

Der Gutachter im Spannungsfeld der Parteien, der Wissenschaft und der Rechtsprechung

Dr. med. Hans Rudolf Stöckli, Neurologie FMH, Liestal

Referat an Academy of Swiss Insurance medicine, Universität Basel 11.01.2006 ©
(gekürzt)

Einleitung

Sie wissen es alle, die Tätigkeit als Gutachter ist in den letzten Jahren schwieriger geworden, die Ansprüche an die Gutachter sind massiv gestiegen. Zum Zeitpunkt einer Begutachtung stehen die Erwartungen und Meinungen der beiden Parteien – meist auf der einen Seite der Patient oder Versicherte, auf der anderen Seite der Versicherer oder Auftraggeber – sehr oft auf Konfrontationskurs. Der Umstand, dass die Medizin nicht eine exakte, sondern nur eine Erfahrungswissenschaft mit naturwissenschaftlichem Hintergrund ist, macht das ganze nicht einfacher, denn die Meinungen in dieser Erfahrungswissenschaft sind in diversen Gebieten uneinheitlich, vereinzelt divergent. Sie kennen – als Beispiel genommen - das Schlachtfeld um das sogenannte Schleudertrauma. Die auf solchen strittigen Gebieten von allen Parteien noch anerkannten Experten sind rar geworden, diese sind deshalb chronisch überlastet, die Wartezeiten für ein Gutachten sind unerträglich lang geworden, kurz, der Zustand ist unhaltbar...

Wohl kommt dem Gutachter nur eine Beraterfunktion zwecks Erledigung der administrativen und juristischen Fragen zu, er ist Werkzeug, Gehilfe der Administration und der Justiz. Dennoch, angesichts der Kämpfe, die zwischen den Parteien um den angeblich richtigen Gutachter ausgefochten werden, beschleicht einen das unguete Gefühl, dass dem Gutachter schlussendlich indirekt doch eine nahezu richterliche Funktion zukommt. So hat der Präsident des Schleudertraumaverbandes 2004 in der NZZ verlauten lassen, in erster Linie sei die Wahl des Gutachters entscheidend, wer einen Prozess gewinne. Dadurch droht der medizinische Experte vom Sockel des unparteiischen, wissenschaftlichen Sachverständigen gestürzt zu werden.

Angesichts der Problematik um das Gutachterwesen und die Sozialversicherungen, hat sich in allerjüngster Zeit auch die Politik eingeschaltet und versucht, über Gesetze und Gesetzesrevisionen, sowie über die Schaffung staatlicher Gutachterstellen, Einfluss auf die Rentensprechung zu nehmen, eine nicht ganz bedenkenlose Entwicklung. Und last but not least modifiziert die Justiz ihrerseits über neue Gerichtsentscheide häufig ihre Meinung, verunsichert damit die Gutachter und greift vereinzelt in medizinisch-wissenschaftliche Sachaussagen ein.

Sehr geehrte Damen und Herren, vom Gutachter wird erwartet, dass er allumfassend, höchst abgewogen, wissenschaftlich und versicherungsrechtlich korrekt die medizinische Sachlage beurteilt und eine Grundlage zur korrekten Erledigung des Falles vorlegt. Doch erwarten Sie – selbst wenn Sie ihre Arbeit gut machen - als Gutachter nie Applaus. Denn in den allermeisten Fällen erwartet jede Partei eine Beurteilung zu ihren Gunsten. Fällt sie nicht dementsprechend aus, wird das Gutachten peinlichst genau durchkämmt..., im schlimmsten Falle wird die Presse eingeschaltet. Was Gutachter heute am meisten abschreckt ist die emotional aufgeladene Stimmung in der Öffentlichkeit, aber auch innerhalb der Institutionen, in der man sich als Gutachter keine Fehler mehr leisten kann.

Der Gutachter im Spannungsfeld

1. zu den Parteien
 - 1.1) Versicherter (Explorand / Patient)
 - 1.2) Versicherer (meist Auftraggeber)
2. zur Wissenschaft
3. zur Rechtsprechung
4. mit sich selbst
5. zu anderen

Zweifelsohne, der Gutachter steht in einer Vielzahl von Spannungsfeldern....

Die häufigsten und wichtigsten möchte ich Ihnen punktuell und beispielhaft näher bringen, um gegen den Schluss auch einige Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen oder solche zur Diskussion zu stellen. Lassen Sie mich folgende Auslegeordnung machen:

Erfahrungsgemäss ergeben sich die häufigsten Probleme im

1. **Spannungsfeld zwischen Gutachter und Versicherten** respektive Patient, häufig aber auch im **Spannungsfeld zwischen Gutachter und Versicherer** (oft auch Auftraggeber).
2. **Das Spannungsfeld zur Wissenschaft** kommt für mein Gebiet besonders im Bereich der whiplash injuries zum tragen und nährt unter anderem den Boden für
3. **das Spannungsfeld zur Rechtsprechung.**
4. **Das Spannungsfeld, in dem sich der Gutachter mit sich selbst befindet.** Dieses greift wiederum in alle anderen Spannungsfelder ein.
5. **Weitere Spannungsfelder** lassen sich unter anderem zur Politik und zu sozioökonomischen Problemen ausmachen.

Der Gutachter im Spannungsfeld zum Exploranden

- gewohntes Arzt-Patienten - Rollenverhältnis gestört
- **Arztgeheimnis aufgehoben**
- Gutachter** = neutrale Beurteilungs -Instanz muss Expl. dennoch Empathie entgegen bringen
- Patient** wird zu **nicht bekanntem Arzt** geschickt, der folgenschwere Beurteilung vornehmen wird.
 - Patient: „ist Arzt vertrauenswürdig?“
 - Ängste, Misstrauen, insbes. gegen institutionellen Arzt
 - **höchstens kritisches Vertrauen erreichbar**
- Patient** muss in Kürze Beschwerden glaubhaft machen
 - schwierig für einfach strukturierte Patienten
 - schwierig für Patienten mit Sprachproblemen
 - Stresssituation

1.1. Spannungsfeld zum Patienten

(“Explorand“, “Versicherter“ und “Patient“ werden im Folgenden synonym gebraucht)

Was den Gutachtern unter Ihnen geläufig ist, und ihnen wohl gelegentlich etwas Mühe bereitet, muss unseren nicht-ärztlichen Teilnehmern doch etwas näher gebracht werden. Vom Arzt erwartet der Patient üblicherweise Hilfe bei Krankheit, er erwartet eine Diagnose, eine Therapie. Dabei setzt er eine volle Verschwiegenheit des Arztes voraus, welche die Basis für ein enges Vertrauensverhältnis setzt, dem aus therapeutischen Gesichtspunkten höchster Wert zukommt. Dieses übliche Arzt-Patienten-Verhältnis ist in der Gutachtensituation grundsätzlich verändert, ja aufgehoben.

Der Gutachter muss sich bemühen, seine Funktion als neutrale Instanz dem Patienten nahe zu bringen, muss sich bemühen, nicht als Interessenvertreter einer Partei, nicht als verlängerter Arm der Versicherung angesehen zu werden. Dazu muss er – um die notwendigen Informationen zu erhalten - dem Patienten Interesse, Empathie entgegenbringen, er muss sich für seine Belange und Sorgen interessieren, ohne seine neutrale Stellung zu verlassen, ohne sich mit dem Patienten resp. Exploranden zu verbrüdern; eine schwierige Aufgabe, eine Gratwanderung, die grosse Erfahrung und Fingerspitzengefühl erfordert.

Der Patient andererseits muss einem fremden Arzt gegenüber in kurzer Zeit seine Beschwerden glaubhaft machen, einem Arzt, der in Kürze eine folgenschwere Entscheidung über ihn treffen wird. Ängste und Misstrauen sind hier vorprogrammiert, schwierig für einfach strukturierte Patienten, schwierig für Patienten mit Sprachproblemen...

Der Gutachter im Spannungsfeld zum Exploranden

- gewohntes Arzt-Patienten - Rollenverhältnis gestört
- **Arztgeheimnis aufgehoben**
- Gutachter** = neutrale Beurteilungs -Instanz muss Expl. dennoch Empathie entgegen bringen
- Patient** wird zu **nicht bekanntem Arzt** geschickt, der folgenschwere Beurteilung vornehmen wird.
 - Patient: „ist Arzt vertrauenswürdig?“
 - Ängste, Misstrauen, insbes. gegen institutionellen Arzt
 - **höchstens kritisches Vertrauen erreichbar**
- Patient** muss in Kürze Beschwerden glaubhaft machen
 - schwierig für einfach strukturierte Patienten
 - schwierig für Patienten mit Sprachproblemen
 - Stresssituation

1.4 Der Gutachter im Spannungsfeld zum Exploranden

→ **Problematik vorgezeichnet:**

☞ viele Patienten bestens kooperativ

☞ viele neigen zur **Aggravation** =

= psychogene Symptomverstärkung

☞ in der Regel nicht in betrügerischer Absicht, sondern als Überverdeutlichungstendenz, um Beschwerden dem Fremden möglichst nachfühlbar zu übermitteln

☞ Entspricht nicht a priori einer bewussten Fehldarstellung

☞ (Simulation selten)

Viele Patienten sind in dieser Situation bestens kooperativ, viele neigen zur **Aggravation**: diese psychogene Symptomverstärkung auf Grund bewusstseinsnaher oder –ferner Sicherheitswünschen erfolgt in aller Regel nicht in betrügerischer Absicht, sondern als Überverdeutlichungstendenz, als Bemühen dem fremden Untersucher in der zeitlich befristeten Untersuchungssituation die Beschwerden möglichst glaubhaft aber auch “nachfühlbar“ zu vermitteln.

Hat nun der Patient das Gefühl, der Arzt glaube ihm nicht, nehme ihn zu wenig ernst, wird er ihm seine Beschwerden möglicherweise in noch aggravorischerer Art und Weise zu beweisen versuchen.

Ein ungeübter oder sich zu wenig reflektierender Arzt kann, zieht er die Beschwerden des Patienten vielleicht zu Recht in Zweifel, leicht in die Lage geraten, dem Patienten das Gegenteil beweisen zu wollen. Dies braucht keineswegs in Worten zu geschehen, die nichtverbale Kommunikation spielt hier die ausschlaggebende Rolle und eine problematische Interaktion zwischen Patient und Gutachter, die **Übertragung und Gegenübertragung** zwischen Patient und Arzt ist aufgeleitet, der Teufelskreis eingeleitet...

Psychogene Symptome während der Untersuchung sind nicht selten Folge eines ungünstigen Verhaltens des untersuchenden Arztes.

1.4 Der Gutachter im Spannungsfeld zum Exploranden

Der Arzt muss Anteil der Aggravation

- durch genaue / wiederholte Untersuchung **präzise erfassen**

- muss **emotionslos damit umgehen können!**

Indizien für Aggravation / Simulation

- ☞ Diskrepanz subjektiven Beschwerden / Verhalten
- ☞ Vage, wechselhafte Beschwerdeschilderung,
- ☞ appellativ- /demonstrative Klagen
- ☞ nicht objektivierbare Beschwerden
- ☞ Ausfälle oder Schmerzen, die sich nicht an anatomisch - funktionelle Gegebenheiten halten
- ☞ Wechselhafte, widersprüchliche Befunde bei Untersuchung
- ☞ Kein Ansprechen der Beschwerden auf jegliche Therapie
- ☞ Geringer Leidensdruck trotz massiver Beschwerden
- ☞ Diskrepanz zu Fremdanamnese, zu Aktivitäten
- ☞ Andere

Der Arzt muss den Anteil der **Aggravation** durch genaue und wiederholte Untersuchung **präzise erfassen wissen**, Die **Indizien der Aggravation** sind Ihnen wohl bekannt, sie seien nur kurz erwähnt...

Die **Aggravation** birgt aber auch die **Gefahr** hinter der psychogen bedingten Symptomverstärkung **effektive Defizite**, z.B. neuropsychologische Ausfälle, Lähmungen etc., **zu verpassen**.

Deshalb hat gerade bei solchen Patienten die Untersuchung sehr präzise, zeitaufwendig und eventuell wiederholt zu erfolgen.

1.4 Der Gutachter im Spannungsfeld zum Exploranden

Die Anamnese

ist A und O der Begutachtung, ist oft Grund zu Spannungen / Missverständnissen zw. Arzt und Patient

- ☞ Anamnese im Laufe der Zeit zunehmend inkonsistent ☞ führt zu Aktendivergenzen
- ☞ Sprachliche Probleme, Interpretationsfehler
- ☞ Problem der »erlernten Sprache«
- ☞ Problem des fremdbestimmten Denkens
- ☞ Gewisse Pat. liefern Homepage -Symptom-Listen
- ☞ gewisse Pat. verschweigen relevante Fakten

Der häufigste Grund zu Missverständnissen und Spannungen zwischen Explorand und Gutachter ist die Anamnese

Die subjektive Anamnese ist einem ständigen Wandel unterworfen. Auch die Unfallanamnese kann – selbst ganz frühzeitig aufgenommen - nicht einfach als korrekt angesehen werden, sie enthält bereits ganz wesentliche Selbstinterpretationselemente des Exploranden und wird im Verlaufe der Zeit mit eigenen früheren und aktuellen, aber auch fremden Erfahrungen und Interpretationen gemischt, dies meist ohne jegliche Absicht.

Gerade bei Exploranden aus andern Kulturen können sich sprachliche oder aber auch kulturell-bedingte Missverständnisse einschleichen.

Problem des erlernten Vokabulars und fremden Gedankenguts, erlernt vom Neuropsychologen, Physiotherapeuten, Chiropraktiker, Psychiater, Hausarzt, Anwalt, von Laienliteratur, Selbsthilfegruppen, Homepages. Dieses Fremd-Vokabular / -Gedankengut des Patienten kann die Anamneseerhebung wesentlich erschweren, macht gewisse Gutachter misstrauisch und kann das Verhältnis Explorand-Gutachter belasten.

Die Anamnese

- ⊗ falls Arzt und Patient interagieren →
→ Gefahr Übertragung/ Gegenübertragung
- ⊗ Arzt muss sich dessen bewusst sein, muss Ruhe und neutrale Haltung bewahren
- ⊗ → Hardliner / Softies (sowohl Ärzte / Sachbearbeiter / Juristen)

Zudem macht man als Gutachter immer wieder die Erfahrung, dass **Exploranden gewisse Fakten verschweigen**. Denken Sie an Patienten mit unfallbedingten Rückenschmerzen. Auf die übliche Frage: "litten Sie schon früher unter Rückenschmerzen?" bekommt man – so zumindest meine Erfahrung – zu oft die Antwort „Nein“. Der erfahrene Gutachter vermag aber dieses "Nein" auf Grund der Art und Weise, wie es über die Lippen des Patienten kommt, tiefer zu deuten. Ein "Eigentlich nein", ein zögerliches "Nein" etc. spricht für frühere Beschwerden. Die Frage ist nun, wie gehen Sie in dieser Situation vor? Dürfen oder müssen Sie sogar in diesem Fall die Fremdanamnese bei den Angehörigen, beim Arbeitgeber, beim Hausarzt oder bei der Krankenkasse erheben? Das ist letztlich eine juristische Frage. So oder so, die **Halbwahrheit** bezüglich früherer Nackenschmerzen **wird beim Arzt eine gewisse affektive Reaktion auslösen**, doch hat er möglichst emotionslos damit umzugehen, sich zu reflektieren und darf dieses patientenseitige Verhalten, insbesondere auch angesichts der hohen Häufigkeit von gelegentlichen Nackenschmerzen in der Durchschnittsbevölkerung, gegenüber dem Patienten keinesfalls negativ bewerten.

Unklare sekundäre Verschlechterung

- ⊗ Gutachter ist skeptisch
- ⊗ Patient ist enttäuscht, nicht glaubhaft zu sein
- Man denkt an:
 - ⊗ Somatoforme Schmerzstörung
 - ⊗ Rentenbegehren
- nicht selten Folge einer
 - ⊗ **verkanntem sekundären Schmerzmittelabusus** (z.B. transformierte Migräne)
 - ⊗ **bisher nicht entdeckte Depression**, z.B. **sak. Erschöpfungsdepression bei Überkompensation**
 - ⊗ **bisher nicht entdeckte psychoorg. Veränderung**
 - ⊗ **wichtig: Brückensymptome (EVG U 174/2000)**
 - ⊗ **Zweifelhelden**

Sekundäre Verschlechterung

Immer wieder sieht man sich als Gutachter vor die Tatsache gestellt, dass Patienten im Verlaufe der Zeit über eine **Symptomzunahme oder gar über neue Symptome** klagen. Den Gutachter befällt dabei Skepsis, den Patienten Enttäuschung ob dem Umstand, nicht glaubhaft zu sein. Nicht allzu selten handelt es sich dabei um die Folge eines bisher verkannten oder verschwiegenen **sekundären Schmerzmittelabusus** bei posttraumatischen Kopfschmerzen, um eine sekundäre depressive Episode, um die Folge einer verspätet manifest gewordenen psychoorganischen Veränderung nach MTBI, etc. Für die gutachterliche Beurteilung solcher und anderer Sekundärverschlechterungen sind Brückensymptome von ausschlaggebender Bedeutung (u.a. EVG U 174/2000). In der gutachterlichen Situation ist zudem der Fokus oft so stark auf den Unfall ausgerichtet, dass zu Grunde liegende unfallfremde Zweiterkrankungen als Ursache von Sekundärverschlechterungen nicht selten verkannt werden.

Gründe für Spannungsfelder

- ⊗ Aktenproblematik
- ⊗ Problematik der Fragestellungen
- ⊗ Überbewertung von Vorschäden
- ⊗ Überwertung von "Echtzeitakten"
- ⊗ Tendenz zu negativer Bewertung durch Versicherer
 - ⊗ der Aggravation
 - ⊗ der Neuropsychologie
 - ⊗ von psychogen-situativen Reaktionen
- ⊗ andere

1.2. Spannungsfeld zw. Gutachter und Versicherer

beispielhaft erwähnt seien die **Problematik**

der **unvollständigen Akten**

der fehlerhaften gutachterlichen Fragestellungen

- suggestive Fragen
- unzulässige Fragen
- ungenügende Fragen, die nicht genügen, um die versicherungsrechtliche Problematik zu beantworten
- Fragenlawinen

der **Überbewertung von Vorschäden**

der **Überbewertung von Echtzeitakten**

Zu diskutieren wäre zudem die **oft unterschiedliche Haltung zw. Versicherer und Gutachter** zur Aggravation zur Neuropsychologie zur situativ-psychogenen Reaktionen

Im Spannungsfeld zum Versicherer / Auftraggeber

Akten oft unvollständig

Vollständige Akten:

- alle relevanten medizinische n Akten
- alle Röntgenbilder inkl. Berichte
- bisherige medizinische Gutachten inkl. IV-Gutachten etc
- frühere medizinische Akten in Bezug auf Beschwerdekatalog
- andere relevante Akten (Berichte Arbeitgeber, etc)
- Institutionelle Akten
- Schreiben der beiden Parteien betreff differenter Ansichten
- Technische Unfallakten (Polizeiakten, techn. Gutachten, biomech. Gutachten)
- andere

Der Auftraggeber hat dem Gutachter die notwendigen **Akten** zur Verfügung zu stellen. Doch die Aktenlage ist oft dürftig, unvollständig. Als Gutachter bin ich auf vollständige Akten angewiesen, auf alle relevanten medizinischen Unfallakten, alle Röntgenbilder und früheren Gutachten inklusive IV-Gutachten. Aber auch weitere frühere medizinische Akten können von grosser Relevanz sein, besonders dann, wenn der Patient vor dem zur Diskussion stehenden Unfallereignis unter ähnlichen Beschwerden gelitten hat. Gerade in diesem Fall sind zusätzliche objektive Informationen (frühere Berichte, hausärztliche Informationen) von ausschlaggebender Bedeutung.

Auch administrative Unterlagen der Versicherung und relevante Schreiben zwischen den zerstrittenen Parteien können für den Gutachter hilfreich sein. Wenn ich die Diskrepanz in der Fall-Beurteilungen zwischen Patient/Patientenanwalt und Versicherer oder Gericht kenne, kann ich auch in meiner schriftlichen gutachterlichen Beurteilung präziser auf diese Problematik eingehen und meine diesbezüglichen Schlussfolgerungen gezielt darlegen. Kenne ich die Divergenzen nicht, dann ist das Gutachten für die Beteiligten oft zu wenig schlüssig, selbst wenn ich den Fragenkatalog, der mir gestellt wird, ganz korrekt beantworte.

1.2. im Spannungsfeld zum Versicherer / Auftraggeber

Akten oft unvollständig



Vor 3 Jahren habe ich **15 Gutachten bezüglich Aktenvollständigkeit ausgewertet**. In 53 % waren die medizinischen Akten vollständig, relevante frühere Akten waren nur in 2 von 9 Fällen vorhanden, das vollständige Röntgendossier lag lediglich in 40 % vor, die technischen Unfallakten gar nur in 13 %, relevante Parteischreiben in 13%. Tendenziell waren die Akten bei Patienten, die von der SUVA zugewiesen wurden, vollständiger als bei Patienten von der IV, von den Privatversicherern oder von privaten UVG-Versicherern. Diese Sachlage hat sich in den letzten 3 Jahren nicht wesentlich verändert.

Wie verhalte ich mich nun als Gutachter bei unvollständiger Aktenlage? Das erste Telefonat richtet sich meist an den Auftraggeber mit der Bitte um Aktenvervollständigung. Der zuständige Sachbearbeiter stösst dabei aber oft auf Schwierigkeiten. Ihm gegenüber verweigern Hausärzte oder andere Instanzen häufig die Herausgabe von Akten oder die Vermittlung von Gutachten-relevanten Auskünften (z.B. über frühere Beschwerden), dies meist aus (vagen) juristischen Gründen. Als Gutachter habe ich zweifelsfrei den besseren Zugang zu diesen Akten und Auskünften, werde aber dadurch in die Rolle des Kriminalisten gedrängt, was das bereits durch die Gutachtensituation gestörte Arzt-Patientenverhältnis zusätzlich belastet. Dennoch sind wir Gutachter auf solche Informationen angewiesen und ich komme oft nicht darum herum, mich ganz persönlich um die früheren Akten und Zusatzinformationen zu bemühen. Und diese randständige Tätigkeit als "Aktensammler" kann gelegentlich auch durchaus spannend sein.

1.2. im Spannungsfeld zum Versicherer / Auftraggeber

Akten oft unvollständig

Handschriftliche Einträge in KG HA oder KG Spital oft präziser als in Versicherungsakten / Berichten werden meist nicht erfragt!

Ein spezieller Hinweis: die **handschriftlichen resp. persönlichen Einträge in der Krankengeschichte** des Hausarztes oder des Spitals sind meist viel präziser und aussagekräftiger als die Ihnen als Gutachter vorliegenden Versicherungsakten / - Berichte. Die Informationen, die Sie da finden, wirken sich lange nicht immer gegen den Versicherten aus, im Sinne, dass er z. B. schon früher unter Kopf-Nacken- oder sonstigen Schmerzen etc. gelitten hat, mindestens so oft finde ich Argumente zu Gunsten des Exploranden, dass eben schon sehr frühzeitig nach dem Ereignis Schwindel, Konzentrationsstörungen etc. beklagt wurden. Solche Einsichten in die Originalakten können gerade in strittigen Fällen sehr hilfreich sein.

Echtzeitakten: zu unkritischer Glaube?

- ⊗ HWS-Fragebogen: nur so gut wie Erst -Arzt!
Medicolegale Bedeutung zu wenig bekannt!
Schulung notwendig!
- ⊗ Bestimmte Symptome manifestieren sich verspätet:
z.B. Schwindel, neuropsychologische Defizite, ..
- ⊗ Beim Polytraumatiker schaut jeder Spezialist für sich, oft sehr schlecht protokolliert

Ein weiteres Spannungsfeld zum Versicherer: **die Bewertung der sogenannten Echtzeitakten**. Ich persönlich habe oft den Eindruck, dass die **Kollegen und Vertreter der Versicherungen** zuviel auf die Echtzeitakten vertrauen. Sicherlich ist z. B. der **Fragebogen für HWS-Distorsionstraumen**, der beim Erstkontakt mit dem Patienten auszufüllen wäre, eine grosse Hilfe. Der Fragebogen ist aber nur so gut, wie ihn der zuständige Assistenzarzt auf der Notfallstation oder der Hausarzt ausfüllt. Der fachliche Stress und der zeitliche Druck dürfte oft dazu führen, dass diese Fragebogen erheblich verspätet, nach Stunden, Tagen oder Wochen ausgefüllt werden und dies wohl zu oft mit ganz relevanten Informationseinbussen. Zudem sind in der Akutsituation vordergründige Symptome häufig so vorherrschend, dass andere, als irrelevant oder bedeutungslos gewertet, erst gar nicht notiert werden, die aber später für die Beurteilung des Falles (Brückensymptome) wohl von Relevanz wären. Zudem **manifestieren sich bestimmte Symptome** - und da gibt es auch immer wieder starke Spannungsfelder zu den Versicherern - oft erst **verspätet**, so zum Beispiel **Schwindelbeschwerden**. Viele Patienten verspüren den Schwindel meist erst, wenn sie sich nach der initialen Ruhephase erneut belasten, also erst nach der Spitalentlassung, erst im Rahmen der Früh- oder Spät-Rehabilitation. Ebenso zeigen sich **neuropsychologische Defizite bei MTBI** oft erst zum Zeitpunkt, wenn der Verunfallte im Beruf wieder voll gefordert wird. Eine besondere Gruppe stellen die **Polytraumatiker** dar, bei denen die neurologischen und neuropsychologischen Defizite oft sehr spät entdeckt werden. In Berücksichtigung dieser Fakten fehlt mir deshalb etwas der Glaube in die überhohe Relevanz von Echtzeitakten, ohne ihre sehr grosse Bedeutung schmälern zu wollen. Sie sind aber immer kritisch zu hinterfragen.

Ein weiteres **Spannungsfeld zu den Versicherern** ergab sich früher auch oft in der **negativen Haltung der Versicherer zu psychogen-situativen Einflüssen** (Belastungsstörung, Anpassungsstörung, sekundäre Depressionen etc.). Diesbezüglich hat die Justiz durch die Schaffung von Definitionen zur adäquaten Kausalität wesentlich zur Entspannung beigetragen.

2. Der Gutachter im Spannungsfeld zur Wissenschaft

- Medizin = Erfahrungswissenschaft
- Meinungsdifferenzen in allen Fachgebieten
- Können Gutachten -relevant sein!

2. Der Gutachter im Spannungsfeld der Wissenschaft.

Medizin = Erfahrungswissenschaft → Meinungsdifferenzen in allen Fachgebieten, z.B. Schleudertrauma, Fibromyalgie, somatoforme Schmerzstörung, Fatiguesyndrom etc. ...

Diese Meinungsdifferenzen können Gutachten-relevant sein!

2. im Spannungsfeld zur Wissenschaft

Divergente Ansichten zu HWS -Beschleunigungstrauma :

- ⊗ **Strukturelle Hirnschädigung ? Ja oder Nein ?**
- ⊗ **Bedeutung der Neuropsychologie ?**
gewisse Patienten ohne Kopfaufprall, ohne Bewusstlosigkeit,
→ neurovegetative Symptome, Schwindel, etc
→ neurokognitive Störungen (Konzentration, Gedächtnis, Aufmerksamkeit)
- ⊗ → CT / MRI ohne Befund (schliesst Hirnschädigung nicht aus!)
→ SPECT / PET - Befunde evt. vorhanden, aber unspezifisch
→ nicht-beweisend TV, Raritätenfälle
- ⊗ **Zwei Lager "Hardliner" und "Softies" :**
sind neuropsychol./ kognitive Beschwerden psychogen oder funktionell -organisch?

Beispielhaft sei die **Problematik am kraniozervikalen Beschleunigungstrauma** dargestellt. Sie kennen die divergenten Auffassungen und Standpunkte, die Hauptstreitpunkte, konkret ob es beim reinen kraniozervikalen Beschleunigungstrauma ohne Kopfkontusion resp. ohne Bewusstlosigkeit eventuell doch über axonale Schermechanismen zu strukturellen Hirnschäden kommen kann. Sie kennen die Frage, welche Bedeutung den neuropsychologischen Beschwerden und Befunden mit dominanten Lern-, Merkfähigkeits- und Aufmerksamkeitsstörungen, die öfters bei solchen Patienten gefunden werden, zukommt. Sie kennen das grosse Interesse der Oeffentlichkeit am Schleudertrauma, das Gefälle zwischen der Deutsch- und Westschweiz, die finanziellen Auswirkungen. Sie wissen, die bildgebenden Untersuchungen fallen üblicherweise normal aus (CT, MR), was eine

Hirnschädigung allerdings keineswegs ausschliesst. Abnorme SPECT- und PET-Befunde wurden beschrieben, sind aber unspezifisch. Genauso wenig beweisend für die Existenz einer Hirnschädigung bei einem reinen Beschleunigungstrauma im ist das Heranziehen von Tierversuchen oder die Aufführung von Patienten-Raritätenfällen der Literatur. Fragen sind immer noch offen, es gibt nach wie vor zwei Lager, die Problematik wird immer noch recht emotional angegangen. Und irgendwo in oder zwischen diesen beiden Lagern bewegt sich der Gutachter auf dem Schachbrett der Schleudertrauma-Kontrahenten, mehr in Rechts oder Linksposition und wird gelegentlich manipulativ eingesetzt!

Wohl haben gewisse Annäherungen beider Lager stattgefunden.

1. Konsensfindung der Kommission "Whiplash-associated Disorders" der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft 2000.
2. Bericht über Abklärung und Behandlung des akuten KZBT 2002
3. Konsensfindung Abklärung und Behandlung des chronischen KZBT November 2005

Annäherungsversuche über Administration

1. HWS-Distorsionstrauma-Beschwerdekatalog des Bundesgerichts
2. HWS-Fragebogen
3. Gemeinsamer Fragekatalog Versicherer-Patientenanwälte für HWS-Gutachten

2. im Spannungsfeld zur Wissenschaft

Gutachter-Debakel HWS-Beschleunigungstrauma: gewisse Annäherungen (Differenzen bestehen aber weiterhin)

- Konsensus-Annäherungsversuche:
 - Bericht SNG-Komm. "Whiplash-associated Disorders" (SAeZ 2000: 2218 ff)
 - Publ. Abklärung und Behandlung des akuten KZBT (SAeZ 2002: 119 ff)
 - Publ. Abklärung und Behandlung des chron. KZBT (Forum 2005: 1182 ff)
- Annäherungsversuche durch Administration
 - HWS-Distorsionstrauma -Beschwerdekatalog BGE (BG 119 V 355, 119 V 358)
 - HWS-Distorsionstrauma -Fragebogen
 - Fragekatalog für HWS-Gutachten (gemeinsam Versicherer/ Pat. -Anwälte)

Mit den Massnahmen der Administration wurde keine effektive Meinungs-Annäherung, aber eine praktisch-strukturelle Leitstruktur zur Verminderung von medicolegalen Disens-Problemen erreicht.

Zuerst zum Bericht der durch beide Meinungs-Parteien zusammengesetzten Kommission "Whiplash-associated Disorders" der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft. Im September 2000 (Ärztzeitung Sept. 2000 Seite 2218-2220) wurden die **Konsenspunkte bezüglich des HWS-Beschleunigungstraumas** publiziert. Die wichtigsten Punkte, die heute noch ihr Gültigkeit haben, sind in diesem Dia zusammengefasst.

2. im Spannungsfeld zur Wissenschaft

Bericht der Kommission „Whiplash-associated Disorders“ der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft (Schweiz. Ärztezeitung Sept. 2000 S. 2218-2220)

Bei craniocervicalem Beschleunigungstrauma

- **strukturelle Hirnschädigung bisher nicht nachgewiesen**
- **Neuropsychologische Störungen können auftreten**
 - typisch Kombination von Gedächtnis-, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen
- **Wiederauflackern** nach beschwerdefreiem Intervall möglich
- **SPECT / PET unspezifisch**
- **HWS-Aufnahmen** und andere Untersuchungen **bedingt relevant**
- **Biomechanik** bedingt hilfreich
- **Causalität auf Grund der gesamten klinischen Evidenz** zu beurteilen

Bezüglich des **aktuell publizierten Konsensuspapiers der Oltnr Gruppe**, beschränke ich mich auf die Aussagen bezüglich Neuropsychologie:

- diverse Patienten zeigen neuropsychologisch messbare Beeinträchtigungen. Diese können mit der Arbeitsfähigkeit interferieren und die Reha behindern
- → Erkennung, Qualifizierung / Quantifizierung für integrale Erfassung des Falles und gezielte Therapieplanung sinnvoll.
- neuropsychologisches Defizit darf keinesfalls mit einer Hirnverletzung gleich gesetzt werden. Ist allermeist Folge der chronischen Schmerzen, Schlafstörungen, Medikation und psychischen Störungen.
- Eigentliche neuropsych. Therapien im Sinne eines neurokognitiven Trainings sind kaum je indiziert, können sogar Gefahr bergen, den Patienten in der Annahme zu bestärken, dass er tatsächlich eine Hirnverletzung erlitten hat, verbunden mit irrealen Ängsten, welche die Prognose verdüstern.

Schweiz Med Forum 2005;5:1182-1187 1182

Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der chronischen Phase nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma (eKZBT, sog. Schleudertrauma) (ohne Comotio cerebri/mild traumatic brain injury)

Prägnante Empfehlungen der multidisziplinären Konsensusgruppe Oltnr vom 13.01.2005

H. R. Süssli, Th. Ehlin, F. Gani, O. Knäuper, R. Marcell, C. U. Meyer, B. Soffmann*, J. M. Anselmi, L. Dubs, J. E. Hoffmann, A. Müller, B. Radwan, F. Wolf, H. Zimmermann**

Zur Neuropsychologie:

- **diverse Patienten zeigen neuropsychologisch messbare Beeinträchtigungen.** Diese können mit der Arbeitstätigkeit interferieren und Reha behindern
- **Erkennung, Qualifizierung/Quantifizierung** für die gesamte integrale Erfassung des Falles und die gezielte Therapieplanung sinnvoll.
- **neuropsychologisches Defizit darf keinesfalls mit einer Hirnverletzung gleich gesetzt werden.** Ist allermeist Folge der chronischen Schmerzen, Schlafstörungen, Medikation, psychischen Störung
- **Eigentliche neuropsych. Therapien im Sinne eines neurokognitiven Trainings kaum je indiziert,** kann sogar die Gefahr bergen, den Patienten in der Annahme zu bestärken, dass er tatsächlich eine Hirnverletzung erlitten hat, verbunden mit irrealen Ängsten, welche die Prognose verdüstern können.
- **Diagnose „org. Hirnverletzung“ kann nie allein auf der Basis einer neuropsych. Testung gestellt werden,** nur integral in Kenntnis aller Fakten (Anamnese, klinische Befunde, bildgebende und apparative Untersuchungsergebnisse) und ist eine primär ärztliche Aufgabe.

Die Diagnose „org. Hirnverletzung“ kann nie allein auf der Basis einer neuropsych. Testung gestellt werden, nur integral in Kenntnis aller Fakten (Anamnese, klinische Befunde, bildgebende und apparative Untersuchungsergebnisse) und ist eine primär ärztliche Aufgabe.

2. im Spannungsfeld zur **Wissenschaft**

Spannungsfeld Neuropsychologie

- ⊗ **Neuropsychol. Tests** wichtig, aber **unspezifisch!**
- ⊗ **lokalisatorische Hinweise** vorhanden, aber unscharf, unsicher
- ⊗ **Resultat u.a. abh. ängig von**
 - ⊗ Kooperation des Patienten
 - ⊗ Medikation, Schmerz, Befindlichkeit, Depression, anderes
 - ⊗ Angewandten Tests und Untersucher
- ⊗ **Tests** von Institut zu Inst. verschieden, oft nicht vergleichbar
- ⊗ **Prätraumatisches Profil** meist nur schwer absch. ätzbar
- ⊗ **Gutachterliche Funktion der NP oft problematisch**, da NP bei Proband oft auch therapeutische Aufgaben übernimmt.
- ⊗ **Bedeutung der NP von Gutachtern versch. gewichtet**

Die Probleme im Gebiet der Neuropsychologie:

Neuropsychologische Tests sind von grosser Wichtigkeit, aber naturgemäss unspezifisch. Untersuchungsergebnisse erlauben gewisse lokalisatorische Hinweise, diese bleiben aber unscharf. Außerdem ist der Untersucher enorm auf die Kooperation des Patienten angewiesen. Medikamente, Schmerzen, Befindlichkeitsstörungen, Depressionen und andere Faktoren beeinträchtigen die Aussagekraft, zudem sind die angewandten Tests von Institut zu Institut verschieden und oft nicht vergleichbar. Ein weiteres Problem ist das prätraumatische Profil, das wir üblicherweise nicht kennen. Wie wissen Sie, ob Ihr Proband nicht bereits vor dem stattgehabten Ereignis in diesen und jenen Funktionen bereits Einbussen gezeigt hat? Wohl sind über die vormaligen beruflichen und sozialen Aktivitäten gewisse Rückschlüsse möglich, die Unsicherheits-Bandbreite dürfte dennoch gross bleiben. Problematisch ist zudem der Umstand, dass viele der untersuchenden NeuropsychologInnen zum betreffenden Patienten auch in einem therapeutischen Verhältnis stehen und damit aus grundsätzlichen Überlegungen von einer Untersuchung mit gutachterlichem Wert Abstand nehmen sollten. Dieses Gesetz wird aber immer wieder gebrochen.

2. im Spannungsfeld zur **Wissenschaft**

Entspannung über neue Integritätsentschädigungstabellen?

- ⊗ **Neue UVV-Tab. 8:** psych. Folgen bei Hirnverletzung 07/2002
- ⊗ **Neue UVV-Tab.11:** psychische Unfallfolgen 07/2004
- ⊗ **Neue UVV-Tab.:** posttraumat. Schmerzsyndrome

Angesichts des Gutachterdebakels um das "Schleudertrauma" habe ich gehofft, die **Überarbeitung der Integritätsentschädigungstabellen durch die SUVA** würde eine gewisse Entspannung bringen. Doch die im Juli 2002 neu eingeführte Tabelle 8 für neuropsychol. Defizite hat nur eine Verschärfung der Situation gebracht, insofern als über diese Tabelle nur noch „zuverlässig nachgewiesene hirnorganisch-neurokognitive Schädigungen“ abgeltbar sind. Funktionell bedingte neurokognitive Störungen, z. B. bei chronischem Schmerzsyndrom, können mit dieser Tabelle nicht erfasst werden. Doch sollten weitere Tabellen folgen, die dies wett machen sollten: eine Tabelle für psychische Unfallfolgen, ebenso eine für nicht erfasste posttraumatische Schmerzen. Die Tabelle für psychische Unfallfolgen beinhaltet v. a. die posttraumatische Belastungsstörung, reaktiven Depressionen, ev. auch Anpassungsstörungen und ist den Psychiatern vorbehalten. Mit der vorzeitigen Einführung der verschärften Tabelle 8 ohne Einführung der versprochenen Tabelle für posttraumatische Schmerzen hat man von Seiten der Administration eine problematische Situation geschaffen, welche diversen Patienten nicht korrekt wird. Eine umgehende Aufgleisung dieser Tabelle für posttraumatische Schmerzen ist dringend angebracht. Diese zukünftige Tabelle dürfte mindestens teilweise dazu beitragen, noch bestehende Differenzen unter den Gutachtern, aber auch zwischen Gutachtern und Versicherern abzubauen.

3. Der Gutachter im Spannungsfeld mit der Rechtssprechung

3. Der Gutachter im Spannungsfeld zur Rechtssprechung und Administration

Sie wissen, die Jurisprudenz schärft uns Gutachtern immer wieder ein, dass wir lediglich die Gehilfen oder das Werkzeug der Justiz und Administration seien. Diese Jurisprudenz bringt uns Gutachter aber immer wieder durch gewisse Gerichtsentscheide in Not. Denn viele Grundsatz-Gerichtsentscheide finden ihren Niederschlag im gutachterlichen Fragenkatalog, der sich von Jahr zu Jahr ausweitet. Waren vor 15 Jahren pro Gutachten durchschnittlich 4 – 6 Fragen zu beantworten, sind es heute 20 bis 40 Fragen. Und das problematische daran: dieser Fragenkatalog ist zunehmend mit hoch sensiblen Fragen gespickt, welche meines Erachtens die Kompetenz des Mediziners sprengen.

problematische Fragen:

- Frage nach Zumutbarkeit
- Frage nach Verweistätigkeit

So halte ich die **Frage nach der Zumutbarkeit oder Verweistätigkeit** für sehr problematisch. Zumutbarkeit ist ein Rechtsbegriff, ob diese oder jene Tätigkeit für einen Exploranden zumutbar ist, ist eine gesellschaftliche Konventionsfrage, keine medizinische.

Frau Prof. Riemer Kafka hat in ihrem Referat vor einem Monat eingangs wörtlich gesagt, "vor der Frage der Zumutbarkeit können Sie sich als Gutachter nicht drücken. Sie haben dazu klar Stellung zu nehmen". Im Rahmen der Diskussion hat sie dann diese Aussage insofern zurück genommen, als wir nur zu beschreiben hätten, was der Patient aus medizinischer Sicht noch tun könne. Wohl ist die Impairment, also die rein organische strukturell-funktionelle Beeinträchtigung aus medizinischer Sicht relativ einfach einzuschätzen. Die für die Zumutbarkeit ausschlaggebende Disability aber, also die Auswirkung der strukturell-funktionellen Beeinträchtigung auf das berufliche Umfeld, ist für uns Mediziner sehr oft schwierig oder gar kaum zu erfassen. Wir sind keine Berufskundler, wir kennen die beruflichen Anforderungsprofile viel zu wenig. Mangels genügender Sachkenntnis sind hier Fehleinschätzungen vorprogrammiert.

Die üblicherweise diesbezüglich gestellten Fragen sind aber meist so gefährlich, fast heimtückisch formuliert, dass der Mediziner enorm Gefahr läuft, seine Kompetenz zu überschreiten.

problematische Fragen:

- Frage einer privaten Vers.
Bezüglich welcher anderer Tätigkeiten und in welchem Umfang ist dem Versicherten eine Arbeitsleistung zumutbar?
 - Fragen der IV
3. sind der versicherten Person andere Tätigkeiten zumutbar?
- 3.1. Wenn ja, welchen Anforderungen muss der Arbeitsplatz aus medizinischer Sicht genügen?
- 3.4. wenn keine andere Tätigkeiten mehr zumutbar sind, wie lässt sich das begründen?

Wenn eine Versicherung formuliert, „*Bezüglich welcher anderer Tätigkeiten und in welchem Umfang ist der versicherten Person eine Arbeitsleistung sonst zumutbar?*“ impliziert das, dass ich das Anforderungsprofil **anderer möglicher** Arbeitsplätze kenne. Da fühle ich mich als medizinischer Gutachter aber klar überfordert, ich bin kein Berufskundler, kein Berufsberater.

Gleiches gilt für einige **Fragen des** in den letzten Monaten **neu normierten IV-Fragekatalogs**:

Unter 3. fragt die IV, „*sind der versicherten Person andere Tätigkeiten zumutbar? Wenn ja, welchen Anforderungen muss der Arbeitsplatz aus medizinischer Sicht genügen?*“. Als medizinischer Gutachter kann nur beschreiben, welche Leistungen (voll oder reduziert) für welche Dauer dem Exploranden im körperlichen und geistigen Bereich noch zumutbar sind. Über den Arbeitsplatz kann ich nichts Verbindliches aussagen.

Wenn dann die IV unter 3.4. fragt, „*wenn keine anderen Tätigkeiten mehr zumutbar sind, wie lässt sich das begründen?*“, so halte ich das für eine provokative Frage und für eine gefährliche Gutachter-Falle. Denn sie impliziert eine nicht-medizinisch-rechtsbegriffliche Antwort. Wie soll ich da argumentieren, ohne die medizinische Ebene zu verlassen? Hier geht es nur noch um den Begriff der Zumutbarkeit. Denn, Sie könnten ja argumentieren, wer sich noch die Zähne selber putzen kann, der kann auch noch irgendetwas anderes zum Wohle der Gesellschaft tun. Die Diskussion dreht sich nur noch um die Frage, ob eine bestimmte Tätigkeit dem Betreffenden noch zumutbar ist, und die abstrakte Frage der Zumutbarkeit habe ich als Mediziner in dieser Art nicht zu beantworten. Dasselbe gilt in etwa für Fragen der Verweistätigkeit.

3. im Spannungsfeld mit Administration und Rechtssprechung

Schwierige Frage:

Arbeitsfähigkeit im Haushalt (BGE 129/III/135f)

- Wie beurteilen Sie die Arbeitsfähigkeit im Haushalt?
- Mahlzeitenzubereitung, Räumen etc.
- Abwaschen/Tisch decken
- Einkaufen / Post / Chemische Reinigung
- Putzen / Aufräumen
- Waschen / Bügeln
- Handwerkliche Tätigkeiten
- Haustiere/Pflanzenpflege/Garten
- Administrative Arbeiten

Zunehmend werden auch sehr präzise Detail-Fragen nach der Arbeitsfähigkeit im Haushalt gestellt, und das auch bei Männern, die nie etwas im Haushalt getan haben. Kann der Explorand noch, und wenn ja, wie lange rüsten, staubsaugen, aufräumen....

Wie beurteilen Sie die Arbeitsfähigkeit im Haushalt?

- Mahlzeitenzubereitung
- Abwaschen /Tisch decken
- Einkaufen / Post / Chemische Reinigung
- Putzen /Aufräumen
- Waschen / Bügeln
- Handwerkliche Tätigkeiten
- Haustiere / Pflanzenpflege / Garten
- Administrative Arbeiten

Ist das die Arbeit des Mediziners? Dafür gibt es meines Erachtens spezielle Institutionen, die auf professionelle Art diese Erhebungen vor Ort viel besser machen.

Diese Entwicklung, alles auf den medizinischen Gutachter abzuschieben, halte ich für problematisch!

3. im Spannungsfeld mit Administration und Rechtssprechung

"HWS-Distorsionstrauma -Beschwerdekatalog" des Bundesgerichts BGE 117 V 359 und 118 V 111

- Diffuse Kopfschmerzen
- Schwindel
- Konzentrationsstörungen
- Gedächtnisstörungen
- Reizbarkeit
- Affektlabilität
- Depression
- Wesensveränderung

Eingriff der Justiz in medizinische Sachfragen?

Als Neurologe kann ich es mir nicht verkneifen, noch etwas zur **Rechtssprechung bezüglich des Schleudertraumas** zu sagen. Ich komme auf die bundesgerichtliche Definition der Schleudertraumabeschwerden zurück. Ich gebe zu, es ist der Justiz kaum zu verübeln, dass sie, wenn die Sachverständigen zerstritten sind, zur Selbsthilfe greift und versucht, ein Krankheitsbild resp. Syndrom aus ihrer Sicht zu definieren. Sie wissen, die Liste resp. die Definition ist sehr weit gehalten, völlig unspezifisch und liesse sich auf diverse andere Krankheitsbilder anwenden, so etwa auf eine Depression, auf eine somatoforme Schmerzstörung, aber auch auf diverse organische Erkrankungen. Zudem handelte es sich um einen Fall, der nicht der Definition eines Schleudertraumas entsprach. Die Juristen predigen uns Mediziner – durchaus zu recht - das juristische Fahrwasser zu meiden - tun wir es dennoch, ist uns herbe Kritik sicher. Handelt es sich hier aber nicht um einen Kompetenz-Übergriff der Jurisprudenz in eine medizinische Sachfrage? Wäre hier nicht eine Korrektur – am besten in enger Zusammenarbeit zwischen Medizin und Justiz - längst fällig?

4. Der Gutachter im Spannungsfeld mit sich selbst

- Rollenverschiebung
- Gefahr der Gegenübertragung v.a.bei:
 - Pat. mit Aggravationstendenz
 - Pat. mit somatoformer Schmerzstörung
 - Pat., die Beschwerden listengerecht/gutachtenkonform herunterlesen mit erstaunlicher Ähnlichkeit zu Laienliteratur
- Einschätzung von Schmerzsyndromen oft schwierig
- ständige Anpassung an aktuellen Wissensstand
- Auseinandersetzung mit divergenten Lehrmeinungen
- Fließende Rechtsnormen (Gutachter üblicherweise ohne Information)

3. Der Gutachter im Spannungsfeld mit sich selbst

Und wie sieht das innere Spannungsfeld des Gutachters mit sich selbst aus? Schwierig kann die Rollenverschiebung vom Helfer des Patienten zum neutralen Gutachter sein, schwierig erweist sich oft der emotional kontrollierte und distanzierte Umgang mit Fakten, die emotional eben doch belasten, verbunden mit der Gefahr, die absolut neutrale Haltung aufzugeben, dies besonders bei Patienten mit Aggravationstendenz, mit somatoformen Schmerzstörungen, aber auch bei Patienten, die listengerecht und "gutachtenkonform" ihre Beschwerden vom Zettel herunterlesen, letzteres mit erstaunlicher Ähnlichkeit oder voll übereinstimmend zu Listen von bekannter Laienliteratur oder Homepages! Doch wie geht der Gutachter damit um? Trotz aller Theorie, die Gutachter sind auch nur Menschen. Sie wissen aus Erfahrung, es gibt unter ihnen Hardliner und Softies, dies unabhängig vom wissenschaftlichen Standpunkt. Der Extrem-Hardliner sieht im Patienten mehr oder weniger immer einen "Rentenneurotiker", der Extrem-Softy identifiziert sich mit dem Patienten, bedauert ihn zutiefst und verliert dadurch seine kritische Distanz, die für ein sachkundiges Urteil erforderlich ist. Glücklicherweise existieren beide Typen in dieser Extremform nicht, Zwischenformen mit Hang zur einen oder andern Seite sind aber wohl zu finden. Immer die absolute Mittellinie zu halten entspricht einer Extrem-Gratwanderung und dürfte trotz grosser Anstrengung wohl nur den wenigsten immer gelingen. Der Gutachter muss sich deshalb der Gefahr der Übertragung und Gegenübertragung ständig bewusst sein. Zudem, **vieles** was die medizinische Untersuchung einschliesst, ist **exakt-wissenschaftlich nicht messbar**. Schmerzsyndrome, psychische oder kognitive Beschwerden sind oft schwierig zu beurteilen,

hier braucht es viel Erfahrung, eine geschickte Untersuchungstechnik. Die ständige Anpassung an den aktuellen Wissensstand, die Auseinandersetzung mit den widersprüchlichen Experten- oder Lehrmeinungen, die Kenntnisnahme von Änderungen der Rechtsprechung – über die wir Gutachter bisher leider nicht orientiert werden – sind mit einer enormen Herausforderung verbunden. Kurzum, die Ansprüche, die an den Gutachter gestellt werden, sind ausgesprochen hoch. Besonders **schwer hat es der institutionelle Gutachter**, der schnell als verlängerter Arm seines Arbeitgebers angesehen wird. Die **Tendenz der Politik, diese staatlich-institutionelle Begutachtung zu fördern**, scheint mir aus dieser Sicht **nicht unproblematisch!** Aber wer hat eine bessere Lösung um die akute Gutachter-Problematik rasch zu lösen?

Wie Spannungsfelder abbauen?

6. Wie können Spannungsfelder abgebaut werden?

Wie vermeiden Sie als Gutachter spätere Patienten-Vorwürfe:

Die meisten Patientenvorwürfe beziehen sich auf unkorrekte Wiedergabe der Anamnese oder auf ein zu wenig einführendes Verhalten des Gutachters. Folgendes scheint mir zur Vermeidung eines Vertrauensverlustes oder von späteren Vorwürfen empfehlenswert:

Information: Informieren Sie den Patienten unmittelbar beim Erstkontakt klar und umfassend über die Aufgabe des Gutachters, über seine Verpflichtung zur absoluten Neutralität, machen Sie den Exploranden auf sein späteres Einsichtsrecht in das Gutachten aufmerksam.

unstrukturierte Anamnese: beginnen Sie mit einer unstrukturierten Anamnese, lassen Sie den Patienten seine Beschwerden, seine Sorgen und Ängste frei formulieren, zeigen Sie ihr Interesse an ihm, gewinnen Sie so das Vertrauen.

strukturierte Anamnese (durch Befragen): sie dient vor allem zur Präzisierung und zur umfassenden Anamnesedarstellung und sollte erst nach einer längerdauernden unstrukturierten Anamnese aufgenommen werden.

Diktat: Diktieren Sie eventuell die Anamnese im Beisein des Patienten, fragen Sie bei Unklarheiten nach, lassen Sie während Ihres Diktates den Patienten seine Aussagen spontan präzisieren. Damit markieren Sie Offenheit und garantieren eine korrekte persönliche Anamnese. Nehmen Sie sich viel Zeit dafür!

Spätere Anamnese-Ergänzungen durch Patient: Versetzen Sie sich in die Lage des Patienten. In 1-3 Stunden hat er Ihnen, einem für ihn fremden Arzt, seine ganze, möglicherweise jahrelange Leidensgeschichte zu erzählen. Nach Verlassen des Sprechzimmers, oder Tage später, kommen den meisten Patienten Fakten in den Sinn, die sie zu erzählen vergessen haben, die ihnen aber wichtig erscheinen. Geben Sie den Patienten von Anbeginn an die Gelegenheit, solche Ergänzungen zu machen, ob diese dann so wichtig sind oder nicht, ist von sekundärer Natur. Auch das gehört zur Vertrauensförderung. Meinerseits informiere ich den Patienten am Schluss der ersten Sitzung, er solle sich in den nächsten Tagen noch alles Relevante notieren, was er vergessen habe und mir diesen stichwortartigen Notizzettel zur Anamneseergänzung zuschicken. Bei der Zweitkonsultation oder Schlussbesprechung lassen sich diese Ergänzungen nochmals diskutieren.

Besprechung: Vermeiden Sie jede Geheimniskrämerei. Besprechen Sie das Gutachtenergebnis mit dem Exploranden. Erklären Sie ihm in vereinfachter Art, wie sie zu ihren Schlüssen gekommen sind, lesen Sie die relevanten Passagen der Beurteilung und Schlussfolgerung vor, achten Sie deshalb in Ihren schriftlichen Formulierungen immer auf eine gute Verständlichkeit. So vermeiden Sie spätere Vorwürfe und der Patient wird ihre Stellungnahme, selbst wenn sie für ihn negativ ausgefallen ist, verstehen.

- #### 5. 1. Empfehlungen für Gutachter
- ##### Wie vermeiden Sie Patientenvorwürfe?
1. **Informieren** Sie den Probanden klar über Gutachter -Aufgabe, über die Verpflichtung zur absoluten Neutralität
 2. **unstrukturierte Anamnese** zu Beginn → = Vertrauen schaffen
 3. **strukturierte Anamnese** zur Vervollständigung
 4. **Gegen Vorwurf Anamnese sei falsch :**
→ vor und mit Patienten diktieren , Fremdwörter erklären
→ Gelegenheit zu Ergänzungen geben
 5. **Möglichkeit zu späterer Anamnese - Ergänzung geben**
 6. **Besprechen** und begründen Sie Ergebnis in einfacher Form
 7. **machen Sie den Probanden beim ersten Kontakt auf sein Einsichtsrecht in Gutachten aufmerksam !** **Recht:**
Vermeiden Sie jegliche Geheimniskrämerei!

- #### 5. 1. Empfehlungen für Gutachter
- ✗ **Achten Sie auf vollständige Dokumentation**
 - ✗ **Keine unzulässigen Fragen zulassen:**
Fragen suggestiver Art, Fragen der Adäquanz
 - ✗ **Untergutachten: im Zweifel immer verlangen**
 - ✗ **Bitten Sie um Rückinfo über Qualität des Gutachtens**
 - ✗ **Anforderungsprofil des EVG an Gutachten beachten**
 - ✗ **Besuchen Sie Gutachter -Kurse**

<p>5. 2. Empfehlungen für Versicherer / Auftraggeber</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Vollständige Dokumentation für Gutachten unabdingbar ⊗ Optimale Fragestellungen : <ul style="list-style-type: none"> ⊗ mit Versichertenanwalt vorbesprechen ⊗ bevorzugt vorgängig mit Versicherungsarzt besprechen ⊗ Keine Fragenlawinen ⊗ ev. mit Gutachter Fragestellung vorbesprechen ⊗ Keine medizin-fremde Fragen ⊗ vermehrte offene Gespräche zwischen Auftraggeber und Konsiliarus oder Auftraggeber und Gutachter würden manchen Missverständnissen vorbeugen. 	<p>Empfehlung für Versicherer / Auftraggeber</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vollständige Dokumentation für Gutachten unabdingbar - Optimale Fragestellungen: <ul style="list-style-type: none"> mit Versichertenanwalt vorbesprechen bevorzugt vorgängig mit Versicherungsarzt besprechen Keine Fragenlawinen ev. mit Gutachter Fragestellung vorbesprechen - Keine medizin-fremde Fragen - vermehrte offene Gespräche zwischen Gutachter und Auftraggeber / Versicherer zusammen mit Explorand / Patientenanwalt würden manchen Missverständnissen vorbeugen.
<p>7. Weitere Wünsche und Verbesserungsvorschläge aus Sicht des Gutachters</p> <p>Qualitäts-Selbstkontrolle über Mitteilungen durch Auftraggeber / Patientenanwalt</p> <p>Info über Änderung der Rechtsprechung / Rechtsnormen</p> <p>Beratender Jurist für Gutachter (Formulierungs- und Interpretationsfragen)</p>	<p>Weitere Wünsche aus Sicht des Gutachters</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualitäts-Selbstkontrolle über Mitteilungen durch Auftraggeber / Patientenanwälte, ob und allenfalls welche medizinischen resp. gutachterlichen Aussagen zu juristischen oder versicherungstechnischen Unsicherheiten oder Problemen geführt haben. - Für Mediziner verständliche Informationen über Änderungen der Rechtsprechung / Rechtsnormen - Beratender Jurist für Gutachter (Formulierungs- und Interpretationsfragen)