

Grundsätzliche Dimensionen der ärztlichen Gutachtertätigkeit

von Andreas Manz¹

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 dessen Beurteilung 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 und die Befindlichkeit des Patienten zu übernehmen? Heute sind behandelnde und die gutachterlich beurteilenden Ärzte meist nicht dieselben. In einem Grundsatzentscheid hat das Bundesgericht festgestellt, dass der behandelnde Arzt ein Befangener sei und daher als Gutachter nicht in Frage komme.

Die nachfolgenden Ausführungen gliedern sich in drei Teile:

In einem ersten Teil umreisse ich meine grundsätzlichen Überlegungen zur ärztlichen Gutachtertätigkeit und formuliere und begründe mein Unbehagen. In einem zweiten Teil befasse ich mich mit Hintergrundsüberlegungen, die meine Position vielleicht besser erklären, ihnen eine weitere Dimension verleihen sollen. In einem dritten Teil befasse ich mich mit den gut durchdachten, aber von mir sich unterscheidenden Positionen meines Freundes Ruedi Stöckli. Diese Diskussion war auch der Anlass dieses Aufsatzes.

Ein gemeinsames Positionspapier ist in Bearbeitung.

¹ Ich habe den Artikel im Juli 2016 in Paros geschrieben. Er baut auf einem Artikel aus dem Jahre 2010 auf, dem ich den Titel „Was ist nur mit uns Ärzten los?“ gab. Der Anlass, dieses Thema der ärztlichen Gutachtertätigkeit erneut hervor zu nehmen und neu zu bearbeiten, waren Diskussionen mit meinem Freund Ruedi Stöckli, Neurologe in Liestal. Ruedi Stöckli hat sich über Jahrzehnte in der Ausbildung der Gutachter engagiert und verfasst absolut seriöse und nützliche Gutachten. Trotz meiner Diskussion mit diesem vorbildlichen Gutachter habe ich in den letzten Jahren in grundlegender Weise meine Bedenken über die Gutachtertätigkeit der Ärzte nie ausräumen können.
Dieser Artikel formuliert meine Position und diente als Grundlage für die Diskussion mit Ruedi Stöckli.

I. Teil

A Die ärztliche Position

Die ärztliche Tätigkeit basiert auf einer beispiellosen Grenzverletzung gegenüber der Integrität des Menschen, sowohl auf körperlicher als auf seelischer Ebene. Nur ein Arzt darf einen Menschen überall betasten, wo er es für notwendig hält. Nur er darf den Menschen mit Wellen durchleuchten, Blut abzapfen und untersuchen oder Fragen stellen, die sich niemand anders getrauen würde. Aber – wieso darf das der Arzt? Wer hat ihm die Erlaubnis dafür gegeben? Wir können antworten, dass der einzelne Patient ihm die Erlaubnis gibt. Das stimmt, greift aber zu kurz. Der Patient gibt dem Arzt die Erlaubnis, weil er annimmt, der Arzt handle zu seinem Wohle und weil alle Ärzte eine Art Generalerlaubnis haben, zum Patientenwohl gegebenenfalls Grenzen zu verletzen, die sie nur in Ausübung ihres ärztlichen Berufes überschreiten. Ich würde nie meine Freunde Dinge fragen, die ich meine Patienten frage. Hinter dieser Erlaubnis, Grenzen verletzen zu dürfen, steht eine uralte Übereinkunft zwischen den Menschen und den Mitgliedern des ärztlichen Berufs, dass diese diese Grenzen zum Wohle des Patienten verletzen dürfen, ja sogar müssen. Dies „ZUM WOHL DES PATIENTEN“ ist der alles bestimmende Grundvertrag. Hippokrates hat darüber angeblich schon nachgedacht und darauf fusst der hippokratische Eid, der heute nicht mehr geschworen wird, weil diese Grundtatsache allen bekannt ist². Nur die Ärzte dürfen eine Grenze beim Menschen überschreiten. Andere Berufsgattungen möchten dies manchmal auch. So würden gerne Richter tiefer in den Angeklagten eindringen, dürfen es aber nicht. Das ist ein wesentlicher Grund für die vielen Gutachteraufträge an die Ärzte. Aber – dürfen diese das, was sie so selbstverständlich erledigen, im Auftrage der Richter? Die Beantwortung der Frage ist geknüpft an gewisse Bedingungen. Das Wohl des Patienten ist eine unbedingte. Nun stellt sich die Frage, ob das Wohl vom Gutachter auch dann verfolgt werden kann, wenn der Untersuchte nicht explizit die Beurteilung wünscht, sondern er dazu von einer Drittstelle genötigt wird? Darüber müssen wir genauer nachdenken. Ich habe da keine abschliessende Antwort. Auf alle Fälle müssen wir Ärzte genau darauf achten, dass wir uns von anderen Interessen der Gesellschaft nicht missbrauchen lassen.

² Hippokrates von Kos (460 – 370 v.Chr) gilt als der Begründer der medizinischen Ethik. Eine modernisierte Form des ärztlichen Versprechens wurde in der „Genfer Deklaration“ des Weltärztebundes erstmals 1948 vorgelegt.

B Die Wissensproblematik

1. Die Relativität von Wissen

Dass unser Wissen relativ ist, wissen wir alle. Die Wissensproblematik durchzieht denn auch die Philosophie und andere Geisteswissenschaften seit es Aufzeichnungen gibt. Sokrates berühmter Ausspruch „Ich weiss, dass ich nichts weiss, und auch das nur ungenau“³ oder Faustens Gejammer „Und sehe, dass wir nichts wissen können. Das will mir fast das Herz verbrennen“ sind uns in den Ohren. Karl Popper hat in eindrucklicher Weise das Nichtwissen in den Naturwissenschaften thematisiert und F.A. Hayek mahnte die Sozialwissenschaften ein Leben lang, dass diese sich mit komplexen Phänomenen befassen, deren Daten stets unscharf oder wenig bekannt sind und deren Variablen derart vielfältig seien, dass sie sich einer an die Naturwissenschaften angelehnten Untersuchungsmethodik entziehen würden. Würde man diese Tatsache übergehen, können keine sinnvollen Ergebnisse aus den so objektiv daher kommenden Untersuchungen resultieren. Es entspricht auch unserer Erfahrung, dass, je tiefer wir in ein Wissensgebiet eindringen, desto grösser wird die Anzahl der unbeantworteten Fragen. Die Vermehrung des Wissens hat die paradoxe Wirkung, dass gleichzeitig unser Unwissen zunimmt. Die Zunahme des Unwissen übertrifft unfreundlicher Weise die Wissenszunahme. Das hat eine beleidigende Seite, die herausfordert.

Was sind nun die Folgen dieser betrüblichen Tatsache für unseren ärztlichen Beruf? Wir wissen viel, einige sogar sehr viel – aber, damit ist unser Wissen um unser Unwissen auch gestiegen. Jeder selbstkritische Arzt weiss, wie oft er ein Krankheitsgefühl eines Patienten nicht zu erklären vermag. Jeder ist angehalten, den erhobenen Befunden zu misstrauen. Auch wenn wir glauben, damit ein Missemphinden des Patienten erklären zu können, wissen wir aus langer Erfahrung, dass nur allzu oft der erhobene Befund ein Zufallsbefund darstellt, der gar nicht zum Missemphinden des Patienten gehört. Als Arzt haben wir gelernt, die Begrenztheit und die Relativität unseres Wissens zu akzeptieren, und falls wir dies noch nicht gelernt haben, sollten wir dies tun.

Wie geht nun ein Gutachter mit dieser Tatsache des Nichtwissens um? Er wird bekanntlich gerade dann angerufen, wenn Befunde unklar sind und ein Missemphinden des Patienten nicht mit den „objektiven“ Befunden korrelieren wollen. Wir müssten in der Gutachterkultur einen deutlichen Nichtwissens-Diskurs ausmachen können. Der Gutachter wird für ein Wissen, auf die er eine Beurteilung abstützt, bezahlt. Der kann nicht, wie dies der Arzt häufig tut, einfach zuwarten und hoffen, das Problem löse sich von selbst. Er kann aber nicht ausserhalb der Wissensproblematik agieren. Auch er ist in hohem Grad dem Nichtwissen unterworfen. Wir wissen aus Erfahrung, wie die meisten Gutachter mit dieser Problematik umgehen. Indem nur wenige (oder meist nur ein einzelnes) Gespräche geführt werden, wird das naive Wissen aktiviert und das seriöse Wissen vermieden. Erinnern wir uns doch unserer Erfahrung, dass seriöses Wissen die

³ Platon: Apologie des Sokrates 21d: „Es scheint ja freilich keiner von uns beiden etwas Schönes und Gutes zu wissen, aber dieser meint, etwas zu wissen, ohne darüber ein Wissen zu haben, ich aber, wie ich eben nicht weiss, so meine ich es auch nicht. Ich scheine also wenigstens um ein kleines Stück weiser zu sein als er, dass ich, was ich nicht weiss, auch nicht zu wissen meine.“ Die Aussage Sokrates will sagen, dass die Kenntnis des Nichtwissens unabdingbarer Teil eines Wissensdiskurses ist. Die genaue Übersetzung von „οἶδᾶ οὐκ εἰδῶς“ lautet: „Ich weiss, dass ich nicht weiss“

Tatsache akzeptiert, dass das Nichtwissen stärker zunimmt als das Wissen. Würde sich ein Gutachter über Monate mit dem Patienten befassen, wäre sein Wissen etwas angestiegen, sein Nichtwissen aber um ein Vielfaches angewachsen. Dies zeigt, in welcher schwer lösbaren Position er ist. Wir tun gut daran, Mitleid mit dem Gutachter zu haben.

2. Die Problematik der psychiatrischen Diagnose

In der Psychiatrie haben wir ein zusätzliches Problem. Weil eine Grosszahl der Gutachten in das psychiatrische Fachgebiet hineinreichen, rechtfertigt es sich, hier näher darauf einzugehen.

Die Psyche ist nicht einfach ein Organ, wie es die Leber oder das Herz ist. Das Wesentliche, was wir über die Funktionsweise der Seele wissen, stammt denn auch nicht aus dem Gebiet der Medizin, sondern aus der Geisteswissenschaft. Das hat in den letzten 100 Jahren eine Spannung ins Fachgebiet eingeführt, die heute deutlich grösser ist als früher. Alle Versuche, diese Spannung zu entschärfen, sind bisher gescheitert und sind, meiner Ansicht nach, zum Scheitern verurteilt. Die klinische Psychologie und die universitäre Psychiatrie haben versucht, ihre Nähe zur Medizin als naturwissenschaftliches Fach zu behalten und zu intensivieren. Daraus sind unter anderem die deskriptiven Diagnose-Manuale der ICD⁴ und der DSM⁵ entstanden. Die auf Fragebogen basierenden Diagnosechecklisten sind inzwischen auf ein unübersichtliches Mass angewachsen. Eine Depression hat jemand, der in der Hamilton- oder in der Beck-Skala so und so viele Punkte aufweist. Dies sind Zeichen für den Umstand, dass sich die Medizin schwer tut mit der Psyche. Hier sei auf den erhellenden Artikel von F.A. Hayek „Theorie der komplexen Phänomene“ verwiesen, den er im Andenken an Karl Popper verfasst hatte und der so quasi die Quintessenz seines lebenslangen Mahnens enthält, dass geisteswissenschaftliche Phänomene nicht mit naturwissenschaftlichen Methoden untersucht werden können. Es lässt sich unschwer zeigen, dass die Psyche nicht mit Fragebogen und Checklisten sinnvoll erfasst und umschrieben werden kann. Das Problem ist, dass die Ignoranz dieser Tatsache zu eben diesen Diagnosemanualen geführt haben und ich heute mein Wissen um das Störungsbild nicht mehr so umschreiben kann, wie ich es erlebe und den Stand meiner Deutungen wieder geben kann, ohne diese auf irgend einen ICD-Code zu reduzieren. Ich mache das dem Frieden zu liebe seit über 20 Jahren. Mit Besorgnis stelle ich aber fest, dass die Psychiater inzwischen glauben, dass sich die Psyche sinnvoll auf Checklisten reduzieren lasse und mittels einer unsachlichen Reduktion Wesentliches aussagen lässt. Dass die Aussagen mehr den Aussagenden beschreiben, als dass sie etwas mit dem Patienten zu tun haben, wird gar nicht erst wahrgenommen. Der Kompromiss, sich dem Frieden zu Liebe halt auf die Diagnose-Codiermanuals einzulassen hatte zu Folge, dass diese heute unseren fachlichen Diskurs bestimmen, entfremdet vom Leiden des Patienten.

⁴ ICD = International Statistical Classification of Diseases

⁵ DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

C Unbehagen

Mein Unbehagen gründet sich auf Erfahrungen, die ich vor allem mit der Gutachtertätigkeit von Kollegen im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und der Unfallkausalfolgen gemacht habe. Ich will sie der Reihe nach umschreiben:

- 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 Befragung auch 90 Minuten. Ich erlebe nur selten, dass Gutachter auch Angehörige oder Menschen des sozialen Umfelds befragen. Ich werde kaum je als behandelnder Psychiater von einem Gutachter angerufen, weil dieser mich zu gewissen Fragestellungen vertieft befragen will. Das ist 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 viele Gutachter. Dieser weiss nach einer einstündigen 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 zieht die vorhandenen Akten zu Rate und findet auch verschiedene Berichte behandelnder Kollegen. Er könnte danach die behandelnden Kollegen anrufen, einige kennen den Patienten seit vielen Jahren und haben ihn in ganz unterschiedlichen Situationen kennen gelernt. Sie wissen sicherlich wesentlich mehr über den Patienten, als dies in ihren oft vorhandenen Kurzberichten abgehandelt ist und wissen sicherlich mehr, als dies bei einem einstündigen 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 Wochen oder gar Monate, bis es erstellt ist und es ist nicht einzusehen, weshalb die Diskussion mit dem behandelnden Kollegen nicht darin ihren Platz haben sollte? Die Ausbilder von Gutachter fordern von ihren Schülern, solche kollegiale Fremdanamnesen einzuholen. Umgesetzt wird dieser Standard selten.
- Die Explorationszahl: Es ist mir unerklärlich, wie sich Gutachter nach einer einstündigen Exploration ohne Fremdanamnese ein aussagekräftiges Bild eines Menschen formen können. Je länger ich einen Patienten kenne, desto mehr Fragen bezüglich einer differenzierten 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 Gutachter viel Erfahrung haben, Menschen rasch zu erfassen. Aber hinter diese Erfassungsbegabung muss auch ein Fragezeichen gesetzt werden. Wieso bestellen nicht alle Gutachter die Patienten ein zweites oder drittes Mal ein, insbeson-

dere dann, wenn sie vielleicht mit dem behandelnden Kollegen gesprochen haben? Wieso sagen sie dem Exploranden so selten: „Bitte bringen Sie mir das nächste Mal Ihren Partner mit, ich habe noch gewisse Fragen an ihn zu stellen“?

- Die eigene Sprache: Es fällt mir auf, dass die gutachterlich tätigen Kollegen sich immer mehr in eine eigene Fachdisziplin zurückziehen. Es gibt heute eine Gesellschaft für Versicherungsmedizin. Es gibt Diplome, die man als Fachmann für Versicherungsmedizin erwerben kann. Bei den meisten Gutachten sind solche Diplome sogar Voraussetzung für den Gutachterauftrag geworden. Sachlich habe ich nichts dagegen einzuwenden, dass man das Gutachterhandwerk genauer erlernen kann und soll. Ich habe aber sehr viel dagegen, dass sich daraus eine eigene Sprache entwickelt und 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. Dies auch, wenn das Gutachten die Frage der Versicherung erörtert, wie die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen sei. Wenn der Gutachter sich nicht von seiner ärztlichen Ethik verabschiedet hat, muss er nämlich später überprüfen, ob seine Annahmen, dass mit diesen oder jenen Einstellungsänderungen die Arbeitsfähigkeit verbessert werden könne, auch umsetzbar gewesen sind und ob sie zum erhofften Ziel geführt haben. Allzu oft erlebe ich im Gutachten relativ abstruse Vorstellungen, wie und unter welchen Einschränkungen welche Arbeiten einem Menschen noch zumutbar wären. Dies liest sich häufig sehr zynisch⁶, da sowohl der Gutachter als auch der behandelnde Arzt wissen, dass diese Form von Arbeit so in der heutigen Wirtschaft nicht zu haben ist. Die Antwort des Gutachters auf eine solche Frage lautet dann, dass „aus versicherungsmedizinischer Perspektive heraus nicht zu beurteilen sei, ob die Ersatztätigkeit auf dem Arbeitsmarkt tatsächlich angeboten werde, sondern lediglich, ob sie theoretisch ausgeführt werden könne“. Eine solche Antwort zeigt, dass der Arzt sich von seiner helfenden Aufgabe weit entfernt hat. Es stellt sich nun aber die Frage, ob ein Arzt sich trotz seines Diploms noch als solcher bezeichnen darf, wenn er sich in grundlegender Weise von einer ärztlichen Sicht der Dinge entfernt hat, einem Patienten zu helfen. Gibt es eine ärztliche Sicht ohne diese Hilfeoptik überhaupt? 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 konkreten 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 aus grundsätzlichen Gründen zu hinterfragen. Es ist zu hinterfragen, ob die Sprachschwierigkeiten mit

⁶ So kann ein handwerklich Tätiger unter wechselhafter Belastung, die eine Limite von 15kg nie überschreitet, 2 Stunden am Vormittag und zwei am Nachmittag arbeiten. Ob so eine Arbeit existiert und ein Arbeitgeber einen geschützten Arbeitsplatz in seinen Betrieb integrieren will, ist damit nicht behandelt.

den anderen Ärzten grösser werden sollen oder ob die Sprachschwierigkeiten mit den Juristen, die in der gutachterlichen Tätigkeit angelegt sind, nicht ausgehalten werden müssten? Es stellt sich aber noch viel grundsätzlicher die Frage, ob der spezifische Sprachgebrauch nicht einer Geheimsprache dient, die die Abschottung und nicht die bessere Verständigung zum Ziel hat.

- In welchem Dienst steht der Gutachter? Der Gutachter erhält seinen Auftrag meistens von einer Versicherung. Dieser Auftraggeber bezahlt den Gutachter und daraus ergibt 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. Auch die Sozialversicherungen akzeptieren, dass das Verhältnis zwischen Patient und Arzt nicht in erster Linie ein finanzielles ist. Wenn die Bezahlung des Arztberufes 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 lassen.

4.1. Zum einen habe ich bei Meinungsverschiedenheiten zwischen dem behandelnden Arzt und dem Gutachter noch nie erlebt, dass der Gutachter für mehr Arbeitsunfähigkeit und für mehr Krankheit als der behandelnde Arzt plädiert hat. 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 Meinungsverschiedenheiten eine klare Ursache haben, nämlich die finanzielle Abhängigkeit des Gutachters vom Auftraggeber.

4.2. Der zweite Grund, an der Neutralität von Gutachtern zu zweifeln, ist die mangelhafte Sachlichkeit eines Gutachters. Viele Gutachter täuschen Sachlichkeit rein formal vor, indem sie sich an sprachliche Konventionen halten, die bei Gutachten sich eingebürgert haben. Wenn es dem Gutachter um eine inhaltliche Sachlichkeit ginge, wenn es um das Finden von Wahrheit ginge, müsste er viel Aufwand betreiben, was er in der Regel aber nicht tut. Er müsste den Exploranden 3 bis 4 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, Gründe zu suchen, um das Leistungsbegehren in Zweifel zu ziehen und Argumente für seine vorgefasste Meinung zu sammeln. Nach diesem Strickmuster sind die Gutachten oft 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 (siehe obige Fussnote). 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 Zweck, dem Auftraggeber ein für

ihn positives Urteil abzuliefern.

4.3. Der dritte Grund ist die Honorarhöhe der Gutachter, wieso man an der Objektivität eines Gutachters zweifeln muss. Ein polydisziplinäres Gutachten wird pauschal mit beispielsweise 9'000 Franken vergütet. Ich habe verschiedene solche Gutachten bei meinen Patienten erlebt. Aufgrund der Schilderungen der Patienten, wie solche Begutachtungen konkret abgelaufen seien und aufgrund des Gutachtens selber, das ich später las, habe ich verschiedentlich versucht, die Bemühungen der Gutachter abzuschätzen, wie viel Zeitaufwand für das Erstellen des Gutachtens getätigt wurde. 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 kommen leider die Gutachter in den begründeten Verdacht, 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. Diesen Verdacht wird noch durch eine weitere zu beobachtende Entwicklung gestützt. Komplexe Gutachten werden häufig von eigens dazu unterhaltenen Firmen gemacht (MEDAS, ABI etc). In solchen Grossbetrieben werden oft Ärzte aus dem Ausland für drei Monate eingestellt, die diese Funktion ohne Approbation⁷ in der Schweiz für die begrenzte Zeit ausführen können. Diese Ärzte sind sicherlich eher günstig zu haben. Sie haben aber kein eigenes fachliches Netzwerk, sind mit den örtlichen Gepflogenheiten nicht vertraut, was besonders bei psychiatrischen Fragestellungen folgeschwer ist. Diese Ärzte machen meist nicht die Hauptarbeit. Sie haben oft eine zudienenden Aufgabe, die dann von den hauptverantwortlichen Gutachter abgeschlossen wird. Dies illustriert, dass Gutachten Gefahr laufen, zu einer eigenen Industrie zu verkommen und nur noch wenig mit einer verantwortlichen Tätigkeit an einem notleidenden Menschen zu tun hat.

⁷ Staatliche Zulassung als Arzt

D Schlussfolgerungen

Es gibt gewichtige Gründe, die die Gutachter-Tätigkeit von Ärzten grundsätzlich in Frage stellen. Ich will sie der Reihe nach ihrer Gewichtung (die gewichtigsten Argumente zuerst) zusammenfassen:

1. **Die ärztliche Position:** Ärzte dürfen für das Generieren ihres Wissens intime Grenzen beim Patienten, dem anderen Menschen, überschreiten, weil sie versprechen, das gewonnene Wissen nur zu deren Wohle anzuwenden. Sie müssen also dem Wohle des Patienten dienen. Daraus sind konkrete Standards abzuleiten
2. **Die Wissensproblematik:** Je tiefer wir uns in unsere Patienten und deren Krankheit vertiefen, desto mehr Fragen tun sich auf, und nur verhältnismässig wenige Antworten. In der Psychiatrie ist diese Schwierigkeit in besonderem Masse gross. Der Gutachter schützt sich in der Regel vor dieser grundlegenden Wissensproblematik, in dem er den Patienten zeitlich nur sehr eingeschränkt untersucht. Dennoch ist sein Auftrag auf neutrales Wissen ausgelegt. Diesen Auftrag kann er nicht erfüllen. Sein Auftrag ist in sich unmöglich. Es braucht mehr Zeit und zumindest einen Nicht-Wissens-Diskurs.
3. **Die Unabhängigkeit:** In der heutigen Gutachter-Disposition sind Zweifel an der Unabhängigkeit, Motivation und Neutralität der ärztlichen Gutachter angebracht.

Zusammenfassend will ich den einen Punkt besonders hervorheben: Die Grenzverletzung ist uns Ärzten nur dann erlaubt, wenn sie dem konkreten Patienten, der vor uns steht, dient. Damit ist nicht gemeint, dass wir dessen Willen ausführen müssen. Wir sind nicht dessen Angestellte. Die Verfolgung des Patienten-Interessens basiert auf einer eigenen fachlichen Beurteilung. Die Beurteilung mag in manchen Fällen falsch sein. Darum geht es aber nicht. Der Wille, dem Patienten nach bestem Wissen und Gewissen zu dienen, ist das Zentrum. Das kann nicht relativiert werden, ansonsten unser Berufsstand keine Grundlage mehr hätte.

II. Teil

E Der praktische Alltag

Wir Ärzte werden selbstverständlich zu Stellungnahmen gebeten. Ich will nicht die gutachterliche Bemühungen des Arbeitszeugnisses und auch nicht diejenigen des Vertrauensarztes in Frage stellen. Mir geht es um eine theoretische Frage und um die Schlussfolgerung im praktischen Alltag. Hierbei steht im Zentrum, dass es um das Wohl des Patienten / des zu Beurteilenden geht. Dies ist unabdingbar das ärztliche Anliegen. In dubio pro Patient, muss immer gelten. Es gibt keine Neutralität in irgendeiner ärztlichen Tätigkeit. Die Neutralität liegt ausschliesslich im ärztlichen Urteil begründet. Da hingegen ist sie zentral. Besser sprechen wir hier wohl von innerer Unabhängigkeit.

F Standards einer ärztliche Gutachtertätigkeit

Auf dem Hintergrund der grundsätzlichen Erwägungen lassen sich vielleicht die wesentlichen Kriterien herausarbeiten, die an eine gutachterliche Tätigkeit eines Arztes zu stellen sind:

1. Gutachten werden an qualifizierte Gutachter nach dem Zufallsprinzip vergeben.⁸
2. Ein Arzt steht auch in seiner Gutachtertätigkeit in erster Linie im Dienste des zu untersuchenden Menschen.
3. Der Gutachter bildet sein Urteil auf einer umfassenden Sichtung aller Befunde. Er befragt dabei auch das nähere Umfeld und die behandelnden Kollegen.
4. Der Gutachter ist sich bewusst, dass er eine Aufgabe ausführt, die er nur teilweise erfüllen kann. Mit seinen Zweifeln und seinen offenen Fragen geht er kritisch um und formuliert diese in nachvollziehbaren Worten. Er lässt insbesondere offen, was auch er sich nicht erklären kann und verzichtet auf die Behauptung, dass das, was ihm nicht zugänglich war, nicht wahr sein könne.

G Historischer Exkurs zur speziellen Problematik der Psychiatrie

Die Psychiatrie ist gesellschaftlichen Strömungen und den polizeilichen Ordnungspflichten aus grundsätzlichen Gründen stets stark ausgesetzt gewesen. Psychiater als einzelne Fachleute aber auch die psychiatrischen Institutionen sind unterschiedlich mit dieser Tatsache umgegangen. Es ist für die Psychiatrie eine Illusion, sich als eine von sozialen, gesellschaftlichen und politischen Strömungen unabhängige Disziplin zu verstehen. Der Diskurs der gegenseitigen Abhängigkeit ist ein zentrales Element einer psychiatrischen Verortung innerhalb der Gesellschaft. Dabei neigen die gesellschaftlichen Prozesse stets zu einer Vereinnahmung der Psychiatrie als Dienstleister und zur Ausschmückung der Repräsentanten mit Achtung und Auszeichnungen, wenn sie sich vereinnahmen lassen. In

⁸ Damit soll verhindert werden, dass Gutachter Nachfolgeaufträge durch eine versicherungsfreundliche Beurteilung begünstigen können. Die Versicherungen bezahlen in der Regel die Gutachten.

dieses Spannungsfeld gehören auch die gutachterlichen Aktivitäten der Psychiater. Damit eng verbunden sind die Profilierung der psychiatrischen Diagnostik und die Hegemoniebestrebungen von zwei Diagnose-Systemen, die sich beide auf ein syndromales deskriptives Fundament abstützen und den innerseelischen Konflikt sowie die Würdigung des Einzelfalls an den Rand gedrängt haben. Eine Folge davon ist die sprachliche Normierung der psychiatrischen Krankheitsbeschreibung. Diese werden von normativen Elementen repräsentiert und werden dadurch der individuellen Natur der psychischen Problemlage nicht gerecht.

Für die Psychiatrie ist eine klare Grenzziehung zwischen medizinischem Fachgebiet und Gesellschaft nicht möglich. Die bestehende Verquickung stellt sich aber rasch als etwas Problematisches heraus. Wie ist mit diesem Dilemma umzugehen? Eine Antwort könnte sein, sich des Konfliktes stets bewusst zu sein und die gegenseitige Instrumentalisierung zu thematisieren, im Wissen, dass ihr nicht grundsätzlich auszuweichen ist. Der Umgang damit muss ein stets zentrales Thema des Fachgebietes bleiben. Eine gründliche Perzeption der Institutionskritik, die durch die Vertreter der Antipsychiatrie ab 1960 herausgearbeitet worden ist, gehört dabei zum Grundwerkzeug auch der heutigen Psychiatrie⁹. Die Reflexion der verwahrenden Institutionen wurde auch von anderer Seite in einen gesellschaftlichen Diskurs eingebracht. Herauszuheben ist hierbei Michel Foucault, der durch seine Analysen der gesellschaftlichen Bedeutung von Gefängnis und Psychiatrie einen anhaltenden Impuls für die soziologische Analyse von Institutionen geliefert hat¹⁰.

Auf dem Hintergrund einer langen Geschichte der gesellschaftlichen Vereinnahmung der Psychiatrie ist eine klare Fundamentierung der psychiatrisch-ärztlichen Tätigkeit unabdingbar, die sich auf die ethischen Grundlagen der ärztlichen Tätigkeit abstützt und keine doppelte Fundamentierung zulässt. Daraus folgert eine Absage an eine gesellschaftlich neutrale Position jeglicher ärztlichen Tätigkeit. Die Neutralität ist eine Angelegenheit der fachlichen Position, der persönlichen Unabhängigkeit, des kritischen Diskurses. Gesellschaftlich nimmt der Arzt eindeutig die Position seines Patienten oder des Schwächeren ein und versucht in neutraler Weise, nach seinem besten Wissen und Gewissen die Interessen des Patienten oder des gutachterlich zu untersuchenden Menschen zu vertreten. Er lehnt insbesondere eine Zuschreibung der Gesellschaft ab, die Missbrauch bekämpfen möchte. Entdeckt er die Missbrauchabsichten seines Patienten, geht er klar in Auseinandersetzung mit diesem, in der Meinung, dass auf Missbrauch und Betrug kein Wohlbefinden aufzubauen ist. Eine Rolle im gesellschaftlichen (anonymen) Missbrauchsdiskurs lehnt der Arzt sowohl in seiner therapeutischen als auch in seiner gutachterlichen Tätigkeit ab.

⁹ Eine lesenswerte Übersicht gibt Jörg Bopp: Antipsychiatrie, Frankfurt 1980. Die Grundwerke der Antipsychiatrie sind (unvollständige Aufzählung) **Franco Basaglia** (*Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen, Befriedungsverbrechen: über die Dienstbarkeit der Intellektuellen*) **David Cooper** (*Psychiatrie und Antipsychiatrie, Dialektik der Befreiung, Die Sprache der Verücktheit, der eingekreiste Wahnsinn*) **Ronald Laing** (*Die Politik der Familie, Das geteilte Selbst, Phänomenologie der Erfahrung*) **Giorgio Jervis** (*Kritisches Handbuch der Psychiatrie*)

¹⁰ Zu erwähnen sind hierbei folgende Werke von **Michel Foucault**: *Wahnsinn und Gesellschaft* 1961, *Die Geburt der Klinik* 1963, *Die Strafgesellschaft* 1973, *Die Macht der Psychiatrie* 1974, *Die Anormalen* 1974, *Überwachen und Strafe* 1975, *Mikrophysik der Macht* 1976. Populärwissenschaftlicher haben auch **Thomas Szasz** (*Die Fabrikation des Wahnsinns* 1970, *Psychiatrie – die verschleierte Macht* 1970, *Schizophrenie – das heilige Symbol der Psychiatrie* 1976, *Theologie der Medizin* 1977) und **Ivan Illich** (*Die Enteignung der Gesundheit* 1975) sich mit dem Thema auseinandergesetzt, wie viele andre auch.

H Die gesellschaftlichen Vereinnahmung des Arztes

Nicht nur Ärzte stehen in der immerwährenden Gefahr, von den herrschenden Gesellschaftsteilen vereinnahmt zu werden. Dieser Gefahr sind all die Berufe oder Funktionen ausgesetzt, deren Funktion es ist, sich um arme, kranke, ausgeschlossene, schwache Menschen oder Gesellschaftsteile zu kümmern. Zwar ist eine Gesellschaft darauf angewiesen, dass die Gräben zwischen den Gliedern nicht zu gross werden. Dennoch ist es ein Teil der unbewusst agierenden Logik eines gesellschaftlichen Prozesses, dass die Verbindung mit den abgehängten Gesellschaftsschichten von Verdrängung, Abwehr, Isolierung und Ächtung betroffen sind. Dieser Dynamik sind die damit befassten Berufe ausgeliefert, insbesondere auch die Ärzte.

- Der Prozess der Vereinnahmung geschieht durch eine gute Entlohnung, die nicht nur Resultat einer Anerkennung und Wertschätzung ist, sondern auch das Interesse der Ärzte an einer guten gesellschaftlichen Stellung fördert. Der Arzt soll sich durchaus um Kranke und Schwache kümmern, er soll sich aber auch als Teil der herrschenden Klasse fühlen und sich mit deren Zielen identifizieren. Dies geschieht beispielsweise in der Dynamik mit der Versicherungsmedizin, die mit einer guten Entlohnung Zulieferdienste erwartet.
- Der Prozess der Vereinnahmung bildet sich aber auch viel unbewusster in der Sprache und in der Optik ab, aus welcher die Welt und ihre Phänomene betrachtet werden sollen. Die Ärzte stammen entweder selber aus einer oberen Mittelschicht der Gesellschaft oder werden in ihrem Wunsch, in diese vorzustossen, vielfältig unterstützt. Viele erzieherische Rituale in Ausbildung und Berufsausübung zeigen Charakterelemente dieser gesellschaftlichen Verortung. Die Optik der oberen Mittelschicht und deren Sprache prägt denn auch die Verortung des Arztes in der Gesellschaft und seiner Vereinnahmungstendenz.
- Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit¹¹ ist ein weiteres Kräftefeld, in dem Vereinnahmung stattfindet. Habituelle, sprachliche, kulturelle, ethische Prägungen von Menschen finden im Wesentlichen unbewusst statt. Verdrängung, Abspaltung, Verleugnung sind dabei wichtige stabilisierende Elemente. Aufklärerische Gedankengänge wirken teilweise bedrohlich und werden reflexartig bekämpft.
- Eine besondere Schwierigkeit im Vereinnahmungsprozess spielt die Kluft in der Psychiatrie zwischen tiefenpsychologischen Erklärungsmodellen und der Verleugnung unbewusster Kräfte. Die psychiatrische Diagnostik ist ein Beispiel, an der viele Elemente dieser Kluft und des stattgefundenen Vereinnahmungsprozesses abzulesen ist. Die Sprachregelungen der geltenden Diagnosemanuale sind Ausdruck der Sprache einer herrschenden Klasse und eine Absage an die allenfalls beunruhigende Faktizität des Unbewussten, welches sich per Definition einer Codifizierung entzieht und sich nicht zur gesellschaftlichen Vereinnahmung eignet.

¹¹ Erinnerung sei an das gleichnamige Buch von Mario Erdheim „Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit“, Frankfurt 1982

I Die Unteilbarkeit der ethischen Verortung der ärztlichen Tätigkeit

Die Diskussion um die ärztliche Grundposition als Gutachter hat zwei divergierende Auffassungen zur Verpflichtung des Arztes zu helfen herausgearbeitet. Für Ruedi Stöckli gibt es zwei verschiedene Grundpositionen - als helfender Arzt und als neutraler medizinischer Sachverständiger. Für mich ist diese Zweiteilung nicht haltbar.

Ich werde im Folgenden versuchen, meine Argumente weiter zu differenzieren und zu begründen. Wie im Vorfeld mehrmals beschrieben, ist mein Hauptargument, dass das ärztliche Wissen, das auch in seiner Funktion als medizinischer Sachverständiger zur Anwendung kommt, auf einer Grenzverletzung beruht, die dem Arzt durch die Menschen und die Gesellschaft gestattet wird. Dies ist dem Arzt aber nur durch das Eingehen einer Grundverpflichtung erlaubt, sein Wissen **stets** zum Wohl des einzelnen Menschen und im engeren des zu untersuchenden Menschen anzuwenden. Es gibt in diesem Grundsatz keine Ausnahmen.

Diese Aussage kann auch auf einem anderen Weg hergeleitet werden. Art. 1 der europäischen Menschenrechtskonvention¹² hält fest, dass die Würde des Menschen unantastbar sei. Zentrales Element der Menschenwürde ist, ihn als autonomes Subjekt zu achten und ihn nicht zum Gegenstand zu degradieren. Die Menschenwürde wird verletzt, wenn der Mensch zum Objekt anderer Interessen umfunktioniert wird, ohne dass er einem solchen Vorgang herzlich zustimmt. Die Situation einer Begutachtung im Auftrag der Gesellschaft, der Versicherung, des Gerichtes steht an diesem kritischen Scheideweg. Die formale Zustimmung des Menschen beim Abschluss der Versicherung kann nicht als sein freier Wille bezeichnet werden. Er schliesst eine Versicherung ab stets in der Annahme, dass ihm wirtschaftlich geholfen werde, wenn er durch Krankheit oder Unfall nicht mehr vollauf selber für sich sorgen könne. Dafür ist er bereit, Geld zu bezahlen, das hoffentlich ein verschwendetes Geld wird, weil er gesund bleibt. Er gibt seine Zustimmung, dass man ihn auch untersuchen dürfe, wenn der Untersucher seinem Versprechen, zu seinem Nutzen und nicht zu seinem Schaden zu agieren, gerecht wird. Es muss dem Arzt bei jeglicher Art von Untersuchung klar sein, dass er potentiell die Menschenwürde verletzt, weil er den Patienten zum Objekt seiner Untersuchung machen muss und ihn nicht gänzlich als autonomes Subjekt respektieren kann. Der abgedriftete Respekt muss durch die grundlegende Versprechung, Schaden zu vermeiden, dem Wohlbefinden zu dienen, aufgefangen werden. Der Mensch darf nicht den Interessen anderer Mächte unterworfen werden und der Arzt darf in einem solchen Vorgang keine Hilfestellung leisten, weil er sonst das Gebot der Menschenwürde verletzt. Hier setzt auch der Abschnitt des hippokratischen Eids ein „primum nihil nocere“ - der Arzt hat stets zu nutzen, nie zu schaden.

Karl Jaspers hat in seiner Schrift „Der Arzt im technischen Zeitalter“ 1958 darauf hingewiesen, dass die Praxis des Arztes konkrete Philosophie sei. „Wissenschaft ohne Philosophie wird trotz richtiger einzelner Erkenntnisse im Ganzen unkritisch“.¹³ Jaspers greift in diesem Vortrag auch die Problematik der Begrenztheit allen Wissens auf und verweist, dass Wissen stets an eine einseitige Optik geknüpft sei. Der Wissende müsse

¹² Menschenrechtscharta der EU vom 18. 12. 2000: „Art. 1 Würde des Menschen: Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie ist zu achten und zu schützen“.

¹³ Jaspers Karl: Der Arzt im technischen Zeitalter, 1958, Serie Piper 1986, Seite 56

sich diesem Umstand stets bewusst sein. „Wenn ich durch Forschen ... verstrickt werde, als ob es alles Denken wäre, dann habe ich mich selbst und mir die Wirklichkeit verschlossen. Ich habe mich eingeschlossen in die Denkformen der empirischen Realität und der gegenständlichen Kategorien überhaupt.“¹⁴

K Politische Positionierung

Das Politische ist stets geprägt von dem Erzeugen verschiedener Lager, die um Anerkennung ringen resp. ausgestossen werden sollen. Das stellt der zentrale politische Diskurs dar, vom griechischen Demos bis zu unserer modernen direkten schweizerischen Demokratie. In diesem Ringen um Vorherrschaft gibt es eine Machtfrage, gibt es herrschende und ausgeschlossene Systeme. Die herrschende Idee versucht, die politische Agenda zu bestimmen und setzt die Politik zur Absicherung ihrer Ansprüche ein. Jacques Rancière, um einen der Philosophen zu nennen, die sich grundsätzlich mit dem Politischen auseinander gesetzt haben, nennt diesen Teil der verwaltenden Politik *Polizei*¹⁵. Damit drückt er in einem provokativen Wort aus, dass nicht alles politisch ist, was unter diesem Anspruch gehandelt wird. Das meiste sei Verwaltung der Machtansprüche der jeweils herrschenden Klassen, Ideen, der Bessergestellten. Dies meint Rancière nicht diffamierend. Er ist der Meinung, dass es zum Wesen der Politik gehört, dass um Macht, Vorherrschaft und Unterdrückung gestritten wird. Es geht um das Bewusstwerden dieses Prozesses und um die Verortung eigener Tätigkeiten, die Anteil am Politischen haben. Ich sehe in der Gutachtertätigkeit der Ärzte eine Vereinnahmung in den Prozess der Besitzenden und Gesunden gegen die Armen und Kranken.

Das Politische ist nun genauer zu betrachten. Das zentrale Anliegen der Demokratie ist die Gleichheit aller Menschen. Die Politik muss den Raum schaffen, dass auch die Ausgeschlossenen eine Rolle spielen. Sie muss also den in ihrem Wirken inhärenten Prozess des Ausschliessens stets kritisch hinterfragen.

Angewandt auf die Bewertung der gutachterlichen Tätigkeit der Ärzte ist also zu fragen, ob sich die Ärzte nicht vor einen Karren spannen lassen, den die Mächtigen, Besitzenden, Gesunden gegen die Schwachen, Armen, Kranken führen? Die Indizien für eine Bejahung dieser Frage sind die Folgenden:

- Die IV wurde als Auffangfinanzierung für die wirtschaftlichen Folgen von invalidisierender Krankheit, Unfällen und Geburtsgebrechen gegründet. Sie ist demzufolge ein Instrument der Hilfe an die Ausgegrenzten oder von Ausgrenzung bedrohten Menschen. Als sich die neoliberale Politik anschickte, die industriellen Prozesse zu rationalisieren und die Gewinne der Aktionäre zu vergrössern, nahm sie als Nebeneffekt in Kauf, dass mehr Menschen den Anschluss verlieren, krank werden, sich zurückziehen, ausgeworfen werden von einem System, das zu viel von ihnen erwartet. Die damit in Kauf genommenen Folgekosten wären als „Produktionsnebenkosten“ anzusehen. Man müsste logischerweise einverstanden sein, dass damit die Kosten der IV und der Arbeitslosenversicherung steigen. Damit dies nicht geschieht, wurden die erwarteten

¹⁴ Jaspers Karl: Der Arzt im technischen Zeitalter, 1958, Serie Piper 1986, Seite 54

¹⁵ Jacques Rancière: das Unvernehmen. Stw 1588, 2002

Mehrkosten der IV und ALV als deren Krise, als Missbrauch und als schädliches Rad in der Pflege des wirtschaftlichen Standort Schweiz bezeichnet.

- Auch früher mussten Ärzte das Vorliegen einer invalidisierenden Krankheit, Unfalls oder Geburtsgebrechens bestätigen. Der heute damit verbundene Aufwand ist gewaltig angestiegen. Dem von Ausgrenzung bedrohten wird unterstellt, dass er das System der Invalidenversicherung missbrauchen will. Über diesem Generalverdacht wird ein wahnwitziges medizinisches, juristisches und verwaltungslogisches Zelt aufgebaut.
- Die Abklärungszeiten sind unverhältnismässig lange und für einen angeschlagenen Menschen eine Zumutung. Sie haben den Status eines traumatisierenden Prozesses angenommen.
- Gegenüber vor 20 Jahren verdienen heute eine grosse Zahl an gutachterlich tätigen Ärzten, an Versicherungsjuristen, an Verwaltungsfachleuten, an Sozialpolizisten ihren Lebensunterhalt. Für diese wurden grosszügig Stellen, Arbeit und Honorare bereitgestellt, die zusätzlich zu den strukturell zu erwartenden Mehrkosten der IV bei den Ausgegrenzten eingespart wird. Das System füttert die zur herrschenden Klasse Zugehörigen und mutet den Ausgegrenzten eine vollendete Ausgrenzung zu.
- Der Krankheitsbegriff wurde trotz breiter Diskussion für den IV Bereich nicht an den Standard der WHO angepasst, der neben somatischen und psychischen auch soziale Ursachen als krankmachend akzeptiert.
- Es werden immer weitere Diagnosegruppen in die Liste der zweifelhaften Indikatoren zum Vorliegen einer Invalidität aufgenommen.
- Es wurde eine Sprache entwickelt, die komplex und streng hierarchisch gegliedert ist und nur durch die Profis der Insider-Branche beherrscht wird.
- Den gutachtenden Ärzten wird unter dem Vorwand der besseren Qualifikation diese Sprache beigebracht. Ihnen wird ein gutes Honorar für ihre Dienstleistungen angeboten, das dasjenige der klinisch tätigen Psychiater deutlich übersteigt.
- Problematische Diagnosemanuale beherrschen heute die Umschreibung und Klassifizierung psychischer Krankheiten, die rein deskriptiv aufgebaut sind und die wesentlichen Dynamiken des Psychischen ignorieren und für das Verständnis psychischer Störungen vollkommen ungeeignet sind.

Es ist mir bewusst, dass jede einzelne Aussage eine ausführlichere Umschreibung und Herleitung verdient, die in den vorangehenden Ausführungen auch teilweise gegeben wurden. Die Liste soll Indikatoren aufstellen, die den postulierten politischen Vereinnahmungsprozess der Ärzte darstellen soll. Das Motiv erscheint mir klar: die Herrschenden wollen die erwähnten Produktivitätsnebenkosten der stetig gesteigerten industriellen Rationalisierung der Arbeit nicht hinnehmen. Sie wollen den Profit steigern und nicht für die höheren Unkosten verantwortlich sein. Sie müssen die Mehrkosten bei der IV mit allen Mitteln bekämpfen und brauchen dafür willige Helfer, vor allem bei den Ärzten. Die angeführten Themen sind Missbrauchsbekämpfung, Krankheitsmodell, was ist Invalidität? Ärzte werden gebraucht, die helfen, Missbrauch zu entdecken, den Krankheitsbegriff einzuengen, die Zumutung an die Patienten zu erhöhen. Dafür erhalten die Gutachterärzte ein neues Machtfeld, Anerkennung und vor allem ein höheres Honorar als bei ihrer

klinischen Tätigkeit (was zumindest bei den Psychiatern der Fall ist).

Gibt es eine Alternative? Ich habe unter „F Standards einer ärztlichen Gutachtertätigkeit“ die Grundzüge dieser Alternative skizziert.

Das Insistieren auf den postulierten politischen Hintergrund der diversen IV-Revisionen und der Praxis der IV-Abklärungsmaschinerie soll aufzeigen, dass jeder Einzelne vor eine moralische aber auch eminent politische Entscheidung gestellt ist. Was ist schlimmer? Einige Missbräuche¹⁶ hinnehmen oder dafür den Grundgedanken der IV gefährden, eines der Auffangbecken für Ausgegrenzte zu sein?

¹⁶ Zudem ist zu vermuten, dass die Rechtfertigung des Sozialabbaus in Form einer Missbrauchsbekämpfung, den Missbrauche eher fördert, als dass er tatsächlich reduziert wird.