziel der Auftraggeber war aus sozialmedizinischer Sicht die Abwägung und Ausschöpfung aller Möglichkeiten, um die finanziellen Aufwendungen für Erwerbsunfähigkeit und vorzeitige Berentung möglichst gering zu halten. Es sollen ein Erhalt der Erwerbsfähigkeit sowie die Integration in das alltägliche Arbeitsumfeld und Berufsleben erreicht werden (89).

Die Auftraggeber der Gutachten konnten sowohl öffentlich-rechtlichen Institutionen (z.B. Gerichte, Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler, Berufsgenossenschaften, Gesundheitsämter, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) als auch dem privaten Bereich (Versicherungen, Privatpersonen) zugeordnet werden. Dabei kamen die Aufträge zu etwa 80 % von öffentlich-rechtlichen Institutionen.

Im Hinblick auf die Kategorien (Phonation, Artikulation, peripheres Hören, AVWS, Schlucken) war auffällig, dass private Auftraggeber ausschließlich Gutachten der Kategorien „Phonation“ (n=10) und „Artikulation“ (n=2) angefragt haben (siehe Kap. 3.1.6). Dabei handelte es sich in acht (66,7 %) von zwölf Fällen um Prüfung einer Berufs(un)fähigkeit (davon 7x Stimme und 1x Artikulation), in zwei Fällen um Entschädigung nach einem Unfall (je 1x Stimme und 1x Artikulation) und in zwei weiteren Fällen um die Klärung eines ärztlichen Fehlverhaltens (2x Stimme).

Bei den sieben Stimmpatienten mit Versicherungen als Auftraggeber (siehe Tabelle 2) diente das Gutachten in sechs Fällen der Klärung finanzieller Ansprüche aus Berufsunfähigkeitsversicherungen.

Bei 44 Auftraggebern aus öffentlich-rechtlichen Institutionen (siehe Kap. 3.1.6) wurden die häufigsten Gutachtaufträge von Gerichten erteilt (24 von 44), die meisten davon in der Kategorie „Artikulation“ (11 von 44). Sieben der genannten elf artikulationsgestörten Patienten litten unter einer Mehrfachbehinderung. Bei fünf dieser sieben Patienten wurde gutachtlich nach der Zweckmäßigkeit einer weiterführenden Therapie (insbes. Logopädie) gefragt und bei zwei Patienten mit Mehrfachbehinderung nach der Höhe des GdB.

In einer vergleichenden Studie über „Untersuchungen der Sprachentwicklung sowie der Zungen- und Mundmotorik bei Kindern mit Down-Syndrom“ (Hlusiak 2007) (90) wurden für 157 Down-Patienten aus dem Klinikalltag u.a. Altersgrenzen für eine sprachtherapeutische

Förderung diskutiert. Dabei ist man zu dem Ergebnis gekommen, dass Patienten mit Morbus Down bis zu einem Alter von 10,9 Jahren sprachtherapeutisch weiter gefördert werden sollten. Für Patienten mit Morbus Down ab 15,0 Jahren wäre eine weitere sprachliche Förderung nicht empfehlenswert (90). In unserem Kollektiv gab es sechs Patienten mit Morbus Down mit einem durchschnittlichen Alter von $14,9 \pm 4,9$ Jahren (Range 9,9 bis 21,7 Jahre). Davon wurde die gutachtliche Frage nach logopädischen Maßnahmen bei drei Patienten im Alter von 9,9, 14,0 und 20,2 Jahren gestellt. Gutachtlich ergaben sich bei dem volljährigen Patienten keine medizinischen Indikationen zur Fortführung der bis dahin durchgeführten sprachtherapeutischen Förderung. Bei dem Patienten im 14. Lebensjahr wurden aufgrund der Anamnese, der Vorbefunde und der gutachtlichen Untersuchung 40 Therapieeinheiten mit folgender Nachbegutachtung empfohlen, auf deren Grundlage es zu einer außergerichtlichen Einigung kam, die dem Vorschlag der Gutachter entsprach. Bei dem mit 9,9 Jahren jüngsten dieser drei Patienten wurden regelmäßige logopädische Therapieeinheiten bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, mit folgender Nachbegutachtung, empfohlen. Auch hier kam es aufgrund des Gutachtens zu einer außergerichtlichen Einigung mit gerichtlichem Anerkenntnis des Anspruchs auf logopädische Behandlung. Diese Ergebnisse entsprechen weitgehend den von Hlusiak formulierten Aussagen über die sprachtherapeutische Förderung und können als Richtlinie für künftige Entscheidungen genutzt werden, um u.U. aufwendige gutachtliche Verfahren zu vermeiden.

4.1.6 Interdisziplinärer Ansatz

Entsprechend dem interdisziplinären Ansatz unseres Fachgebietes gab es seitens der phoniatriisch-pädaudiologischen Gutachter zahlreiche Empfehlungen für Zusatzgutachten und Weiterbehandlungsvorschläge in Fachgebieten außerhalb der Phoniatrie und Pädaudiologie (siehe Kap. 3.1.16 und 3.1.17). Im umgekehrten Fall wurde jedoch die hiesige Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie nur bei elf der 56 durchgeführten Gutachten (ca. 20 %) als Zusatzgutachter beauftragt. Diese relativ geringe Anzahl an Zusatzgutachten ist möglicherweise dadurch begründet, dass der bereits seit 1995 als eigenständige Fachdisziplin etablierte Bereich der Phoniatrie und Pädaudiologie den meisten Auftraggebern nicht bekannt ist.

4.1.7 Ärztliches Fehlverhalten

Bei 13 (23,2 %) von 56 Gutachten war Verdacht auf ärztliches Fehlverhalten (Aufklärungs-, Diagnostik- oder Behandlungsfehler) Bestandteil der Fragestellung. Lediglich in drei Fällen (23,1 %) dieser 13 Gutachten wurde ein ärztliches Fehlverhalten durch die Auftraggeber

anerkannt. Davon waren bei einem Patienten aufgrund eines anhängigen Gerichtsverfahrens zwei gutachtliche Stellungnahmen erfolgt. Sowohl durch den ersten Auftraggeber, die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein, als auch durch den zweiten Auftraggeber (Landgericht), wurde in diesem Fall die Verknennung einer kindlichen Hörstörung anerkannt. In einem weiteren Fall wurde ein ärztliches Fehlverhalten infolge mangelhafter Aufklärung vor einer Struma-Operation gerichtlich anerkannt.

In der „Jahresstatistik 2012 zur Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft“ (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Kooperation mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)) wurden für sämtliche Fachbereiche 12.483 Fälle eines Behandlungsfehlervorwurfes angegeben. Davon wurde bei 31,5 % ein Behandlungsfehler bestätigt und in 68,5 % kein Behandlungsfehler bestätigt. Eine mangelhafte Aufklärung wurde bei 10,8 % der bestätigten Behandlungsfehler zugrunde gelegt (91). In der statistischen Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen von neun deutschen Landesärztekammern wurde für das Statistikjahr 2012 eine Anzahl von 12.232 gestellten Anträgen angegeben. Davon konnten 7.578 nach medizinischer Beurteilung durch die jeweilige Gutachterkommission erledigt werden. Es wurde bei 30,1 % ein Behandlungsfehler bejaht und in 69,9 % verneint (92). Eine aktuelle statistische Erhebung für einzelne Fachbereiche (z.B. HNO) und differenzierte Darstellung der erhobenen und anerkannten Behandlungsfehlervorwürfe war in der aktuellen Literatur nicht zu finden. Dennoch zeigt der Vergleich unseres relativ kleinen Kollektivs (erhobene Daten über einen Zeitraum von zwölf Jahren) mit den aktuellen statistischen Jahresherhebungen von MDK-Gemeinschaft und Bundesärztekammer (BÄK) einen ähnlichen Trend bestätigter zu unbestätigten Behandlungsfehlervorwürfen: In unserem kleinen Kollektiv wurden gut 23 % der Behandlungsfehlervorwürfe anerkannt. In den beiden o.g. großen Statistiken wurden ca. 30 % anerkannt.

4.1.8 Berufs(un)fähigkeit

Bestandteil der gutachtlichen Fragestellung war in 14 (17,5 %) von 80 Gutachtenanfragen die Berufs(un)fähigkeit. Am häufigsten betraf dies die Kategorie „Phonation“ in elf (78,6 %) dieser 14 Fälle; davon bestand siebenmal eine Berufsdysphonie. (siehe Kap. 3.1.21, 3.2.11, 3.3.6). Bereits in frühester Begutachtungsliteratur wurde immer wieder auf verschiedene Berufe, für deren Ausübung die Stimme oder Sprache unabdingbar ist, hingewiesen (3,22,32,35,44,45,48–50). In der aktuellen Begutachtungsliteratur werden meist lediglich die

sog. Stimm- oder Sprechberufe (z.B. Sänger, Lehrer, Dozenten, Kindergärtner, Pfarrer, Call Center Agents) mit der Forderung von Eingangsprüfungen vor Ergreifung eines Sprechberufs (12) genannt. Unberücksichtigt bleiben die Auswirkungen von Stimmstörungen in anderen, definitionsgemäß „nicht stimmintensiven Berufen“ (z.B. Geschäftsführer, Makler, Landwirt, Verkäufer, Konstrukteur, Sachbearbeiter in leitender Position). In unserer Studie gab es unter den sieben Personen mit Berufsdysphonien neben Dozenten und Erziehern auch einige Angehörige dieser Berufsgruppen. Die Begutachtung ist in derartigen Fällen nicht nur wichtig für die Berufsstimme sondern auch in „nicht stimmintensiven Berufen“ mit der Frage nach Berufs(un)fähigkeit u./o. Entschädigung.

4.1.9 Aggravation und Simulation

In unserer Studie gab es einen Fall mit Verdacht auf Aggravation und Simulation im Rahmen einer audiologischen Begutachtung. Hierbei zeigte sich eine mit 11,9 Stunden extrem lange Untersuchungsdauer. Durchschnittlich betrug die Untersuchungsdauer bei den übrigen 50 Gutachten 3,8 Stunden. Analog konnte in einer prospektiven Studie zu „Simulation und Aggravation in der HNO-ärztlichen Begutachtung“ von 2010 ein steigender zeitlicher Aufwand der audiologischen Untersuchungen in Abhängigkeit vom Schweregrad des Simulations- oder Aggravationsverhaltens gezeigt werden (93). Im hiesigen Fall gab der Patient eine beidseitige Schwerhörigkeit an, für die bereits eine MdE von 80 % bewilligt worden war. In der gutachtlichen Untersuchung konnte allerdings ein beidseits normales Hörvermögen zweifelsfrei festgestellt werden, das keine Minderung der Erwerbsfähigkeit bedingte, weshalb eine materielle oder finanzielle Entschädigung nicht erforderlich war. Der Patient legte beim Versorgungsamt Widerspruch ein und erhielt eine einmalige Zahlung durch Anerkennung einer posttraumatischen Belastungsstörung. Im weiteren Verlauf wurde ein Klageverfahren beim Sozialgericht eröffnet. Dieser Einzelfall zeigt, so wie Streppel in seinem Artikel darlegt, dass „sich Simulation und Aggravation [...] auf ein individuelles Verhalten“ beziehen, „das bei Nichterkennen [...] mit einer erheblichen ökonomischen Konsequenz verbunden sein kann“ (93). „Deshalb ist das Erkennen einer Aggravation oder Simulation besonders wichtig“ (94). Feldmann führte in diesem Zusammenhang aus: „Eventuell muss für die Abgrenzung, ob eine psychogene Hörstörung oder eine Simulation vorliegt, das Urteil eines Psychiaters eingeholt werden“ (12). Entsprechend dem interdisziplinären Ansatz des phoniatischen Fachgebietes wurde dies in dem vorbeschriebenen Fall durch die Gutachter empfohlen.

Im o.g. Fall lassen sich Parallelen zu den Ausführungen von Boenninghaus (16), Feldmann (34) und Lüscher (42) hinsichtlich der Begutachtung von psychogenen

Hörstörungen, Simulation und Aggravation erkennen (siehe Kap. 1.1.2): Der Patient beklagte eine posttraumatische doppelseitige Schwerhörigkeit, die unmittelbar nach einem Schädeltrauma eingesetzt hätte, und meldete ein Rentenbegehren an. Objektiv erkennbare Hörreaktionen standen im Widerspruch zu den bewussten, subjektiven Angaben des Untersuchten. Für die Gutachter bestand „die schwierige Frage der Unterscheidung zwischen unbewußter psychischer Störung und bewußter Simulation bzw. Aggravation“ (42), da ein beidseits normales Hörvermögen festgestellt werden konnte.

4.1.10 Bearbeitungszeit

Entsprechend der AWMF-Leitlinie S2k („Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung“, Stand 07/2013) ist eine „adäquate Bearbeitungszeit“ zu beachten, um lange Verzögerungen, die „für den zu Begutachtenden erhebliche Nachteile mit sich bringen können“, zu vermeiden (95). In der allgemeinen Begutachtungsliteratur wird nicht-fachspezifisch eine „angemessene Frist“ für „ein freies, wissenschaftlich begründetes Gutachten“ von zwei bis drei Monaten angegeben (59).

Wir haben in unserem speziellen phoniatriisch-pädaudiologischen Fachgebiet festgestellt, dass in unserer kleinen Abteilung (mit nur zwei Ärzten) die o.g. Bearbeitungszeiten von zwei bis drei Monaten nicht eingehalten werden konnten: Von den in der vorliegenden Analyse ausgewerteten 56 phoniatriisch-pädaudiologischen Gutachten wurden 87,5 % innerhalb eines Jahres und 48,2 % innerhalb eines halben Jahres fertiggestellt. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit betrug dabei 7,7 Monate. Hauptsächlich aufgrund einer hohen Arbeitsbelastung der Gutachter (41,1 %), aber auch durch Verzögerung seitens der Patienten (16,1 %), konnte keine kürzere Bearbeitungszeit erreicht werden. Mutmaßlich ist dies ein Kriterium für die Auftraggeber, um ein Gutachten ggf. nicht durchführen zu lassen.

4.1.11 Ausgang der gutachtlichen Verfahren

Seitens der Gutachter waren die Anzahl an Befürwortungen und Ablehnungen etwa ausgeglichen (geringes Überwiegen der Ablehnungen), während von Seiten der Auftraggeber das Begehren der Antragsteller häufiger befürwortet als abgelehnt wurde (siehe Tabelle 6). Hierbei muss aber berücksichtigt werden, dass seitens der Auftraggeber aus unterschiedlichen Gründen (siehe Kap. 3.1.19.2) dreimal häufiger als bei den Gutachtern keine Entscheidung für oder gegen das Begehren getroffen werden konnte (siehe Kap. 3.1.19.4).

In gut 25 % der Fälle wurden durch die phoniatriisch-pädaudiologische Begutachtung entweder die Diagnose geändert u./o. weitere medizinische Therapiemaßnahmen (insbes. Logopädie) abgelehnt (siehe Kap. 3.1.19.1). Als Folge der Gutachtenerstellung erfolgte eine

Ablehnung des Begehrens durch die Auftraggeber in 14 (25 %) von 56 Fällen (siehe Kap. 3.1.19.2).

Darüber hinaus wurde in ca. 18 % (10 von 56) eine Gerichtsklage aufgrund des Gutachtens zurückgenommen, und in 12,5 % (7 von 56) haben sich die Parteien außergerichtlich verglichen oder geeinigt. So wurde die Fortführung eines möglicherweise zeitaufwendigen und kostspieligen Verfahrens beigelegt.

4.1.12 Potenzieller Einfluss finanzieller Restriktionen auf die Gutachtenerstellung

Die Anzahl der Begutachtungsaufträge hat im Beobachtungszeitraum von zwölf Jahren (1998 bis 2009) eindeutig abgenommen. Sie ist seit 2003 auf relativ niedrigem Niveau stehen geblieben (durchschnittlich drei Gutachten pro Jahr). Möglicherweise ist hier ein Zusammenhang mit zunehmenden finanziellen Restriktionen der Gerichte oder der Höhe der „Vergütung von Sachverständigen“, wie sie im Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG) vom 01.07.2004 festgelegt worden ist, zu sehen (96,97). Nach einer Novellierung des JVEG zum 01. August 2013 ergibt sich nun eine bessere Vergütung ärztlicher Gutachten (98). Ob diese Anhebung Einfluss auf die Zahl der Gutachtenaufträge haben wird, bleibt abzuwarten.

Unsererseits wurden bei 15 (26,8 %) von 56 Gutachten Nachbegutachtungen empfohlen, 14 davon betrafen die Sendeorgane (siehe Kap. 3.1.18). In unserer Abteilung wurden lediglich drei Patienten nachbegutachtet. Auffallend ist die Diskrepanz zwischen 15 Empfehlungen und lediglich drei durchgeführten Nachbegutachtungen. Eine mögliche Ursache könnte hier ebenfalls in finanziellen Restriktionen der Auftraggeber liegen.

Grundsätzlich ist zu fordern, dass Gutachten immer nur mit persönlicher Untersuchung der zu begutachtenden Person erstellt werden sollten. Begründung: Wenn der Gutachter die zu begutachtende Person nicht selbst untersucht, sondern nur nach Aktenlage entscheidet oder das Gutachten ausschließlich von Hilfspersonen anfertigen lässt, kann dies im Falle einer Ablehnung dem Gutachter juristisch vorgeworfen werden. Nur in seltenen Ausnahmefällen (z.B. wenn vom Auftraggeber ausdrücklich gewünscht) ist ein Gutachten ohne persönliche Untersuchung akzeptabel. In unserem Kollektiv war dies in fünf (8,9 %) von 56 Gutachtenaufträgen der Fall.

In der Begutachtungsliteratur werden Begutachtungen „nach Aktenlage“ als „Notbehelf“ bezeichnet, da „durch das Fehlen des persönlichen Augenscheins unvermeidlich Unsicherheit“ entstehe (59). „Der Gutachter sieht sich oft in der schwierigen Lage, ein medizinisches Urteil über Tatbestände zu fällen, an deren Erhebung er nicht beteiligt war,

deren Wertung manchmal zweifelhaft ist“ (59). Feldmann führte dazu folgendes aus: „Die Problematik der Aktengutachten liegt darin, dass der Gutachter sich auf Feststellungen anderer Ärzte stützen muss. [...] Häufig zeigt sich, dass die Unterlagen lückenhaft sind und wesentliche Erhebungen, die gerade für die Beantwortung der gutachtlichen Fragestellungen unerlässlich sind, nicht angestellt worden sind“ (12).

Leider ist es so, dass (mutmaßlich aus Kosten- und Zeitgründen) seitens der Auftraggeber gerne auf eine persönliche Untersuchung der zu begutachtenden Person verzichtet wird und stattdessen lediglich eine Begutachtung nach Aktenlage gewünscht wird, was Einbußen in der Qualität aus o.g. Gründen mit sich bringen kann.

4.1.13 Abgesagte Gutachten

Bei 50 % der abgesagten Gutachtenaufträge konnte die Zuordnung zu einer Kategorie nicht erfolgen, da es sich um fachfremde Fragestellungen (z.B. operative und nicht-operative HNO-Erkrankungen oder psychiatrische/psychosomatische Störungen) handelte. Neben fachfremden Fragestellungen war ein relativ häufiger Grund für die Ablehnung von Gutachtenaufträgen die fehlende schriftliche Beauftragung oder Kostenzusage der Auftraggeber (siehe Kap. 3.2.12). In einem Fall erfolgte die Ablehnung wegen Besorgnis der Befangenheit. Es handelte sich dabei um die Frage eines ärztlichen Fehlverhaltens. Der beschuldigte Arzt war dem Gutachter persönlich bekannt. Feldmann schreibt zu dieser Thematik: „Der Gutachter soll ja die Handlungsweise eines Kollegen, der in der Regel dasselbe Fach vertritt und in demselben Kammerbereich tätig ist wie er, kritisch beurteilen. Beide kennen sich u.U. persönlich, [...]. Der zur Gutachtenerstellung aufgeforderte Arzt hat selbstverständlich das Recht, wegen Besorgnis der Befangenheit die Übernahme des Gutachtenauftrages abzulehnen“ (12). Nur so kann die erforderliche Unparteilichkeit und eine neutrale Gutachtenerstellung gewährleistet werden.

Entsprechend den „Standards für medizinische Gutachten“ hat „der Sachverständige [...] unverzüglich zu prüfen, ob der Auftrag in sein Fachgebiet fällt und ohne Hinzuziehung weiterer Sachverständiger erledigt werden kann“ (88).

Im vorliegenden Gutachtenkollektiv wurden von 24 Gutachtenanfragen 17 (70,8 %) nach Studium der vorliegenden Unterlagen und Fakten in einem durchschnittlichen Zeitraum von fünf Tagen abgesagt. Dabei handelte es sich in elf Fällen (64,7 %) um fachfremde Fragestellungen, in drei Fällen (17,6 %) um eine fehlende schriftliche Auftragserteilung, in zwei Fällen (11,8 %) um Absage seitens der Auftraggeber aufgrund der vorgegebenen Erledigungsfrist und in einem Fall um Befangenheit des Gutachters (siehe Kap. 3.2.8).

Die Anzahl der Gutachtenanfragen hat kontinuierlich von 2001 bis 2009 abgenommen. Dies spiegelt den gleichen Trend wie bei den durchgeführten Gutachten wider. Möglicherweise spielten auch hier finanzielle Restriktionen der Auftraggeber eine Rolle.

4.2 Schlussfolgerungen

Die vorliegende Arbeit zeigt auf, welche medizinischen Konsequenzen phoniatriisch-pädaudiologische Gutachten für kommunikationsgestörte Patienten haben können. Hier sind in erster Linie zu nennen:

- Zusatzuntersuchungen und Weiterbehandlungsvorschläge in benachbarten Fachgebieten (insbes. HNO-ärztlich, radiologisch und psychosomatisch-psychotherapeutisch-psychologisch),
- Änderung bzw. Korrektur medizinischer Diagnosen in 26,8 % von 56 Gutachten,
- Feststellung der Erfolglosigkeit weiterer Therapiemaßnahmen (insbes. Logopädie) in 28,6 % von 21 Fällen,
- Beurteilung mutmaßlichen ärztlichen Fehlverhaltens in 23,2 % von 56 Gutachten und
- Abklärung der Berufs(un)fähigkeit in 19,6 % von 56 Gutachten.

Darüber hinaus können die Ergebnisse der im Selbständigen Funktionsbereich für Phoniatrie und Pädaudiologie des Universitätsklinikums Düsseldorf ausgewerteten 56 Gutachten und 24 Gutachtenanfragen potenziellen Auftraggebern als Richtschnur dienen.

Die relativ hohe Anzahl an Aufträgen zu einer Zusatzbegutachtung aus dem Bereich der HNO und die niedrige Anzahl an Aufträgen zu einer Zusatzbegutachtung aus anderen Fachbereichen ist möglicherweise ein Hinweis darauf, dass die Phoniatrie und Pädaudiologie als selbständiger medizinischer Fachbereich vielen Auftraggebern nicht bekannt ist.

Der Aufwand eines Gutachtens kann relativ genau bemessen werden anhand von Untersuchungsdauer, Bearbeitungszeit, Anzahl und Umfang der gutachtlichen Fragen sowie anhand der Seitenzahl des Gutachtens. Bisher gibt es keine uns bekannte Studie zur Bearbeitungszeit fachärztlicher Gutachten. Anhand der vorliegenden Studie haben wir festgestellt, dass die in der allgemeinen Begutachtungsliteratur angegebenen Bearbeitungszeiten von zwei bis drei Monaten für freie, wissenschaftlich begründete Gutachten in unserem speziellen phoniatriisch-pädaudiologischen Fachgebiet nicht ausreichen. Dies ist ein wichtiger Hinweis für potenzielle Auftraggeber. In unserem Kollektiv von 56 durchgeführten Gutachten betrug die Bearbeitungszeit durchschnittlich 7,7 Monate, also etwa das dreifache des in der Literatur angegebenen Zeitraumes. Für den phoniatriisch-pädaudiologischen Bereich konnten wir zudem in unserem Kollektiv von 51 persönlichen

Untersuchungen der Patienten eine durchschnittliche Untersuchungsdauer von 3,8 Stunden angeben.

Deutlich kamen die Folgen von finanziellen Restriktionen zur Darstellung: Innerhalb des Beobachtungszeitraums von zwölf Jahren kam es zu einer signifikanten Abnahme von Gutachtenaufträgen. Zusätzlich wurden trotz Empfehlung kaum Nachbegutachtungen durchgeführt. Mutmaßlich werden zukünftig aufgrund eines finanziellen und zeitlichen Vorteils vermehrt Aktengutachten angefordert werden, allerdings auf Kosten der Qualität.

Durch außergerichtliche Vergleiche und Entscheidungen oder Klagerücknahmen konnte in 17 (65,4 %) von 26 Gerichtsverfahren eine Zeit- und Kostenersparnis erreicht werden.

Die Empfehlung zahlreicher Zusatzuntersuchungen und -begutachtungen spiegelt das interdisziplinäre Bemühen verschiedener Fachbereiche zur Klärung der beklagten Beschwerden wider.

Das Universelle Neugeborenenhörscreening trägt mutmaßlich dazu bei, dass zukünftig Begutachtungen von Erwachsenen zur Klärung des Zeitpunktes der Erstdiagnose einer Hörstörung nach dem Gesetz über die Hilfen für Blinde und Gehörlose (GHBG) nicht mehr oder nur noch in Ausnahmefällen durchgeführt werden müssen.

Während die Lärmschwerhörigkeit in der Berufskrankheiten-Verordnung mit der BK-Nr. 2301 anerkannt wird, existiert keine Anerkennung beruflich belasteter Stimmen als Berufskrankheit. In den „Anhaltspunkten für die Beurteilung der Minderung der Erwerbsfähigkeit“ von 1920 (3) wurde die Beurteilung der E.M. bei Hör- und Stimmstörungen nach Auswirkung auf den jeweiligen Beruf empfohlen. Bis 1973 wurde in den AHP bei Stimmstörungen eine höhere MdE für Angehörige von Berufen mit „besonderer Anforderung an die Stimmfunktion“ empfohlen (9). Seit den AHP von 1977 wird bis heute in der VersMedV erwähnt, dass „die MdE [GdB und GdS] [...] unabhängig vom ausgeübten oder angestrebten Beruf“ zu bewerten ist (10,11). Allerdings soll ergänzend seit 1951 (AHP) bis heute (VersMedV) nach den „Verwaltungsvorschriften“/BVG bei „Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht“ eine höhere Bewertung der MdE bei „besonderem beruflichen Betroffensein“ berücksichtigt werden (1,4–11,18–21). Dabei träfe „die Feststellung, ob ein besonderes berufliches Betroffensein vorliegt und in welchem Umfang die MdE höher zu bewerten ist, [...] nicht der ärztliche Gutachter, sondern die Versorgungsverwaltung“ (1). Zwar gibt es laut AHP und VersMedV theoretisch die Möglichkeit einer Höherbewertung bei „besonderem beruflichen Betroffensein“, in der Praxis machen die zuständigen Versorgungsämter von dieser Möglichkeit jedoch kaum Gebrauch. Auch in den Tabellen der AHP und VersMedV (zur Bemessung von MdE/GdB/GdS) fehlt bei Hör- und

Stimmstörungen der Berufsbezug mit entsprechenden Empfehlungen für höhere Werte (1,4–11,18–21).

5 Literaturverzeichnis

1. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES: *Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)*. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Information, Publ., Red., Bonn **2008**, S. 12, 56-59, 62-66, 162
2. WISSENSCHAFTLICHER SENAT BEI DER KAISER WILHELMS-AKADEMIE, BERLIN: *Anhaltspunkte für die militärärztliche Beurteilung der Frage der Dienstbeschädigung oder Kriegsdienstbeschädigung bei den häufigsten psychischen und nervösen Erkrankungen der Heeresangehörigen*. Dtsch. Militärärztl. Z./Zentralbl. ges. Heeres- u. Marine-Sanitätswes. 47 (**1918**), 391–404
3. REICH SARBEITSMINISTERIUM: *Anhaltspunkte für die Beurteilung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (E.M.) nach dem Reichsverordnungsgesetz vom 12. Mai 1920*. Ohne Verlag, ohne Ort **1920**, S. 3, 14, 18, 20-22
4. VORSTAND DES VERBANDES DER KRIEGBESCHÄDIGTEN, KRIEGSHINTERBLIEBENEN UND SOZIALRENTNER DEUTSCHLANDS (VDK): *Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Versorgungswesen*. VdK-Schriftenreihe, Bd. 3. Strüder, Neuwied a. Rhein **1951**, S. 35, 36, 38, 40, 69, 70, 72
5. REICHSBUND DER KRIEGS- UND ZIVILBESCHÄDIGTEN, SOZIALRENTNER UND HINTERBLIEBENEN: *Anhaltspunkte für die Ärztliche Gutachtertätigkeit im Versorgungswesen in der amtlichen Fassung des Bundesministeriums für Arbeit*. Schriftenreihe des Reichsbundes der Kriegs- und Zivilbeschädigten, Sozialrentner und Hinterbliebenen, Folge 8. Körber & Blanck, Hamburg **1952**, S. 33, 64-67
6. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT: *Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Versorgungswesen*. Köllen, Bonn **1954**, S. 88, 123, 124, 127, 151-153
7. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG: *Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Versorgungswesen*. Köllen, Bonn **1958**, S. 86, 163, 164, 174, 175
8. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG: *Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Versorgungswesen*. Köllen, Bonn **1965**, S. 147, 151, 152, 168-170
9. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG: *Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Versorgungswesen*. Köllen, Bonn **1973**, S. 162, 163, 167, 187-189
10. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG: *Anhaltspunkte für die ärztliche Begutachtung Behinderter nach dem Schwerbehindertengesetz*. Köllen, Bonn **1977**, S. 8, 10, 22, 31, 54-58, 92, 93
11. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES: *Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV)*. Sozialverband VdK Deutschland, Bonn **2009**, S. 3-11, 19, 50-52, 55-59

12. FELDMANN, H.; T. BRUSIS: *Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes*. Thieme, Stuttgart-NewYork, 7. Aufl. **2012**, S. 17-20, 46, 84, 85, 354, 355, 411, 422
13. PASSOW, A.: *Untersuchungen von Ohrenkrankheiten nach Unfällen*. Monatsschr. Unfallheilkd. 5 (**1898**), 407–420
14. PASSOW, A.: *Die Verletzungen des Gehörorganes*. In: KÖRNER, O. (Hrsg.): *Die Ohrenheilkunde der Gegenwart und ihre Grenzgebiete*. V. Bergmann, Wiesbaden **1905**, S. 194–243 (Kap. 11)
15. RÖPKE, F.: *Die Unfallverletzungen des Gehörorganes und die prozentuale Abschätzung der durch sie herbeigeführten Einbusse an Erwerbsfähigkeit im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes*. Verh. Dtsch. Otol. Ges. 11 (**1902**), 55–79
16. BOENNINGHAUS, G.: *Lehrbuch der Ohrenheilkunde für Studierende und Aerzte*. Karger, Berlin **1908**, S. 321, 322, 337, 338, 340, 342 (Kap. 9)
17. DENKER, A.: *Erkrankungen des inneren Ohres*. In: DENKER, A.; W. BRÜNINGS (Hrsg.): *Lehrbuch der Krankheiten des Ohres und der Luftwege*. Fischer, Jena, 1. Aufl. **1912**, S. 205, 206, 211–213
18. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG: *Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz*. Köllen, Bonn **1983**, S. 54, 55, 58-61
19. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG: *Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz*. Köllen, Bonn **1996**, S. 69-72, 76-81
20. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG: *Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)*. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bonn **2004**, S. 12, 56-59, 62-66
21. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG: *Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)*. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bonn **2005**, S. 12, 56-59, 62-66
22. KOCH, J.; H. LOEBELL: *Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohrenarztes*. Z. Laryngol. Rhinol. Otol. 30 (**1951**), 523–572
23. MITTERMAIER, R.: *Richtlinien für die ohrenärztliche Begutachtung*. Arch. Ohr.-, Nas.-, Kehl.- Heilk. 163 (**1953**), 518–525
24. MITTERMAIER, R.: *Ohrenärztliche Begutachtung unter besonderer Berücksichtigung der Erwerbsminderung*. Arch. Ohr.-, Nas.-, Kehl.- Heilk. 161 (**1952**), 94–205
25. HAHLBROCK, K.-H.: *Sprachaudiometrie: Grundlagen und praktische Anwendung einer Sprachaudiometrie für das deutsche Sprachgebiet*. Thieme, Stuttgart, 1. Aufl. **1957**, S. 160-164, 167
26. MITTERMAIER, R.: *Zur gutachtlichen Einstufung der Schwerhörigkeit*. Z. Laryngol. Rhinol. Otol. 37 (**1958**), 323–327

27. BOENNINGHAUS, H.-G.; D. RÖSER: *Beziehungen zwischen Hörweite und Sprachaudiometrie unter Zugrundelegen raumakustischer Untersuchungen*. Z. Laryngol. Rhinol. Otol. 36 (1957), 261–277
28. BOENNINGHAUS, H.-G.; D. RÖSER: *Prozentuale Hörverlustbestimmung des Sprachgehörs und Festsetzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit*. Z. Laryngol. Rhinol. Otol. 37 (1958), 719–738
29. BOENNINGHAUS, H.-G.; D. RÖSER: *Zur praktischen Anwendung der Hörverlusttabellen und Festsetzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit*. Arch. Ohr., Nas., Kehl.-Heilk. 175 (1959), 396–403
30. KOCH, J.; H. LOEBELL: *Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohrenarztes*. Thieme, Stuttgart, 2. Aufl. 1959, Vorwort, S. 45, 49-52, 55-79
31. FELDMANN, H.: *Die quantitative Beurteilung von Hörstörungen in der Begutachtung*. Z. Laryngol. Rhinol. Otol. 41 (1962), 453–469
32. FELDMANN, H.: *Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes*. Thieme, Stuttgart, 1. Aufl. 1976, Vorwort, S. 79-82, 85, 86, 187, 195, 196
33. FELDMANN, H.: *Zur Einschätzung der MdE bei Hörschäden*. Med. Sachverstand. 59 (1963), 139–146
34. FELDMANN, H.: *Begutachtung und Simulationsprüfungen*. In: BERENDES, J.; R. LINK; F. ZÖLLNER (Hrsg.): *Hals-Nasen-Ohrenheilkunde*. Bd. 3, Ohr: Teil 3. Thieme, Stuttgart, 1. Aufl. 1966, S. 2352–2396
35. KOCH, J.; H. LOEBELL: *Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes*. Thieme, Stuttgart, 3. Aufl. 1968, Vorwort, S. 54-57, 107-109, 115, 133
36. BOENNINGHAUS, H.-G.; D. RÖSER: *Neue Tabellen zur Bestimmung des prozentualen Hörverlustes für das Sprachgehör*. Z. Laryngol. Rhinol. Otol. 52 (1973), 153–161
37. BRUSIS, T.; H. FELDMANN: *Die neuen Tabellen zur Bestimmung des prozentualen Hörverlustes von Boenninghaus und Röser in der Erprobung*. Z. Laryngol. Rhinol. Otol. 52 (1973), 161–164
38. LEHNHARDT, E.: *Die Berufsschäden des Ohres*. Arch. Ohr., Nas., Kehl.-Heilk. 185 (1965), 180–189
39. FELDMANN, H.: *Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes*. Thieme, Stuttgart-NewYork, 2. Aufl. 1984, Vorwort, S. 89, 90, 95, 195, 205, 206
40. FELDMANN, H.: *Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes*. Thieme, Stuttgart-NewYork, 3. Aufl. 1994, Vorwort, S. 111
41. FELDMANN, H.: *Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes*. Thieme, Stuttgart-NewYork, 4. Aufl. 1997, Vorwort, S. 98, 105, 108, 203, 204, 207
42. LÜSCHER, E.: *Psychische Faktoren bei Hals-, Nasen- und Ohrenleiden*. Arch. Ohr., Nas., Kehl.-Heilk. 175 (1959), 69–216

43. FELDMANN, H.: *Das Bild der psychogenen Hörstörung heute*. Laryngol. Rhinol. Otol. 68 (1989), 249–258
44. MARSCHIK, H.: *Verletzungen des Kehlkopfs, der Luftröhre und der Bronchien: Unfallbegutachtung, Erwerbsfähigkeit, Berufsberatung*. In: DENKER, A.; O. KAHLER (Hrsg.): *Handbuch der Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde mit Einschluss der Grenzgebiete: Die Krankheiten der Luftwege und der Mundhöhle*. Bd. 3. J. Springer, Berlin 1928, S. 809, 810, 812, 814, 819
45. CHIARI, O.: *Ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der Erkrankungen der oberen Luft- und Speisewege*. In: DITTRICH P. (Hrsg.): *Handbuch der Ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit*. Bd. 4. Braumüller, Wien-Leipzig 1911, S. 30, 31, 83–86, 91–94, 99
46. *Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich. Mit Commentar von Hans Rüdorff*. Guttentag, Berlin 1871, S. 355
47. *Strafgesetzbuch und Nebengesetze. Erläutert von Thomas Fischer*. Beck, München, 60. Aufl. 2013, S. 1550
48. BECKER, L.: *Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit für die Unfall- und Invaliditäts-Versicherungs-Gesetzgebung*. Schoetz, Berlin, 1. Aufl. 1895, S. 162
49. DENKER, A.: *Über Kriegsverletzungen des Kehlkopfes und der Luftröhre unter Berücksichtigung der Rentenansprüche der Verletzten*. Arch. Ohr-, Nas-, Kehlk.-Heilk. 103 (1919), 33–72
50. MARSCHIK, H.: *Die Berufsberatung vom Standpunkt der Laryngo-Rhinologie*. In: LAUBER, H. (Hrsg.): *Handbuch der ärztlichen Berufsberatung*. Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien 1923, S. 233, 236, 288–291, 294–296, 304
51. BRÜGGEMANN, A.: *Hals. Mund- und Rachenhöhle, Kehlkopf und Trachea. Zur Begutachtung Kehlkopfverletzter*. In: KÖNIG, F.; G. MAGNUS (Hrsg.): *Handbuch der gesamten Unfallheilkunde*. Bd. 4. Enke, Stuttgart, 1. Aufl. 1934, S. 299
52. NADOLECZNY, M.: *Was muß der Hals-Nasen-Ohrenarzt von Sprach- und Stimmheilkunde wissen?* Z. HNO-Heilk. 44 (1938), 1–74
53. NADOLECZNY, M.; R. ZIMMERMANN: *Zur Methodik stimmärztlicher Gutachten*. Arch. f. ges. Phonetik, Abt. 2, Arch. Sprach- u. Stimmphysiol. u. Sprach- und Stimmheilk. 5 (1941), 22–32
54. ARNOLD, G.E.: *Die traumatischen und konstitutionellen Störungen der Stimme und Sprache*. Urban & Schwarzenberg, Wien 1948, S. 23, 25
55. FELDMANN, H.: *Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes*. Thieme, Stuttgart-NewYork, 5. Aufl. 2001, S. 110, 260
56. FELDMANN, H.: *Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes*. Thieme, Stuttgart-NewYork, 6. Aufl. 2006, S. 134, 335
57. BECKER, L.: *Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit für die Unfall- und Invaliditäts-Versicherungs-Gesetzgebung*. Schoetz, Berlin, 4. Aufl. 1900, S. 175

58. KEILMANN, A.; M. HEINEMANN; C. MASSINGER: *Begutachtung oropharyngealer Schluckstörungen*. HNO 50 (2002), 155–160
59. MARX, H.H.: *Die Begutachtung als ärztliche Aufgabe. Form und Inhalt des medizinischen Gutachtens*. In: MARX, H. H.; H. KLEPZIG (Hrsg.): *Basiswissen medizinische Begutachtung: Rechtliche und inhaltliche Grundlagen des ärztlichen Fachgutachtens, Auszug aus: Medizinische Begutachtung innerer Krankheiten*. Thieme, Stuttgart-NewYork 1998, S. 3, 51, 68
60. GÖTZE, L.: *Das Substantiv, Grammatisches Geschlecht - natürliches Geschlecht*. In: WAHRIG, G.; L. GÖTZE; E.W.B. HESS-LÜTTICH (Hrsg.): *Grammatik der deutschen Sprache: Sprachsystem und Sprachgebrauch*. Wissen Media, Gütersloh-München, 3. Aufl. 2002, S. 191
61. GELHAUS, H.: *Die Wortarten. Das Genus von Substantiven bestimmter Sachgruppen*. In: DUDENREDAKTION (Hrsg.): *Duden, Grammatik der deutschen Gegenwartssprache*. Bd. 4. Dudenverlag, Mannheim-Leipzig-Wien-Zürich, 6. Aufl. 1998, S. 200 (Kap. 3.2.1)
62. GALLMANN P.: *Das Wort. Die flektierbaren Wortarten. Semantische Faktoren für die Genuszuweisung*. In: DUDENREDAKTION (Hrsg.): *Duden. Die Grammatik*. Bd. 4. Dudenverlag, Mannheim-Leipzig-Wien-Zürich, 7. Aufl. 2006, S. 156 (Kap. 1.3.2.1)
63. BORTZ, J.; CH. SCHUSTER: *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Springer, Berlin-Heidelberg-NewYork, 7. Aufl. 2010
64. HÜSLER, J.; H. ZIMMERMANN: *Statistische Prinzipien für medizinische Projekte*. Huber, Bern, 5. Aufl. 2010
65. SACHS, L.; J. HEDDERICH: *Angewandte Statistik*. Springer, Berlin-Heidelberg-NewYork, 12. Aufl. 2006
66. LANDESREGIERUNG NORDRHEIN-WESTFALEN: *Gesetz über die Hilfen für Blinde und Gehörlose (GHBG)*. Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen 58 (1997), 436–437
67. SCHNEIDER-STICKLER, B.; W. BIGENZAHN: *Stimmdiagnostik: Ein Leitfaden für die Praxis*. Springer, Wien, 2. Aufl. 2013, S. 11 (Kap. 2.2)
68. FRIEDRICH, G.: *Stimmstörungen (Dysphonien)*. In: FRIEDRICH, G.; W. BIGENZAHN; P. ZOROWKA (Hrsg.): *Phoniatrie und Pädaudiologie. Einführung in die medizinischen, psychologischen und linguistischen Grundlagen von Stimme, Sprache und Gehör*. Huber, Bern, 5. Aufl. 2013, S. 85–87 (Kap. 3)
69. WENDLER, J.; W. SEIDNER: *Stimme - Klinik*. In: WENDLER, J.; W. SEIDNER; U. EYSHOLDT (Hrsg.): *Lehrbuch der Phoniatrie und Pädaudiologie*. Thieme, Stuttgart-NewYork, 4. Aufl. 2005, S. 140, 156, 189 (Kap. 11)
70. SCHUSTER, M.; U. HOPPE; U. EYSHOLDT; F. ROSANOWSKI: *Depressivität und Ängstlichkeit bei Patienten mit Dysphonien*. In: GROSS, M.; E. KRUSE (Hrsg.): *Aktuelle phoniatriisch-pädaudiologische Aspekte*. Bd. 12 2004, S. 162–164 — ISBN 3-89906-797-5

71. BÖHME, G.: *Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen*. Bd. 1. Urban & Fischer, München-Jena, 4. Aufl. **2003**, S. 201 (Kap. 13), S. 451-457 (Kap. 26)
72. WALDERSEE, N. GRAF VON: *Psychogene Dysphonie und psychogene Aphonie in der phoniatischen Praxis*. Sprache-Stimme-Gehör 26 (**2002**), 1–48
73. NAWKA, T.; G. WIRTH: *Stimmstörungen: Für Ärzte, Logopäden, Sprachheilpädagogen und Sprechwissenschaftler*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 5. Aufl. **2008**, S. 205 (Kap. 11)
74. BAUR, X.; M. CLASEN; A. FISSELER-ECKHOFF; M. HEGER; K.G. HERING; K. HOFFMANN-PREIS; D. KÖHLER; A. KRANIG; T. KRAUS; S. LETZEL; V. NEUMANN; A. TANNAPFEL; J. SCHNEIDER; H. SITTE; H. TESCHLER; T. VOSHAAR; A. WEBER: *Diagnostik und Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten. Interdisziplinäre S2-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin*. Pneumologie 65 (**2011**), 129–190
75. BERGER, J.; J. CHANG-CLAUDE; M. MÖHNER; H.-E. WICHMANN: *Larynxkarzinom und Asbestexposition: Eine Bewertung aus epidemiologischer Sicht*. Zbl. Arbeitsmed. 46 (**1996**), 166–186
76. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG: *Bekanntmachung einer Empfehlung des Ärztlichen Sachverständigenbeirats - Sektion „Berufskrankheiten“: „Kehlkopfkrebs durch Asbest“*. Bundesarbeitsblatt 6 (**1996**), 25–28
77. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG: *Merkblatt zur Berufskrankheit Nr. 4104 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung*. Bundesarbeitsblatt 12 (**1997**), 32–35
78. BRUSIS, T.: *Berufsbedingte Erkrankungen im Hals-Nasen-Ohren-Gebiet*. Trauma und Berufskrankheit 3 (**2011**), 127–130
79. EYSHOLDT, U.: *Begutachtung phoniatischer Krankheitsbilder*. In: WENDLER, J.; W. SEIDNER; U. EYSHOLDT (Hrsg.): *Lehrbuch der Phoniatrie und Pädaudiologie*. Thieme, Stuttgart-NewYork, 4. Aufl. **2005**, S. 457 (Kap. 33)
80. LAW, J.; J. BOYLE; F. HARRIS; A. HARKNESS; CH. NYE: *Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature*. Int. J. Lang. Commun. Disord. 35 (**2000**), 165–188
81. SCHULTE-KÖRNE, G.; H. BRAUN-SCHARM: *Kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen*. In: MÖLLER, H.-J.; G. LAUX; A. DEISTER (Hrsg.): *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart, 5. Aufl. **2013**, S. 443 (Kap. 18)
82. SCHÖNWEILER, R.; C.-M. SCHMIDT: *Universelles Neugeborenen-Hörscreening und Hörstörungen bei Kindern*. Dtsch. Arztebl. 106 (**2009**), 355–356
83. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT: *Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Kinder-Richtlinien: Einführung eines Neugeborenen-Hörscreenings*. www.g-ba.de/downloads/39-261-681/2008-06-19-Kinder-Hörscreening_BAnz.pdf. Zugriff am 28.10.2013 um 20:50 Uhr

84. ZAHNERT, T.: *Differenzialdiagnose der Schwerhörigkeit*. Dtsch. Arztebl. 108 (2011), 433–443
85. HILDMANN, H.; J. LAUTERMANN: *Krankheiten von Hals, Nase und Ohren*. In: FRITZE, J.; F. MEHRHOFF (Hrsg.): *Die ärztliche Begutachtung: Rechtsfragen, Funktionsprüfungen, Beurteilungen*. Steinkopff, Darmstadt, 7. Aufl. 2008, S. 254
86. LAESSIG, A.K.; M. SPORMANN-LAGODZINSKI; M. GROSS; A. KEILMANN: *Die Diagnostik von kindlichen Schwerhörigkeiten – „Mainzer Daten“ aus dem Deutschen Zentralregister für kindliche Hörstörungen*. In: GROSS, M.; R. SCHÖNWEILER (Hrsg.): *Aktuelle phoniatriisch-pädaudiologische Aspekte*. Bd. 20 2012, S. 69–71 — ISBN 978-3-00-039525-3
87. FELDMANN, H.: *Begutachtung und Simulationsprüfungen*. In: BERENDES, J.; R. LINK; F. ZÖLLNER (Hrsg.): *Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde in Praxis und Klinik*. Bd. 6. Ohr: II. Thieme, Stuttgart-NewYork, 2. Aufl. 1980, S. 51.2 – 51.7 (Kap. 51)
88. ERDOGAN-GRIESE, B.; A. JANSEN: *Klare Standards für medizinische Gutachten*. Rhein. Arztebl. 66 (2012), 16
89. DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND: *Reha-Bericht 2010. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*. Ohne Verlag, Berlin 2010, S. 4
90. HLUSIAK, S.N.: *Vergleichende Untersuchungen der Sprachentwicklung sowie Zungen- und Mundmotorik bei Kindern mit Down-Syndrom*. Inauguraldissertation, Med. Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, 2007, S. 72-74, 93-95, 99-102, 114, 115
91. MDK-GEMEINSCHAFT: *Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft, Jahresstatistik 2012*. www.mds-ev.de/media/pdf/8_-_Bericht_BHF-Begutachtung_2012_final.pdf. Zugriff am 28.10.2013 um 21.00 Uhr
92. BUNDESÄRZTEKAMMER: *Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2012*. www.bundesaerztekammer.de/downloads/Erhebung_StaeKo_mit_Zahlen_2012_komplett.pdf. Zugriff am 28.10.2013 um 21:15 Uhr
93. STREPPPEL, M.; T. BRUSIS: *Zur Problematik der Simulation und Aggravation in der HNO-ärztlichen Begutachtung*. HNO 58 (2010), 126–131
94. JAHNKE, K.; D. SOLZBACHER: *Simulation von Taubheit im Gutachtenwesen*. Laryngol. Rhinol. Otol. 84 (2005), 511–515
95. ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF) – DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR NEUROWISSENSCHAFTLICHE BEGUTACHTUNG: *S2k Leitlinie: Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung, aktueller Stand: 07/2013*. www.awmf.org/leitlinien/detail/II/094-001.html. Zugriff am 29.10.2013 um 12:20 Uhr
96. HESS, R.: *Medizinische Gerichtsgutachten: Immer noch unterbewertet*. Dtsch. Arztebl. 101 (2004), A–225

97. HESS, R.: *Medizinische Gutachten: Entschädigungen neu geregelt*. Dtsch. Arztebl. 101 (2004), A-1714, A-1762-1765
98. GORLAS, S.: *Verbesserte Vergütung ärztlicher Gutachten nach dem JVEG*. Rhein. Arztebl. 67 (2013), 18

6 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1:	Häufigkeit der störungsspezifischen Kategorien (Störungsbilder) bei 56 phoniatisch-pädaudiologischen Gutachten.....	39
Abb. 2:	Alter zum Zeitpunkt der Begutachtung, n=56	40
Abb. 2a:	Alter zum Zeitpunkt der Begutachtung (Artikulation), n=16	40
Abb. 2b:	Alter zum Zeitpunkt der Begutachtung (peripheres Hören), n=14	41
Abb. 2c:	Alter zum Zeitpunkt der Begutachtung (Phonation), n=22	41
Abb. 3:	Altersverteilung bei Patienten der Kategorie "Artikulation" mit und ohne Mehrfachbehinderung, n=16	42
Abb. 4:	Geschlechtsverteilung, n=53	43
Abb. 5a:	Anzahl der gutachtlichen Fragen in Haupt- und Zusatzgutachten.....	47
Abb. 5b:	Anzahl der gutachtlichen Fragen in den Kategorien	48
Abb. 6:	Zeitraum Auftrag bis Fertigstellung der Gutachten, n=56	51
Abb. 7:	Zeitraum Auftrag bis Fertigstellung bei Haupt- und Zusatzgutachten, n=56.....	52
Abb. 8:	Zeitraum Auftrag bis Fertigstellung bei Haupt- und Zusatzgutachten für Bearbeitungszeiten < 18 Monate, n=51	52
Abb. 9a:	Zeitraum Auftrag bis Fertigstellung der Gutachten (Phonation), n=22.....	53
Abb. 9b:	Zeitraum Auftrag bis Fertigstellung der Gutachten (Artikulation), n=16	54
Abb. 9c:	Zeitraum Auftrag bis Fertigstellung der Gutachten (peripheres Hören), n=14	54
Abb. 10:	Bearbeitungszeit im Zusammenhang mit der Anzahl der gutachtlichen Fragen, n=56	55
Abb. 11:	Bearbeitungszeit im Zusammenhang mit der Seitenzahl, n=56	55
Abb. 12:	Bearbeitungszeit im Zusammenhang mit der Anzahl der gutachtlichen Fragen (ohne Ausreißer), n=51	56
Abb. 13:	Bearbeitungszeit im Zusammenhang mit der Seitenzahl (ohne Ausreißer), n=51	57
Abb. 14:	Seitenzahl im Zusammenhang mit der Anzahl der gutachtlichen Fragen, n=56...	58
Abb. 15:	Anzahl der Seiten, n=56	59
Abb. 15a:	Anzahl der Seiten (Phonation), n=22	60
Abb. 15b:	Anzahl der Seiten (Artikulation), n=16	60
Abb. 15c:	Anzahl der Seiten (peripheres Hören), n=14	61
Abb. 16:	Untersuchungsdauer (gesamt), n=56	62
Abb. 16a:	Untersuchungsdauer (Phonation), n=22	62
Abb. 16b:	Untersuchungsdauer (Artikulation), n=16.....	63
Abb. 16c:	Untersuchungsdauer (peripheres Hören), n=14.....	63
Abb. 17:	Entscheidung seitens der Gutachter, n=56	66
Abb. 18:	Befürwortung oder Ablehnung seitens der Auftraggeber, n=56	67
Abb. 19:	Ausgang der Gerichtsverfahren, n=26.....	69
Abb. 20:	Jahr der Anfrage bei 24 abgesagten Gutachtaufträgen	74
Abb. 21:	Zeitraum Anfrage bis Absage des Gutachtens, n=24	76
Abb. 22:	Abgesagte und angenommene Gutachten nach Altersklassen, n=68	78
Abb. 23:	Geschlecht der zu begutachtenden Personen, n=77.....	79
Abb. 24:	Jahr der Anfrage bei abgesagten und angenommenen Gutachtaufträgen, n=80	80
Abb. 25:	Auftraggeber der 80 Gutachtenanfragen	81
Abb. 26:	Anzahl der gutachtlichen Fragen, n=65.....	82
Abb. 27:	Anschreiben an die Auftraggeber der 56 angenommenen Gutachten	110

Tabelle 1: Anzahl der pro Jahr angenommenen Gutachtenaufträge.....	44
Tabelle 2: Auftraggeber, n=56 Gutachten	46
Tabelle 3: gutachtliche Fragestellung(en), n=56 Gutachten	49
Tabelle 4: Anzahl der gutachtlich empfohlenen fachärztlichen und psychologischen Zusatzuntersuchungen bei 56 phoniatriisch-pädaudiologischen Gutachten.....	65
Tabelle 5: gutachtlich empfohlene Weiterbehandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen bei 56 phoniatriisch-pädaudiologischen Gutachten	65
Tabelle 6: Entscheidungen der Gutachter und der Auftraggeber über das Begehren der Antragsteller	69
Tabelle 7: Entscheidungen durch Gutachter und Auftraggeber in den einzelnen Kategorien.....	71
Tabelle 8: Aufteilung der 14 Gutachtenaufträge mit der Frage nach Berufs(un)fähigkeit auf die einzelnen Kategorien	83
Tabelle 9a: Auswertungskriterien der 56 angenommenen Gutachten, Lfd. Nr. 1-35	111
Tabelle 9b: Auswertungskriterien der 56 angenommenen Gutachten, Lfd. Nr. 36-56	112
Tabelle 10: Auswertungskriterien der 24 abgesagten Gutachten	113

7 Anhang

Universitätsklinikum Düsseldorf		
Funktionsbereich Phoniatrie u. Pädaudiologie		
UKD, Phoniatrie u. Pädaudiologie, Postfach 101007, D-40001 Düsseldorf		Leiter: Univ.-Prof. Dr. med. W. Angerstein Tel.: (0211) 81-17583/17584 Fax: (0211) 81-19511
Ansprechpartner: Prof. Dr. med. W. Angerstein		Hausanschrift: Moorenstraße 5 Gebäude-Nr. 13.77 D-40225 Düsseldorf
Durchwahl: (0211) 81-17584	E-Mail: angerstein@med.uni-duesseldorf.de	Spezialsprechstunden für: - Sänger und Schauspieler - Musikmedizin und Musikphysiologie - Betreuung vor und nach stimmverbessernden bzw. stimmangleichenden Operationen (Phonochirurgie) - Zentral-auditive Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörungen - Kindliche Hörstörungen (Pädaudiologie) - Schluckstörungen (Dysphagien) - Begutachtung
Datum:		Termine nach Vereinbarung
Gutachtenauftrag vom mit erstelltem phoniatriisch-HNO-fachärztlichen Sachverständigengutachten vom Patient:		
Sehr geehrte(r) Herr/Frau,		
für eine retrospektive Analyse unserer Gutachten im Bereich Kommunikationsstörungen (Stimm-, Sprach-, Sprech- und kindliche Hörstörungen), in der Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie am Universitätsklinikum Düsseldorf, werte ich derzeit hier erstellte Gutachten aus. Da ich großes Interesse am Ausgang des o.g. Verfahrens habe, möchte ich hiermit höflichst anfragen, ob Sie mir das Urteil/Ihre Entscheidung mit zugehöriger Begründung zusenden könnten. Sind Sie in Ihrer Entscheidung der Beurteilung durch unser Gutachten gefolgt? Falls nicht: aus welchem Grund? Des Weiteren interessiere ich mich dafür, ob die empfohlene Zusatzbegutachtung durchgeführt worden ist und Einfluss auf Ihre Entscheidungsfindung genommen hat. Falls ja: Ergebnis? Falls nein: Warum nicht?		
Für Ihre diesbezüglichen Bemühungen möchte ich mich recht herzlich bedanken.		
Mit freundlichen Grüßen		
Universitätsprofessor Dr. med. W. Angerstein Leiter des Selbst. Funktionsbereichs Phoniatrie und Pädaudiologie		
Hausanschrift: Moorenstr. 5, D-40225 Düsseldorf Straßenbahnlinien: 701, 707, 711, 713, 716; Buslinien: SB 50, 723, 735, 780, 782, 785, 827, 835 und 836		
Forschungslabor für Medizinische Akustik und Audiologie Gebäude-Nr. 17.11 Dipl.-Ing. Th. Massing Tel.: (0211) 81-18394 Fax: (0211) 81-19794		

Abb. 27: Anschreiben an die Auftraggeber der 56 angenommenen Gutachten

Lfd.Nr.	Geschlecht	Seitenzahl des Gutachtens	Auftragsjahr	Alter zum Abschluß der gutachtlichen Untersuchung in Jahren	Haupt- oder Zusatzgutachten	Zeitraum Auftrag bis Fertigstellung des Gutachtens in Monaten	Anzahl der gutachtlichen Fragen	Untersuchungsdauer in Std.	Empfehlung der Nachbegutachtung nach n logopädischen Therapieeinheiten
1	m	15	2003	61,7	H	4,0	13	4,3	-
2	m	5	2004	69,1	Z	2,0	2	2,8	-
3	m	15	2000	61,0	H	2,9	2	4,8	-
4	w	8	2004	13,6	H	3,1	4	1,5	-
5	w	23	2000	14,0	H	7,6	3	3,8	40
6	m	10	2000	53,4	H	5,1	1	4,0	-
7	w	14	2000	21,7	H	6,1	7	3,0	-
8	m	4	2005	53,8	Z	0,9	2	1,8	20
9	w	17	1998	14,5	H	6,2	2	8,9	-
10	m	15	2002	10,1	H	23,8	1	4,0	-
11	m	12	2000	20,2	H	4,6	2	5,0	-
12	m	19	2001	51,2	H	7,4	7	4,2	30
13	w	26	2001	8,4	H	9,3	5	6,4	40
14	w	12	2001	59,5	H	20,1	1	3,7	-
15	m	26	2001	12,9	H	6,4	4	4,0	90
16	m	23	2002	12,8	H	9,8	4	5,8	-
17	m	10	1999	51,7	H	3,0	2	4,7	-
18	w	14	1999	48,7	H	3,3	2	entfällt, da Akten-Gutachten	-
19	m	33	2001	9,2	H	12,3	5	3,5	-
20	m	12	1999	31,6	Z	1,5	1	2,9	60
21	m	11	2000	33,2	Z	4,3	2	2,2	40
22	m	15	2002	18,3	H	7,3	4	4,6	-
23	m	36	2001	19,4	H	8,5	11	11,4	-
24	w	14	2002	14,9	H	6,6	6	5,3	-
25	w	1	1999	71,8	Z	1,7	1	3,5	-
26	m	20	2001	51,5	H	10,8	3	3,1	35
27	m	14	2002	50,0	H	7,7	3	3,5	-
28	w	31	2000	52,0	H	13,5	4	2,8	-
29	w	21	2004	60,5	H	4,1	5	4,2	-
30	m	12	2004	70,2	H	3,5	1	3,0	-
31	m	11	1998	4,6	H	2,4	3	entfällt, da Akten-Gutachten	-
32	w	22	2000	46,6	H	3,0	2	3,5	20
33	m	18	1998	54,1	H	3,6	12	6,1	60
34	m	19	2001	57,0	H	5,2	11	2,5	20
35	m	12	2002	62,9	H	11,2	2	5,0	-

Tabelle 9a: Auswertungskriterien der 56 angenommenen Gutachten, Lfd. Nr. 1-35

Lfd.Nr.	Geschlecht	Seitenzahl des Gutachtens	Auftragsjahr	Alter zum Abschluß der gutachtlichen Untersuchung in Jahren	Haupt- oder Zusatzgutachten	Zeitraum Auftrag bis Fertigstellung des Gutachtens in Monaten	Anzahl der gutachtlichen Fragen	Untersuchungs- dauer in Std.	Empfehlung der Nachbegutachtung nach n logopädischen Therapieeinheiten
36	m	33	2000	9,9	H	6,1	3	3,5	380
37	w	1	1998	22,5	Z	47,1	5	5,4	-
38	w	16	1998	50,2	H	1,9	5	3,1	50
39	m	19	2000	10,8	H	6,0	7	5,8	-
40	w	16	2001	52,2	H	27,6	2	3,4	-
41	m	19	2001	11,5	H	33,0	3	5,8	-
42	m	18	2002	3,5	H	9,0	2	3,0	-
43	m	12	2005	6,8	H	8,4	9	entfällt, da Akten-Gutachten	-
44	m	11	2001	3,8	H	8,3	5	1,3	-
45	w	10	2005	40,7	H	7,6	4	1,9	-
46	m	23	2005	10,9	H	7,1	6	3,5	50
47	w	11	2006	46,2	H	4,1	2	4,0	-
48	w	9	2006	37,1	Z	0,6	3	3,3	-
49	m	2	2003	49,6	Z	1,9	1	1,7	-
50	m	6	2007	42,2	Z	3,4	2	2,5	-
51	m	13	2007	56,1	Z	2,6	7	2,0	-
52	m	16	2007	57,5	H	6,7	7	6,0	-
53	m	11	2008	12,4	H	5,1	3	entfällt, da Akten-Gutachten	20
54	m	3	2009	3,6	H	2,1	1	entfällt, da Akten-Gutachten	-
55	w	6	2009	41,2	H	2,0	4	3,0	-
56	w	19	2008	54,3	Z	7,1	4	2,3	-

Tabelle 9b: Auswertungskriterien der 56 angenommenen Gutachten, Lfd. Nr. 36-56

Lfd.Nr.	Alter zum Zeitpunkt der Anfrage	Geschlecht	Jahr des Gutachtenauf- trages	Zeitraum Anfrage bis Ablehnung des Gutachtens in Tagen	Anzahl der gutachtlichen Fragen
1	nicht eruiert	w	2004	3	nicht eruiert
2	11,6	m	2003	90	nicht eruiert
3	nicht eruiert	w	2003	1	nicht eruiert
4	nicht eruiert	w	2001	2	keine konkrete Fragestellung
5	6,1	m	2003	5	nicht eruiert
6	nicht eruiert	w	2002	6	nicht eruiert
7	55,9	w	2002	3	nicht eruiert
8	14,3	m	2002	8	nicht eruiert
9	55,3	w	2001	198	10
10	12,8	m	2002	11	nicht eruiert
11	58,4	m	2001	90	4
12	nicht eruiert	m	2001	26	nicht eruiert
13	37,9	m	2001	133	1
14	57,1	w	2001	49	1
15		m	2004	11	9
16	nicht eruiert	w	2003	0	nicht eruiert
17	28,2	m	2006	8	2
18	nicht eruiert	w	2006	1	keine konkrete Fragestellung
19	nicht eruiert	m	2006	8	nicht eruiert
20	nicht eruiert	w	2007	0	nicht eruiert
21	6,6	m	2007	15	23
22	nicht eruiert	m	2008	0	8
23	nicht eruiert	m	2009	3	nicht eruiert
24	12,1	m	2004	34	5

Tabelle 10: Auswertungskriterien der 24 abgesagten Gutachten

Danksagung

An erster Stelle danke ich herzlich Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Angerstein, Leiter des Selbständigen Funktionsbereichs für Phoniatrie und Pädaudiologie, für die freundliche Überlassung des Themas sowie für die intensive, konstruktive und warmherzige Begleitung im gesamten Verlauf dieser Arbeit.

Daneben bedanke ich mich herzlich bei allen Mitarbeitern des Selbständigen Funktionsbereichs für Phoniatrie und Pädaudiologie des Universitätsklinikums Düsseldorf für die unermüdliche moralische Unterstützung.

Einen besonderen Dank möchte ich Herrn Dr. rer. san. Thomas Muth für seine tatkräftige und geduldige Unterstützung bei den statistischen Auswertungen meiner Arbeit aussprechen.

Ein weiterer Dank geht an Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Peter Angerer für die Zweitbegutachtung meiner Arbeit und seine hilfreichen Anregungen.

Ganz herzlichen Dank an meine Familie und meine Freunde für die Unterstützung in allen Lebenslagen während der Fertigstellung meiner Dissertation.

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere an Eides statt, dass die Dissertation selbständig und ohne unzulässige fremde Hilfe erstellt worden ist und die hier vorgelegte Dissertation nicht von einer anderen Medizinischen Fakultät abgelehnt worden ist.

05.05.2014, Andrea Kronenberg