

Was ist nur mit uns Ärzten los? ¹

Nachdenken über die Folgen der gutachterlichen Tätigkeit auf unseren Berufsstand

Von Andreas Manz

Ich habe ein Unbehagen. Das will ich formulieren. Das Unbehagen dreht sich um die gutachterliche Tätigkeit von uns Ärzten. Was geschieht bei der zunehmenden Gutachterflut mit unserem Berufsstand in inhaltlicher, kommunikativer und moralischer Hinsicht? Was passiert mit dem Standard unserer moralischen Integrität, unserer gegenseitigen Kommunikation, unserer Wertvorstellungen, was in unserem Beruf unsere Aufgabe sei. Früher mussten wir den hippokratischen Eid ² schwören. Heute gilt es als selbstverständlich, dass wir uns bewusst sind, dass unsere hauptsächliche Aufgabe darin besteht, Menschen in Not zu helfen und alles zu tun, damit Krankheiten gelindert werden können. Wie verändert das Gutachterwesen diese grundsätzliche Klarheit?

Schon immer haben Ärzte Gutachten verfasst. Es ist ein Phänomen in unserer Gesellschaft, dass viele Menschen Mühe haben, Verantwortung zu tragen und Entscheidungen zu fällen. Man will sich nach allen Seiten absichern und abstützen. Dies führt dazu, dass wir in allen Bereichen unserer Gesellschaft eine Zunahme von Gutachten feststellen. In der Medizin ist es zu einer wahren Flut an Gutachten gekommen. So ist es auch nicht erstaunlich, dass viele Kollegen ihre gutachterliche Tätigkeit ins berufliche Zentrum stellen oder zu mindestens zu einem gewichtigen Teil davon gemacht haben.

Nun gibt die Gutachtertätigkeit dem Arzt ein grundsätzliches Problem auf: Es liegt in der Natur der Sache, dass bei dem Erstellen eines Gutachtens nicht die Therapie des Patienten im Vordergrund steht, sondern die Beurteilung des Patienten aufgrund eines Fragekataloges. Ein Auftraggeber eines Gutachtens ist an der Klärung gewisser Fragen interessiert. Nicht immer stehen diese Fragen auch im Interesse des Patienten. Darf ein Arzt seine Tätigkeit zum Nachteil eines Notleidenden einsetzen? Kann ein Arzt bloss zum Urteilen eingesetzt werden, ohne Verantwortung für die Behandlung zu übernehmen? Heute sind behandelnde und die gutachterlich beurteilenden Ärzte meist nicht die Selben. In einem unglücklichen Grundsatzentscheid hat das Bundesgericht festgestellt, dass der behandelnde Arzt ein Befangener sei und daher als Gutachter nicht in Frage komme. Ich will nun nicht auf dieses Problem eingehen sondern ich will auf mein Unbehagen zu sprechen kommen, das ich gegenüber den gutachterlich tätigen Kollegen habe. Das Unbehagen gründet sich auf verschiedene Erfahrungen. Ich will sie der Reihe nach umschreiben:

1. Die Diskussionsebene: zum Erstellen eines Gutachtens benötigen wir viel Information über den Patienten. Einen Teil davon erhalten wir durch die Auswertung der bisherigen Akten, einen anderen Teil aus der eigenen Exploration. Die Exploration besteht in der Psychiatrie meistens aus einer einstündigen Befragung des Patienten. Manchmal dauert diese auch 90 Minuten. Ich habe noch nie erlebt, dass Gutachter auch Angehörige oder Elemente des sozialen Umfelds befragt

¹ Ich habe den Artikel im Juli 2010 geschrieben. Es gab dazu keinen konkreten Anlass.

² ...ich werde ärztliche Verordnungen treffen zum Nutzen der Kranken nach meiner Fähigkeit und meinem Urteil. Hüten werde ich mich aber davor, sie zum Schaden und in unrechter Weise anzuwenden.....

haben. Ich habe leider, und hier gründet sich das Unbehagen, auch noch nie erlebt, dass ich als behandelnder Psychiater von einem Gutachter angerufen wurde. Das ist aber ein erstaunliches Phänomen. In der Regel haben wir bei allen Wissenschaften, je länger wir uns mit dem Subjekt befassen und je detaillierter unser Wissen wird, stets mehr Fragen als zuvor. Nicht so der Gutachter. Er weiss nach einer einstündigem Exploration einiges über den ihm vis-a-vis sitzenden Menschen. Er hat sich ein Bild gemacht, hat Theorien im Kopf gebildet über die Natur des präsentierten Leidens und die Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Aber er hat mit Sicherheit noch ganz viele offene Fragen. Wie geht er mit diesen um? Er kann die Akten zu Rate ziehen. Er könnte eigentlich den behandelnden Kollegen anrufen, der den Patienten ja seit vielen Jahren und in ganz unterschiedlichen Situationen kennen gelernt hat und der noch wesentlich mehr über den Patienten weiss, als dies bei einer einstündigem Gespräch dem gutachterlich tätigen Kollegen möglich ist, herauszufinden. Aber wieso geschieht dies so selten? Man kann hier wirtschaftliche Gründe anfügen. Es ist nicht ganz einfach, den Kollegen oder die Kollegin ans Telefon zu kriegen, insbesondere in der Psychiatrie nicht. Man könnte dies aber auch in schriftlicher Form tun. Das Gutachten dauert häufig viele Monate, bis es erstellt ist und es ist nicht einzusehen, weshalb die Diskussion mit dem behandelnden Kollegen nicht darin Platz haben sollte?

2. Die Explorationszahl: es ist mir unerklärbar, wie Gutachter noch einen einstündigem Exploration ohne Fremdanamnese sich ein Urteil über einen Menschen bilden können. Je länger ich einen Patienten kenne, desto mehr Fragen bezüglich der Diagnostik stellen sich mir. Ich weiss meistens nach einem Jahr weniger genau, wie ich einen Patienten beurteilen soll, als ich dies vielleicht nach einer Stunde gemeint hatte, tun zu können. Dies müsste eigentlich einem Gutachter ähnlich gehen. Ich weiss zwar, dass der Gutachter viel Erfahrung hat, Menschen rasch zu erfassen. Aber hinter diese Erfassungsbegabung muss doch auch gewisses Fragezeichen gesetzt werden. Wieso bestellen Gutachter die Patienten nicht ein zweites oder drittes Mal ein, insbesondere dann nochmals, wenn sie vielleicht mit dem behandelnden Kollegen gesprochen haben. Wieso sagen sie dem Explorand nie: „Bitte bringen Sie mir das nächste Mal Ihren Partner mit, ich habe noch gewisse Fragen an ihn zu stellen“?
3. Die eigene Sprache: Es fällt mir auf, dass die gutachterlich tätigen Kollegen sich immer mehr zu einer eigenen Fachdisziplin zusammenschliessen. Es gibt heute eine Gesellschaft für Versicherungsmedizin. Es gibt Diplome, die man als Fachmann für Versicherungsmedizin erwerben kann. Sachlich habe ich eigentlich nichts dagegen, dass man das Gutachterhandwerk genauer erlernen kann und soll. Ich habe aber sehr viel dagegen, dass sich daraus eine eigene Sprache entwickelt, dass die Versicherungsmedizin sich als etwas anderes versteht als Medizin im Allgemeinen. Die Versicherungsmedizin kann sich nicht von der Generalsmaxime des Arztes verabschieden, dass er in erster Linie den Patienten zu helfen hat. Auch ein Gutachten könnte in diesem Sinne verstanden werden und in erster Linie darüber Auskunft geben, wie einem Menschen zu helfen sei, wie das Leiden zu verstehen sei, auch wenn das Gutachten dann in die Frage der Versicherung gipfelt, wie die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen sei. Wenn der Gutachter sich nicht von seiner ärztlichen Ethik verabschiedet hat, muss er nämlich später überprüfen, ob seine Behauptungen, dass mit diesen oder jenen Einstellungsänderungen die Arbeitsfähigkeit sich verbessern könnte, auch umsetzbar gewesen sind. Allzu oft erlebe ich im Gutachten relativ abstruse Vorstellungen,

wie und welche Arbeit einem Menschen noch zumutbar wäre. Dies liest sich häufig als sehr zynisch, da sowohl der Gutachter als auch der behandelnde Arzt doch wissen, dass diese Form von Arbeit in der heutigen Wirtschaft so nicht zu haben ist. Ich habe in einem anderen Artikel über die gesellschaftliche Produktivität von Invalidität hingewiesen. Auch Gutachter können nicht ausser Acht lassen, dass unsere gesellschaftliche Entwicklung damit verbunden ist, dass in ganz grundsätzlicher Weise immer mehr Menschen dem Leistungsniveau nicht mehr gewachsen sind. Diese Menschen sind häufig die Kunden von versicherungsrechtlichen Gutachten. Die begutachtenden Kollegen können den gesellschaftlichen Zusammenhang nicht ausblenden, aus ethischen und vor allem aus ärztlichen Gründen nicht. Die Disziplin der Versicherungsmedizin ist hiermit also zu hinterfragen. Es ist sehr zu hinterfragen, ob die Sprachschwierigkeiten mit den anderen Ärzten grösser werden sollen oder ob die Sprachschwierigkeiten mit den Juristen, die in der gutachterlichen Tätigkeit angelegt sind, nicht ausgehalten werden sollten.

4. Das helvetische Schleudertrauma, oder was tun, wenn wir etwas nicht erklären können?: ich will anhand von einem Beispiel, das in den letzten Jahren viel zu reden gab, auf die Problematik eingehen, die mit dem Nichtwissen verbunden ist. Die Tatsache, dass wir ein Leiden nur ungenügend verstehen können, ist Teil unseres ärztlichen Alltags. Auch der Gutachter muss sich damit auseinandersetzen. Auch er muss klar die Limiten seiner Beurteilungsfähigkeit sehen. Er muss vor allem unterscheiden können, oder er sich ein Urteil über das Leiden des Patienten oder ein Urteil über die genaue Herleitung dieses Leidens machen kann. Ich weiss, dass der Auftraggeber dies vom Gutachter verlangt. Wir müssen aber nicht willfährig die Lakaien der Auftraggeber sein, sondern wir müssen bei der Objektivität bleiben. Häufig ist es uns nicht möglich, die Genese des Leidens klar zu umschreiben, klare Diagnosen zu stellen, auch wenn wir vom Leiden an sich überzeugt sind. Oder wir haben zwar Diagnosen aber das psychopathologische Bild, das hinter der Diagnose steht, ist unklar. Am Beispiel des Schleudertraumas kann dies gut illustriert werden. Es ist ganz unzweifelhaft, dass nach Auffahrtskollisionen einige Menschen ein Leben lang gezeichnet bleiben. Sie haben Schmerzen, sie haben Konzentrationsprobleme, ihre Leistungsfähigkeit ist stark eingebrochen. Es handelt sich häufig um Menschen, die zuvor im Beruf sehr leistungsorientiert waren. Diese merken häufig besonders gut, wenn an ihrer Leistungsfähigkeit eine qualitative und quantitative Einschränkung entstanden ist. Ich habe sicher ein Dutzend solcher Patienten begutachtet und die meisten davon auch langjährig behandelt. Ich kann aus Erfahrung sagen, dass die Menschen wirklich leiden, dass das Leiden alles andere als vorgetäuscht ist und dass ich auch nach noch so vielen Jahren nicht erklären kann, wie der pathologische Mechanismus des Schleudertraumas funktioniert. Ich weiss nicht, ob es sich um eine hirnstrukturelle Problematik handelt oder ob die tiefen Bänder der Halswirbelsäule die komplexen Beschwerden verursachen. Ich weiss nicht, ob das Problem in der Schmerzverarbeitung liegt, ob es sich um ein psychologisches Problem handelt oder ein neurobiologisches. Ich habe zwar meine eigenen Theorien darüber entwickelt, die hier nicht vorgetragen werden sollen, aber ich muss im Wesentlichen sagen, dass ich es nicht weiss. Das Nichtwissen gilt auch bei vielen anderen Krankheiten, die uns besonders grosse Schwierigkeiten bereiten. Nun muss ich feststellen, dass in der Versicherungsmedizin Bestrebungen im Gange sind, solche schwer fassbaren Leiden zu negieren. Die Versicherungsmediziner beschliessen in Zusammenarbeit mit dem Bundesgericht, dass es das Schleudertrauma gar nicht gibt, dass es somatoforme

Schmerzstörungen nicht gibt, dass es die schweren Formen von Fibromyalgie nicht geben kann. Ich kann verstehen, dass ohne klare psychopathologische Mechanik solche Leiden schwer fassbar sind. Mit dem Nichtwissen einfach so umzugehen, dass man es negiert, ist zynisch und feige.

Schon oft habe ich in Fachartikeln gelesen, dass es das Schleudertrauma in dieser Zahl nur in der Schweiz gäbe. Daraus wird abgeleitet, dass sich die Menschen ihre Beschwerden einbilden. Ich glaube, dass es dafür eine ganz simple und nicht medizinische Erklärung gibt: wir Schweizer sind Weltmeister im Versichern. Dahinter steht die Überzeugung, dass wir in der Zeit, in denen es uns gut geht, Geld ausgeben, um Vorsorge geleistet zu haben, falls es uns einmal nicht gut geht. Wir wollen uns in der Unglücks-Situation nicht mit finanziellen Schwierigkeiten herumschlagen müssen. Es ist uns genug, wenn wir uns dann mit den Folgen des Unglücks oder der Krankheit auseinandersetzen müssen. Hinter dieser Mentalität steht eine ganze blühende Branche. Unsere Versicherungsmentalität ist für einen ganzen Wirtschaftszweig sehr lukrativ geworden. Wenn dann das Unglück aber geschieht, will plötzlich niemand mehr etwas von der Leistungspflicht wissen. Wenn in Portugal oder in Usbekistan viel weniger Schleudertraumas festzustellen sind, hat das wohl mit der mangelhaften Versicherungssituation und auch damit zu tun, dass die Menschen in einer ganz anderen Weise in ihrer Gesellschaft eingebunden sind. Die damit erworbenen Beeinträchtigungen führen vermutlich in Griechenland viel seltener zu einem Verlust der Arbeit und Erwerbsfähigkeit, weil das Stressniveau dort ein ganz anderes ist. Ich habe in einem anderen Artikel auf dieses Phänomen hingewiesen.

5. In welchem Dienst stets der Gutachter? Der Gutachter erhält seinen Auftrag meistens von einer Versicherung. Dieser Auftraggeber bezahlt den Gutachter und daraus ergeben sich zumindest formal die erste Schwierigkeit. Ich glaube, dass die meisten Ärzte mit der Schwierigkeit umgehen können, dass sie vom auftraggebenden Patienten resp seiner Krankenkasse bezahlt werden. Wir sind es gewohnt, unsere objektive Meinung zu bilden, unabhängig davon, wer uns für die erbrachte Leistung tatsächlich bezahlt. Dazu sind auch die Sozialversicherungen eingerichtet, dass das Verhältnis zwischen Patient und Arzt nicht in erster Linie ein finanzielles ist. Wenn die Dienstleistung des Arztberufes, der für einen Dienst bezahlt wird, in den Vordergrund gerückt wird, ist es zu Ende mit unserem Beruf. Bei den heutigen Gutachtern ist hier aber Zweifel an ihrer Unabhängigkeit erlaubt. Drei Gründe gibt es aufzuzählen, die Unabhängigkeit der Gutachter ernsthaft in Zweifel ziehen lässt.

Zum einen habe ich bei Meinungsverschiedenheiten zwischen dem behandelnden Arzt und dem Gutachter noch nie erlebt, dass der Gutachter für mehr Arbeitsunfähigkeit und für weniger Krankheit ist als der behandelnde Arzt plädiert. Der Gutachter urteilt in der Regel immer versicherungsfreundlicher als der behandelnde Arzt. Diese Regelmässigkeit lässt Zweifel darüber aufkommen, ob es sich einfach um Meinungsverschiedenheiten handelt oder ob die Meinungsverschiedenheit eine klare Ursache hat, nämlich die finanzielle Abhängigkeit vom Auftraggeber.

Der zweite Grund, an der Neutralität von Gutachtern zu zweifeln, ist die mangelhafte Sachlichkeit eines Gutachters. Wenn es dem Gutachter um das Finden von Wahrheit ginge, müsste er viel mehr Aufwand betreiben, was er in der Regel nicht tut. Er müsste den Exploranden drei bis vier mal einbestellen, müsste mit dem Umfeld sprechen, er müsste mit Sicherheit mit den wesentlichen behandelnden Ärzten das Gespräch suchen. Es kann nicht sein, dass er keine

Fragen hat, die solche zusätzlichen Informationen notwendig machen würden. Dass er das aber nicht tut, lässt nur den Schluss zu, dass er am liebsten eine vorgefasste Meinung zu Papier bringt und das Gespräch mit dem Patienten lediglich dazu benutzt, um Gründe zu suchen, um das Leistungsbegehren in Zweifel zu ziehen. Nach diesem Strickmuster sind die Gutachten meist verfasst. Aufgrund dieser und jener Äusserung oder diesem oder jenem Bericht wird der Krankheitswert des fraglichen Leidens bezweifelt. Oft wird eine relativ abstruse Arbeitsfähigkeit konstruiert (wechselbelastende Arbeiten zwei Stunden am Vormittag und zwei am Nachmittag = 50% arbeitsfähig). Diese werden nicht nachkontrolliert, sie werden nicht an der Wirklichkeit gemessen, sie werden nicht mit den behandelnden Ärzten oder den Angehörigen besprochen, die jahrelange Erfahrung mit dem Exploranden haben. Das Urteil wird einfach in die Luft gesetzt und dient dem einzigen Zweck, dem Auftraggeber ein für ihn positives Urteil abzuliefern.

In diesem Zusammenhang spielt die Honorarhöhe der Gutachter eine wesentliche Rolle, dass man an der Objektivität zweifeln muss. Ein polydisziplinäres Gutachten wird pauschal mit 9'000 Franken vergütet. Ich habe verschiedene solche Gutachten bei meinen Patienten erlebt und habe verschiedentlich versucht, aufgrund der Schilderungen der Patienten, wie solche Begutachtungen konkret abgelaufen seien und aufgrund des Gutachtens selber, das ich später las, die Bemühungen der Gutachter abzuschätzen, mit wieviel Zeitaufwand das Erstellen des Gutachtens verbunden war. Ich bin im Durchschnitt auf circa 20 Stunden pro Gutachten gekommen. Das ergibt ein Stunden-Honorar von 450 Fr., was mehr als das Doppelte ist, das ein Psychiater in seiner fachärztlichen Tätigkeit erwirtschaftet. Hier sind leider die Gutachter in den begründeten Verdacht gekommen, dass sie aus finanziellen Erwägungen gutachterlich tätig sind und dass der Auftragszufluss natürlich nur dann gewährleistet bleibt, wenn die Gutachten entsprechend versicherungsfreundlich ausfallen. Die Gutachter sind in eine finanzielle Abhängigkeit geraten

Wenn ich die lange Liste von Kollegen lese, die sich in Gutachtervereinigungen zusammengefunden haben, werde ich traurig und ich frage mich, weshalb so viele Kollegen sich als käuflich erwiesen haben.