



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

1937: Prof. Dr. med. Martin Reichardt (Würzburg)

Vorbemerkung:

Bei den Reden der Präsidenten handelt es sich um historische Dokumente, die die DGU anlässlich der 100jährigen Wiederkehr ihrer Gründung der Öffentlichkeit zur Verfügung stellt. Die Inhalte entsprechen nicht unbedingt den heutigen Vorstellungen des Geschäftsführenden Vorstandes.

Von den Reden der Präsidenten in der Zeit des Nationalsozialismus distanzieren wir uns explizit.

Im Namen des Geschäftsführenden Vorstandes
(gez.) Der Generalsekretär

Eröffnungsrede des Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin, XII. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin am 24.-25.09.1937 in Würzburg.

„Ich eröffne die 12. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin. Bevor wir in die Tagesordnung eintreten, gedenken wir in Ehrerbietung und Dankbarkeit unseres großen Führers und Reichskanzlers, der unserem Volke im Inneren Frieden, Arbeit, Brot, Volksgemeinschaft, Zufriedenheit und Fröhlichkeit gegeben hat, nach außen hin Ehre, Ansehen und Wahrhaftigkeit; der große und größte Erfolge auf politischem, organisatorischem und wirtschaftlichem Gebiet erreicht hat und weiter erzielen wird. Wir grüßen den Führer in Ehrerbietung mit einem donnernden dreifachen Sieg-Heil. In der gleichen Minute geht an den Führer und Reichskanzler folgendes Telegramm ab:

„Dem Führer und Reichskanzler *Adolf Hitler*, Berlin, sendet die Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin von ihrer 12. Jahrestagung in Würzburg ehrerbietigen Gruß, sowie das Gelöbnis der Treue und Mitarbeit. Dankbar gedenkt sie seiner gewaltigen Leistung für die innere Neuformung des deutschen Menschen, die gerade auf dem Arbeitsgebiet der Gesellschaft grundlegenden Erkenntnissen zum Durchbruch verhelfen wird. Der Vorsitzende: Professor *Reichardt*.‘

Meine Damen und Herren! Im Namen des Vorstandes der Gesellschaft heiße ich Sie alle herzlich willkommen, die Sie aus fern und nah zur Tagung geeilt sind und hierdurch Ihr Interesse an unserer Arbeit bekunden, sowie an unserer Arbeit teilnehmen wollen.

Das jetzt ablaufende Geschäftsjahr der Gesellschaft hat wieder empfindliche Lücken in die Reihen unserer Mitglieder gerissen. In stiller Trauer gedenken wir der verstorbenen Berufskameraden: Dr. *Albert Bernard*, Wernigerode; Dr. *Walter Bethge*, Carlsfeld; Professor Dr. *August Blencke*, Magdeburg; San.-Rat Dr. *Hans Buchbinder*, Leipzig; Dr. *Hermann Hoffmann*, Gelsenkirchen; Reg.-Med.-Rat Dr. *Rudolf Mohr*, Berlin; Dr. *Adolf Stoffels*, Mannheim.

Untadelig, voll Pflichtgefühl, besorgt für ihre Patienten, sind sie ihren Lebensweg gegangen. Ich stelle mit Dank fest, daß Sie sich zu Ehren der Verstorbenen von Ihren Plätzen erhoben haben.

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin hat für ihre diesjährige Tagung als ersten nichtchirurgischen und nichtorthopädischen Jahresvorsitzenden einen Vertreter der *Psychiatrie und Nervenheilkunde* gewählt. Ich betrachte diese Tatsache als einen Beweis dafür, daß unsere Gesellschaft von der Wichtigkeit gerade der Psychiatrie (im neuzeitlichen Sinne) für die Unfall-, Invaliditäts- und Versorgungsbegutachtung überzeugt ist.

„Psychiatrie“ wurde (und wird leider auch vielfach noch in der Gegenwart) gewöhnlich mit „Irrenheilkunde“ übersetzt. Der Psychiater galt (und gilt teilweise noch) als eine Art von ärztlichem Gefängnisdirektor oder Gefängnisbeamten, zu welchem man die Patienten erst sandte (oder aus anderen Kliniken überwies), wenn die Krankheit eine Wendung nach der Selbstgefährlichkeit, Gemeingefährlichkeit, Tobsucht und ähnlicher Unannehmlichkeiten genommen hatte. Tatsächlich aber hat sich in der Psychiatrie als Wissenschaft und Unterrichtsfach in den letzten 25 Jahren ein *tiefgreifender Umwandlungsprozeß* vollzogen, so daß die moderne Psychiatrie ein vollständig anderes Gesicht bekommen hat und ein viel umfassenderes Gebiet geworden ist. „Psyche“ heißt Seele und „iatros“ heißt der Arzt. Psychiatrie ist nichts anderes als ärztliche Seelenkunde und Seelenheilkunde. Jetzt umfaßt die Psychiatrie als Wissenschaft und als Lehrgebiet nicht nur die Lehre von den geistigen und seelischen Erkrankungen, sondern auch *einerseits* die eine Hälfte der Hirnneurologie (ich erinnere nur an die Hirnverletzungen) und der Hirnwissenschaft überhaupt, *andererseits* die gesamte Psychopathologie, Neurosenlehre, 4/ 5 der sog. Nervenleiden im Sinne des Publikums, die Charakterkunde und Persönlichkeitsforschung, einen Teil der Erblichkeitsforschung, die gesamten seelischen Reaktionen, sowie überhaupt die sog. medizinische oder ärztliche Psychologie, worunter verstanden wird: die von Ärzten für Ärzte geschaffene ärztliche Menschenkenntnis. An die Stelle der intuitiven und *nicht* lehrbaren Menschenkenntnis, die bisher das Gebiet nur weniger hierfür begabter Ärzte und Gutachter war, tritt die moderne Psychiatrie, d. h. die ärztliche Seelenkunde, als *Lehrfach*.

Die moderne Psychiatrie ist in der Lage, Menschenkenntnis zu lehren und zu übermitteln. Was dies bedeutet, kann mit wenigen Worten ebenfalls nicht ausgeführt werden. Ich erinnere an die gesamte *Psychotherapie* (*Erwin Lief* hat den Satz aufgestellt, daß 75% der ärztlichen Tätigkeit Psychotherapie sei). Die Begriffe Erbgesundheit und Eheberatung einerseits, die gesamte Konstitutionsforschung andererseits und das große rätselhafte Problem der inneren Zusammenhänge von Seele, Hirn und Körper (das die Menschen unablässig beschäftigt hat, so lange es überhaupt denkende Menschen gibt) gehören in unser Gebiet; ebenso alles das, was ich als *„vegetative Menschenkenntnis“* (die Kenntnis von

den eigentlichen Lebensfunktionen, ihren zentralen Regulierungen, ihren Erscheinungen und Abläufen) bezeichnen möchte, und was gerade auch für die Begutachtung von so hervorragender Bedeutung ist.

Wir haben hier einerseits die körperlichen Erscheinungen von Affekt und Suggestion, andererseits die Gesamtheit der Einzelkonstitutionen, die individuellen Lebensabläufe, die Verschiedenheiten der individuellen Entwicklung, der Lebenshöhe und des Abstieges, gerade auch auf körperlichem Gebiet; das vorzeitige Altern und die reaktiven oder spontanen, vorübergehenden oder dauernden Vitalitätssenkungen verschiedenster Entstehung (die für die Invalidenbegutachtung von so großer Wichtigkeit sind); die Gesamtheit der individuellen und generellen Reaktionsdispositionen und Reaktionen, auch auf körperlichem Gebiet (die Neuropathien, die sog. vegetative Stigmatisation usw.). Nur derjenige ist Arzt und Gutachter, der auch *diese* Seite der Erscheinungen am gesunden, abnormen und kranken Menschen hinreichend beherrscht. Alles dies gehört aber ebenfalls zur modernen Psychiatrie und ist teilweise von ihr zuerst wissenschaftlich zur Sprache gebracht worden. Einerseits *reagieren* Seele und Körper, je nachdem, in einer individuell oft ungemein verschiedenen Weise auf eine Krankheit, einen Unfall oder sonstwie auf die Umwelt. Andererseits können vom *Psychischen* her *subjektive* Leidenszustände und krankheitsähnliche Erscheinungen aller Art auf körperlichem Gebiete entstehen (das Gebiet der sog. Neurosen); und es ist ein ebenso schwerer wie häufig begangener Fehler, wenn man Krankheit oder Verletzungsfolge mit abnormer seelischer Anlage und Reaktion verwechselt. Wenn immer und immer wieder, mit vollstem Recht, die Forderung erhoben wird, daß die Universitäten keine Mediziner, sondern *Ärzte* ausbilden sollen, - was heißt dies anderes als (neben der notwendigen Charakter- und Persönlichkeitserziehung) die Einführung des angehenden Arztes in die Lebensgeheimnisse der menschlichen Seele bzw. von Seele, Hirn und Körper, auch in ihren wechselvollen Beziehungen zur jeweiligen Umwelt und zur Krankheit. Es ist kein Zufall, daß gerade von der modernen Psychiatrie aus das Problem der inneren Zusammenhänge von Seele, Hirn und Körper mit Erfolg zuerst in Angriff genommen worden ist.

Warum erwähne ich dies hier so ausführlich? Wer mitten in der gegenwärtigen Unfall-, Invaliditäts- und Versorgungsbegutachtung steht (er braucht selbst nicht Arzt zu sein), der weiß, wo die meisten Begutachtungsfehler begangen werden: nämlich auf praktisch-psychologischem Gebiet.

Wir müssen hier nun zunächst die folgenden Tatsachen feststellen:

1. daß ein Großteil der Ärzte - einschließlich mancher akademischer Lehrer - bei weitem nicht die notwendigen Kenntnisse in der praktischen ärztlichen Psychologie und Psychotherapie besitzt,
2. daß dieses Gebiet im akademischen Unterrichtsplan bisher pflichtmäßig nicht vertreten war, wie überhaupt die Unterrichtszeit für die moderne Psychiatrie im akademischen Lehrplan unzureichend ist, und
3. daß die sog. *Begutachtungspsychologie* (eine Unterabteilung der ärztlichen Psychologie) im medizinischen Lehrplan ebenfalls noch nicht vertreten ist. Das Gesetz zwingt die Ärzte, Gutachten zu erstatten. Aber wie man dies tun muß und welche großen Gefahren und Fehler der Gutachter hier auf Schritt und Tritt vermeiden muß, dies ist bisher pflichtmäßig nicht

gelehrt worden (die maßgebenden Prüfungsordnungen und Studienpläne stammen noch aus den 20er Jahren dieses Jahrhunderts).

Es möge erlaubt sein, nur einige wenige Beispiele hier zu nennen. Wenn gesagt wird, daß etwa 90% aller Unfallschäden in das *chirurgische* Fachgebiet gehören, so sind doch *erstens* von diesen chirurgischen Verletzungen mehr als 10 % *Kopfverletzungen*, und von diesen wiederum haben 75% eine Hirnerschütterung oder sonstige Hirnschädigung, gehören also auch zur Psychiatrie und Neurologie. *Zweitens* aber sind auch die chirurgisch Verletzten Menschen mit verschiedenartigsten seelischen und körperlichen Anlagen und Reaktionsdispositionen. Es ist z. B. bekannt, daß im Bereich der Versicherungen die Knochen- und Gelenkverletzungen wesentlich langsamer und oft unvollständiger, mit erheblicherem Dauerdefekt und höherer (zum mindesten subjektiv empfundener) Erwerbsbeschränkung zur Ausheilung gelangen und überwunden werden als außerhalb der Versicherungspflicht. Also auch der Chirurg muß, schon aus diesem einen Grunde, als Arzt ein nicht geringes Maß von praktischer ärztlicher Menschenkenntnis besitzen; er muß alle die psychologischen Gefahren und fehlerhaften seelischen Einstellungen kennen und rechtzeitig erkennen, welche aus der mangelhaften seelischen oder körperlichen Anlage einerseits, dem Versichertsein andererseits entspringen, sowie einer ordnungsmäßigen und rechtzeitigen Heilung entgegenstehen.

Daß im Bereich von *Hirnerschütterung* und möglicher anatomischer dauernder Hirnschädigung schon an den erstbehandelnden Arzt und den ersten Gutachter besondere Fragen und Aufgaben herantreten, sowie daß bei ihm wesentliche Einzelkenntnisse erforderlich sind, ist ebenso bekannt wie die Erfahrung, daß noch gegenwärtig die Ärzte und Krankenhäuser in dieser Hinsicht zu einem sehr großen Teil versagen.

Ich erinnere ferner an *die ärztliche Bekämpfung des sog. medizinischen Aberglaubens*. wie er sich knüpft an Begriffe wie Nervenshock, Nervenerschütterung, Nervenzerrüttung, Nervenschwäche usw. durch Unfälle oder Schreckemotionen, oder an die Überschätzung von Hirnerschütterung und Schädelbruch im Publikum. Ein Arzt, der in seinem Gutachten oder sogar dem Patienten gegenüber einen (oft nicht einmal bewiesenen) sog. Nervenshock als Ursache eines jahrelangen Nervenleidens hinstellt, ist selbstverständlich ebenso wohl als Gutachter wie als praktischer ärztlicher Psychologe und ärztlicher Psychotherapeut unbrauchbar.

Es ist dementsprechend auch ärztlich-psychologisch nicht verständlich, wenn eine bestimmte Rechtsprechung, zum Teil zweifellos auf Grund unrichtiger medizinisch-psychologischer Voraussetzungen über Shockwirkung, immer wieder dazu hinneigt, eine jahrelange sog. Unfallneurose als legale entschädigungspflichtige Unfallfolge anzusehen. Tatsächlich sind die eigentlichen sog. Unfallneurosen weder kausale Unfallfolge noch überhaupt Krankheiten im medizinischen Sinne, sondern seelische oder seelisch-körperliche, vor allem auch charakterliche Minderwertigkeiten; und es entspricht nicht den allgemeinen Naturgesetzen, die Minderwertigen gegenüber den Vollwertigen allzu sehr zu begünstigen. Aber man stelle sich, abgesehen hiervon, nur vor: was es bedeutet, wenn solche grundsätzlich unrichtigen Anschauungen über den Nervenshock usw. tiefer in die Seele der Bevölkerung eindringen, und wenn dann z. B. sich bei uns, zu Beginn eines Krieges, nach Art einer gefährlichen psychischen Massenepidemie etwa der Massenaberglaube breitmacht,

man könne oder müsse durch ein heftiges Erschrecken oder durch einen harmlosen Stoß gegen den Kopf jahrelang oder zeitlebens schwer nervenleidend oder nervenkrank werden. Wenn wieder der Ernstfall eines Krieges eintreten sollte, dann dürfen an die bevorstehenden schweren Aufgaben unsere deutschen Volksgenossen nicht mit der geheimen Furcht herangehen, jedes heftige Erschrecken könne den einzelnen jahrelang nervenkrank machen; und dementsprechend muß auch schon im Frieden alles vermieden werden, was einer Unterstützung derartiger abergläubischer Ideen ähnlich sehen könnte. Wir haben ja schon im letzten Krieg das ungeheure Anwachsen von sog. Neurosen erlebt, die in Wirklichkeit großenteils eine Demoralisierung waren, unter der Maske von Krankheitsdiagnosen ; und dieser damalige Krieg hatte sich noch dazu außerhalb der Grenzen Deutschlands abgespielt. Damals aber, in den ersten Kriegsjahren seit 1914 und auch noch nach dem Kriege, gab es bei der großen Mehrzahl der Ärzte noch keine ärztlich-psychologischen Kenntnisse; und deshalb konnte keine zielbewußte Psychotherapie, keine seelische Erziehung und auch keine richtige Begutachtung durchgeführt werden. Immer und immer wieder hat der *Führer* eine *heroische Lebensauffassung* gefordert. Uns Ärzten fällt in dieser Hinsicht eine psychotherapeutische und vor allem vorbeugende Aufgabe zu, die weit größer ist, als viele Ärzte gegenwärtig auch nur ahnen. Um aber diesen Aufgaben gewachsen zu sein, dazu müssen wir Ärzte rechtzeitig und eingehend in einer richtig aufgebauten, verstandenen und anwendbaren ärztlichen Menschenkenntnis unterrichtet werden. Es muß also eine geeignete ärztlich-psychologische Unterweisung für die Medizinstudierenden auf den Universitäten erfolgen. Diese Art der ärztlichen Psychologie und Psychotherapie muß außerdem in ihren Grundzügen einheitlich sein; es gibt manche ‚praktische Psychologen‘, welche Ansichten vertreten, die man unserer akademischen Jugend besser nicht vorsetzt.

Hiermit sind aber die allgemeinen psychotherapeutischen Aufgaben des Arztes bei weitem noch nicht erschöpft. Einer der bedeutendsten Gegenwartsärzte, der kürzlich verstorbene *Ludolf von Krehl*, hat (wie wohl auch schon andere vor ihm) den Satz ausgesprochen: ‚*Krankheit ist nicht nur Schicksal, sondern auch Aufgabe*‘; und Reichsorganisationsleiter Dr. Ley hat neuerdings sehr eindeutig gesagt: Man könne ‚nicht dulden, daß jemand glaubt, Gesundheit sei Privatsache‘. Dies soll unter anderem heißen, daß der Kranke und der verletzt Gewesene selbst, an seinem Teil soviel wie möglich mitzuarbeiten hat, damit er wieder gesund und möglichst vollständig arbeitsfähig werde. Die Gemeinschaft darf und soll auch in dieser Hinsicht vom einzelnen etwas verlangen. Es besteht nicht nur ein Recht auf Arbeit, sondern auch eine Pflicht zur Arbeit und dementsprechend eine Pflicht zum persönlichen Mitarbeiten an der eigenen Gesundheit oder Heilung. Das Fehlen oder Unterentwickeltsein des Arbeitstriebs und des ernststen Arbeitswillens gehört zu den besonders schlimmen Anlagefehlern. Wiederum brauche ich nur das Wort ‚Unfallneurose‘ zu nennen, die sich auch unter zahlreichen anderen ärztlichen Diagnosen verbirgt und womit in unrichtiger oder mißverständlicher Weise gewisse reaktive seelische Einstellungen gemeint sind. Durch eine falsche Auffassung der Begriffe Nervenkrankheit, Nervenleiden, Nervenschwäche usw. tritt eine weitgehende Irreführung des Publikums ein. Ganz allgemein ist es eine ebenso schiefe wie weitverbreitete Ansicht gewisser ‚Patienten‘: Alles Heil nur vom Arzt, vom Heilverfahren und von der verordneten Medizin zu erwarten, während die Patienten selbst bezüglich der zu erwartenden Heilung die Hände in den Schoß legen zu dürfen glauben.

Um die sich aus der Tatsache des Versichertseins ergebenden, auf psychologischem Gebiet liegenden Mängel oder Schäden nach Möglichkeit zu bessern und den behandelnden Arzt psychotherapeutisch auszurüsten, dazu ist also vor allem auch ein geeigneter *praktisch-psychologischer* Unterricht der angehenden Ärzte und Gutachter notwendig. Ganz von selbst wird sich dann das ergeben, was zahlreiche Psychopathologen schon seit langem gefordert haben: eine geeignete *Psychopathenfürsorge*; und wenn kürzlich der Breslauer Psychiater *Johannes Lange* einen Arbeitsdienst für Berufsunfähige vorgeschlagen hat, so wird hier wohl an erster Stelle (unter ärztlich-psychologischer Kontrolle) ein Arbeitsdienst für antriebschwache Psychopathen einzurichten sein. Wir dürfen mit diesen Gedankengängen sogar noch weitergehen und dürfen hoffen, daß mit einer größeren Aufklärung des Publikums über die sog. Versicherungsneurosen auch eine *Besserung der Versicherungsheerlichkeit und Versicherungsethik*, d. h. also eine *erzieherische Wirkung* einhergeht. Wir müssen die Erkenntnis mehr in das Publikum tragen, daß gewisse sog. Nervenleiden und seelische Auffälligkeiten im Zusammenhang mit dem Versichertsein *keine Krankheiten im medizinischen Sinne* sind, sondern Zeichen von seelischer Unvollkommenheit oder Minderwertigkeit, wobei aber die Verantwortlichkeit des Patienten nicht aufgehoben ist. Welcher enorme Vorteil für das gesamte Begutachtungs- und überhaupt Versicherungswesen würde entstehen, wenn Übertreibung, Simulation, reaktive Antriebschwäche, hypochondrische Verzagtheit und hysterische Reaktion im Versicherungs- und Versorgungswesen auf ein erträgliches Maß zurückgeschraubt werden könnten! Der das gesamte menschliche Leben beherrschende Gegensatz zwischen den persönlichen Interessen des einzelnen und den Anforderungen, welche die Allgemeinheit stellt (was in allgemeinverständlicher Weise auf die kurze Formel ‚Gemeinnutz geht vor Eigennutz‘ gebracht worden ist), spielt selbstverständlich auch im Versicherungswesen eine ausschlaggebende und überragende Rolle.

Wir müssen versuchen, folgende grundsätzliche Vorstellung zum Allgemeingut der Bevölkerung zu erheben: Es ist nicht die ‚reiche‘ Berufsgenossenschaft, Versicherungsgesellschaft oder Reichsbahn, welche die Renten zahlen. Sondern die Renten *erarbeitet das gesamte deutsche Volk*. Und wer aus eigennützigen Motiven Krankengeld oder Rente beansprucht, ohne Rechtsanspruch darauf zu haben, der *schädigt das ganze deutsche Volk*. Wenn je der Gemeinschaftsgedanke unserer gegenwärtigen Weltanschauung noch weiter Platz greifen und sich fester einwurzeln soll, so ist dies im Bereich der *sozialen* Versicherung notwendig. Die gesetzlich Beauftragten des deutschen Volkes im Bereich der sozialen Versicherung sind zunächst die Versicherungsträger.

Als solche Beauftragte haben sie sich zu fühlen, und als solche Beauftragte sind sie auch allgemein anzuerkennen. Die gesetzlichen Rechtsprecher im Namen und Auftrag des deutschen Volkes sind die Richter, aber nicht die *medizinischen Sachverständigen*. Diese sind lediglich die Gehilfen der Richter und der Rechtsprechung und haben ausschließlich dafür besorgt zu sein, *daß ihre Gutachten richtig und unparteiisch sind*. Gelingt es, soweit menschenmöglich, das wirkliche Recht zu finden: meine Herren, wir sind wohl alle davon überzeugt, daß dann dem wirklich Kranken und Geschädigten noch wesentlich mehr als das ihm jetzt gesetzlich Zustehende gegeben werden könnte, ohne daß das deutsche Volk zu kurz kommt. Wiederum ergibt sich hier, daß die *Hauptverantwortung auf dem medizinischen Gutachter* liegt. Er muß deshalb zu allererst zum *wirklichen Gemeinschaftsgedanken* auch auf

dem Gebiete der Gutachtertätigkeit erzogen werden; und aus diesem Gemeinschaftsgedanken und Gemeinschaftserleben heraus muß er seine Gutachten abgeben.

Der große *Immanuel Kant* hat gesagt: ‚Handle so, daß die Maxime deines Willens jederzeit zugleich als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten kann‘; und Reichspressechef *Dr. Dietrich* bemerkt hierzu, daß er diesen Kantschen Satz für die geradezu klassische Formulierung nationalsozialistischer Ethik halte¹. Gibt es, m. H., eine bessere Wortfassung auch als Losung für die Einstellung als Gutachter?

So viel über die ethische Sendung des Arztes geschrieben worden ist, so wenig hat man über die ethische Sendung des Gutachters gelesen. Und doch gilt auch jetzt noch in dieser Hinsicht alles das, was vor 40 Jahren der unvergeßliche *Karl Thiem* in Kottbus gelehrt hatte, den man den Vater der Begutachtung genannt hat. Die Einstellung des medizinischen Gutachters ist eine geradezu grundsätzlich *andere* als die Einstellung des Arztes; und es blieb einigen marxistischen Ärzten in den zwanziger Jahren dieses Jahrhunderts vorbehalten, diese Unterschiede (leider zum Teil mit Erfolg) zu verwischen.

Die Gefahr, aus reiner Unkenntnis einer falschen gutachterlichen Einstellung zu verfallen, ist für den Arzt als Gutachter ungeheuer groß. Schon bei der Untersuchung des zu Begutachtenden muß anders vorgegangen werden als bei der Untersuchung eines Nur-Kranken. Schon hier muß der Gutachter ein reichliches Maß praktischer psychologischer Kenntnisse und Erfahrungen besitzen; und er muß die unendlich vielen psychologischen Gefahren kennen, denen er aus dem Wege zu gehen hat.

Vor allem aber geschehen *Fehler bei der Beweisführung*. Immer wieder tauchen die fehlerhaften Schlußfolgerungen im Sinne des post hoc ergo propter hoc oder der petitio principii auf; oder es werden unwahrscheinliche Hypothesen ad hoc konstruiert, um eine Kausalität bejahen zu können. Der Ursachenbegriff verlangt eine eingehende logische Schulung des angehenden Gutachters, ebenso die Unterscheidung in Denkmöglichkeit und tatsächliche medizinische Möglichkeit. Die Rechtsbegriffe ‚Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit‘, ‚wesentliche Teilursache und auslösende Gelegenheitsursache‘ sind zu erläutern; die Vermeidung des ungeeigneten Ausdruckes ‚Auslösung‘ im Gutachten ist anzustreben.

Dem angehenden Gutachter müßte dies alles doch erst einmal gründlich gelehrt werden, damit die gleichen typischen Fehler nicht immer wieder in den Gutachten begangen werden. Die Gefahren der Voreingenommenheit und des affektiv geleiteten Denkens sind im Unterricht zu zeigen. Nicht trockene Paragraphenkunde ist zu lehren, sondern lebendige und im Leben stehende Menschenkenntnis. Die gutachterliche Einstellung des ‚in dubio pro aegroto‘, so unhaltbar sie rechtlich ist, ist vielen Ärzten als Gutachtern derart in Fleisch und Blut übergegangen, daß sie gar nicht bemerken, wie sehr sie gegen den obersten Grundsatz der Unparteilichkeit fehlen. Dieses ‚in dubio pro aegroto‘ ist eine der hauptsächlichsten Ursachen für die gutachterlichen Meinungsverschiedenheiten: und jede neue Gutachtergeneration macht hier die gleichen typischen Fehler immer wieder. Man sieht - nebenbei bemerkt - hier besonders deutlich, *wie wenig die nur rein verstandesmäßige*

¹ Zitiert nach *Otfried Müller*: Grundsätzliches zum Kampf um ein besseres Arztum. Hippokrates-Verlag 1935.

Ausbildung des Gutachters ausreicht. Solche Fehler werden nicht verschwinden, solange nicht von Staats wegen ein geeigneter erzieherischer Unterricht und eine pflichtmäßige, jeden Zweifel ausschließende Gewissensschärfung für die angehenden Gutachter eingeführt wird. Ein Arzt - er mag ethisch sonst noch so hoch stehen - ist als Gutachter ungeeignet, wenn er nicht stets dessen eingedenk ist, daß er als Gutachter es mit zwei völlig gleich berechtigten Parteien zu tun hat. Er darf weder die eine noch die andere begünstigen. Wer nicht ständig den Kampf in sich fühlt zwischen ärztlichem Mitleid und Streben nach gutachterlicher Unparteilichkeit, ist kein Gutachter. Die Gutachter haben sich in gleicher Weise, wie den zu Begutachtenden gegenüber, so auch der Gemeinschaft, d. h. dem deutschen Volke gegenüber verantwortlich zu fühlen.

Ob soziale oder private, gerichtliche oder Erbgesundheitsbegutachtung: Der gutachterliche Standpunkt der völligsten Unparteilichkeit ist stets der gleiche.

Der Gutachter hüte sich namentlich vor einem Mitleid aus falscher Humanität.

Nur derjenige Arzt ist Gutachter, der nach beiden Seiten hin die volle Verantwortung zu tragen bereit ist. Die Worte, welche der Führer in seiner berühmten Reichstagsrede vom 30. Januar 1937 an Rechtswissenschaft und Rechtsprechung gerichtet hat: ‚Es ist die Aufgabe der Justiz, mitzuhelfen an der Erhaltung und Sicherung des Volkes vor jenen Elementen, die sich als Asoziale entweder den gemeinsamen Verpflichtungen zu entziehen trachten oder sich an diesen Interessen versündigen‘, diese Worte haben selbstverständlich auch für die soziale Versicherung und für die medizinischen Sachverständigen, als die Gehilfen der Richter, vollste Geltung. Daß bei alledem der medizinische Sachverständige auch Arzt sein kann, dies ist eine Kunst, die gar nicht so schwer zu erlernen ist, wenn man den richtigen Weg, nämlich die richtige Art der Psychotherapie weiß oder gelehrt bekommt. Nur müssen hierin alle Ärzte einer Ansicht sein und müssen auch von der Rechtsprechung unterstützt werden. Es dürfen nicht die einen Ärzte das wieder einreißen, was die anderen Ärzte aufzubauen sich bemühen. Eine richtig verstandene und angewendete ärztliche Psychologie und Psychotherapie beseitigt auch den viel getadelten Gegensatz zwischen ‚Arzt und Mediziner‘ und schafft die ‚Krisen der Medizin‘ aus der Welt.

Wir haben es also auch hier mit psychologischen und charakterlichen Fragen und Gebieten zu tun; unter anderem mit dem Problem der Selbsterkenntnis, der ernsten Selbstprüfung und Selbsterziehung, gerade auf dem Gebiete der Gutachtertätigkeit. Dies ist das eigentliche Gebiet der sog. ‚*Begutachtungspsychologie*‘, d. h. der Lehre von der seelischen Verfassung und Einstellung einerseits des zu Begutachtenden, andererseits des Gutachters selbst. Eine zusammenfassende ‚Psychologie des Gutachters‘ ist meines Wissens bis jetzt noch nicht geschrieben worden. Ich hoffe, daß sie in absehbarer Zeit geschrieben werden wird. Zweifellos führt eine solche geforderte und angestrebte psychologische Ausbildung auch zur Selbstschulung und ernsten Selbsterziehung; und diese wieder ist die beste psychologische Vorbildung für das Arzttum überhaupt. Ich kann mir ein Arztsein ohne geeignete und richtige praktische Psychologie nicht vorstellen. Dementsprechend ist auch die Anschauung mancher Gerichte falsch, als ob die Höhe der intellektuellen medizinischen Ausbildung allein die Gewähr dafür biete, daß ein einwandfreies Gutachten entsteht.

Der angehende Gutachter braucht eine besondere *verstandesmäßige* und eine besondere *charakterliche* Erziehung. Zu heilen gibt ihm eine richtig verstandene ärztliche Psychologie die Unterlagen. Um unsere gutachterlichen Anschauungen, Überzeugungen und Reformen durchzuführen, dazu benötigen wir aber naturgemäß auch die Hilfe der Reichsregierung, der Reichsärztekammer, der Rechtsprechung und auch der medizinischen Wissenschaft.

Ich glaube im Sinne vieler Anwesenden zu sprechen, wenn ich von dieser Stelle aus die Reichsregierung bitte: bei der Ausarbeitung eines neuen medizinischen Studienplanes und einer neuen Prüfungsordnung auch der ärztlichen Psychologie und der Begutachtungspsychologie, einschließlich der notwendigen Charakterausbildung für den angehenden Gutachter, den ihnen zugehörigen Platz zuzuweisen.

An die medizinische Wissenschaft richten wir die Bitte: bezüglich gewisser, täglich gebrauchter medizinischer und besonders psychologischer Bezeichnungen zu einer größeren Einheitlichkeit und Genauigkeit zu gelangen (z. B. Psychogenie, Hysterie, Neurose, Nervosität, Neurasthenie, Nervenschwäche). Ferner muß sich die medizinische Wissenschaft über einen *medizinischen Krankheitsbegriff* einig werden. Daß die hier entstehenden Schwierigkeiten besonders groß sind, ist bekannt. Aber man sollte wenigstens das, was bestimmt keine Krankheit im medizinischen Sinne ist, nicht ‚Krankheit‘ im medizinischen Sinne nennen; nämlich die psychopathischen und neuropathischen minderwertigen (bionegativen, unzweckmäßigen, schädlichen) Eigenschaften und abnormen seelischen Reaktionen. Gerade derartige Abwegigkeiten müssen wir Ärzte geschlossen beim richtigen Namen nennen und dürfen sie nicht mit ungeeigneten Bezeichnungen wie Krankheit und Kranksein beschönigen und verdecken. Die geeignete erzieherische ärztliche Psychotherapie ergibt sich dann von selbst. Daß aber zu alledem sehr viel praktische Psychologie notwendig ist, ist gleichfalls selbstverständlich.

Drittens erscheint mir notwendig die Schaffung eines *kleinen allgemeingültigen Lehrbuches*, einer Art von maßgebendem Gutachterkatechismus, der in gedrängter Kürze alles das bringt, was jeder Arzt als Gutachter wissen muß; und worin namentlich alles das hervorgehoben wird, was das Spezifische und Charakteristische der Gutachtertätigkeit ist. *Wir Ärzte müssen unbedingt zu größerer Einheitlichkeit auf gutachterlichem Gebiet gelangen; und zwar brauchen wir die absolute Festlegung einzelner Grundsätze*, die von keinem medizinischen Gutachter, zum mindesten nicht ohne eingehendste Begründung, verlassen werden dürfen. Die Mehrzahl der gutachterlichen Meinungsverschiedenheiten entspringt nicht Differenzen in der verstandesmäßigen (d. h. wissenschaftlichen) Auffassung, sondern verschiedenen tiefenseelischen Einflüssen und Einstellungen, wie überhaupt hinter dem Gutachten die gesamte Persönlichkeit des Gutachters steht (oder stehen sollte). Der rein wissenschaftliche Teil eines solchen Gutachterkatechismus wird sich selbstverständlich in elastischer Weise stets den Fortschritten der wissenschaftlichen Erkenntnis anzupassen haben. Alles Grundsätzliche aber, namentlich alles in das charakterliche Gebiet Hineinreichende, müßte demgegenüber um so unerschütterlicher feststehen und eine allgemein bindende Kraft besitzen.

Viertens endlich habe ich noch einen Wunsch zu äußern, sobald unser Vaterland einigermaßen Geldmittel zur Verfügung hat. Deutschland braucht ein *klinisch-anatomisches* (nicht nur anatomisches!) Forschungsinstitut für Hirnverletzungen und deren Begutachtung,

d. h. also ein *Hirnforschungsinstitut nur für die Bedürfnisse der Unfallbegutachtung*. Denn auf diesem klinischen Gebiet der traumatischen Hirnschädigungen (oder ihres Nichtvorhandenseins in dem betreffenden Begutachtungsfall) sind die diagnostischen und gutachterlichen Unsicherheiten noch ganz besonders groß.

Andererseits sind die Kopfverletzungen, Hirnerschütterungen und möglichen dauernden Hirnschädigungen derart häufig (über 10 % aller Unfälle), daß diagnostische Fehler auf diesem Gebiet auch zahlenmäßig schwer in die Waagschale fallen.

Am Schluß meiner Ausführungen darf ich wohl im Namen unserer Gesellschaft die Versicherung abgeben, daß wir alle, an unserem Platz, mit festem und ernstestem Vorsatz und durch die Tat bestrebt sein wollen, an unserem Teil mitzuarbeiten an der Erfüllung der großen Aufgaben und Ziele, welche der Führer uns gewiesen hat und weiter zeigen wird, zum Wohl unseres geliebten deutschen Vaterlandes.

Quelle: DGU-Archiv