Hoffmann-Richter, Jeger, Schmidt

Das Handwerk ärztlicher Begutachtung

Theorie, Methodik und Praxis

Kohlhammer

Ulrike Hoffmann-Richter
Jörg Jeger
Holger Schmidt

Das Handwerk ärztlicher Begutachtung

Theorie, Methodik und Praxis

Unter Mitarbeit von Jeannine Kägi, Otmar Niederberger, Rahel Oertli, Stefanie Pfister, Gert H. Steiner, Gotthard Tribl, Hansjörg Znoj

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

1. Auflage 2012

Alle Rechte vorbehalten
2012 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart
Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher
Gesamtherstellung:
W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart
Printed in Germany

ISBN 978-3-17-021700-3

E-Book-Formate:
pdf: ISBN 978-3-17-029496-7

Geleitwort

Sie wollen Ihr erstes Gutachten erstellen? Sie praktizieren schon und möchten Ihre Fertigkeiten verbessern? Sie bilden Gutachter aus und suchen nach methodischen Standards? Sie interessieren sich für kritische Betrachtungen über ausgewählte Begutachtungsthemen, zum Beispiel, wie Juristen und Ärzte den gleichen Sachverhalt eines Antragstellers unterschiedlich interpretieren und bewerten? Dann, liebe Leserin, lieber Leser, heiße ich Sie beim Besuch der Begutachtungs-Werkstatt herzlich willkommen!

Wie in anderen Werkstätten begegnen Sie hier Lehrlingen, Gesellen und Meistern. Sie erfahren eine strukturierte Ausbildung in Theorie und Praxis und profitieren von den Erfahrungen anderer. In dieser Werkstatt haben „Meister" ihre eigenen Erfahrungen kritisch reflektiert, mit Scharfblick und Distanz analysiert und um die wissenschaftlichen Erkenntnisse aus der Begutachtungsforschung und der Forschung benachbarter Disziplinen ergänzt. Zusammen mit dem Wissen und den Erfahrungen anderer Gutachter haben sie vorhandene Instrumente zusammengetragen, neue Regeln abgeleitet und die Methodik der Begutachtung weiterentwickelt. Kurz: Die „Meister" haben eine wichtige Voraussetzung für professionelles Selbstverständnis und professionelles Handeln geschaffen, wodurch das Handwerk der Begutachtung ein tragfähiges Fundament erhalten hat. Diese professionelle Perspektive, fundiert in einem theoretischen Ansatz, einem methodischen Unterbau und praxisrelevanten „How to do"-Anleitungen, sowie die selbst- und methodenkritischen Reflexionen über die Wissenslücken, die sich wie ein roter Faden durch das Buch ziehen, machen das Besondere dieses Buchs aus.

Mit ihrem Werk liefern die Autoren eine Antwort auf geänderte Erwartungen von Seiten der Auftraggeber (in der Regel Gerichte und Versicherungen), der Öffentlichkeit (letztendlich der Antragsteller), der Sozialgerichte und der Gutachter selbst an die Begutachtung: Gutachterlich tätige Ärzte sollen nicht nur über fundiertes medizinisches Fachwissen verfügen, sondern das medizinische Wissen in einem versicherungsmedizinischen Kontext anwenden können. Dazu werden spezifische Kenntnisse, Fertigkeiten und eine professionelle innere Haltung eingefordert. Und dies mit Recht. Wie in anderen Bereichen der Medizin geht es bei der Begutachtung um das ganz spezifische Schicksal einzelner Menschen. Zusätzlich geht es um eine faire und gerechte Verteilung des von der Sozialgemeinschaft gebildeten Netzes, mit dem die wichtigsten Risiken des Daseins und daraus resultierende persönliche Notlagen abgesichert werden sollen. Zwischen diesen beiden Polen – Verantwortung gegenüber

dem einzelnen Menschen und gegenüber der Sozialgemeinschaft – eine transparente, sachgerechte und angemessene Balance zu finden, ist eine anspruchsvolle Aufgabe.

Viel Aufmerksamkeit ist dem rechtlichen Rahmen gewidmet, in dem sich die medizinische Begutachtung abspielt. Nur mit grundlegendem Verständnis für das andere Fach und für die Grenzen der eigenen Disziplin in dieser Interaktion wird den beiden Professionen Rechtswissenschaft und Medizin eine Begutachtung gelingen, die dem öffentlichen Auftrag gerecht wird. Bei einer solchen symbiotischen Zusammenarbeit vom Arzt als „Hilfsperson des Juristen" zu sprechen, trifft nicht den Sachverhalt.

Eine Bereicherung ist die Einordnung des Buchs in den gesamten deutschsprachigen Raum. Die internationale Ausrichtung widerlegt das weitverbreitete Vorurteil, dass versicherungsmedizinische Fragen und Probleme aufgrund ihrer Einbindung in ein nationales Rechtssystem nur von nationaler Bedeutung sind. Viele versicherungs- „medizinische" und damit auch gutachterliche Themen besitzen eine übergeordnete Bedeutung, sodass sie von einem intensiven Austausch über Landesgrenzen hinweg profitieren. Durch die explizite Gegenüberstellung der Rechtssysteme von Schweiz, Österreich und Deutschland wurden Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten in den Definitionen und Sichtweisen exemplarisch herausgearbeitet. Wie häufig, fördert ein Perspektivenwechsel das Verständnis für das eigene System.

Das Buch befindet sich in der guten Gesellschaft von anderen Anstrengungen zur Qualitätssicherung und Professionalisierung, wie die Leitlinienaktivitäten der deutschen Rentenversicherung oder in der Schweiz dem Leitfaden Versicherungsmedizin unter Federführung von Frau Prof. Riemer-Kafka, dem Aufbau der Gutachterkurse der SIM Swiss Insurance Medicine oder dem Master-Studiengang Versicherungsmedizin an der Universität Basel.

Liebe Leserin, lieber Leser, die Lektüre des Buchs soll das Nachdenken über die Begutachtung anregen und die Arbeit in Ihrer eigenen Gutachtenwerkstatt bereichern. Ich wünsche Ihnen gutes Gelingen!

Regina Kunz
Extraordinaria für Versicherungsmedizin, Basel

Inhalt

Geleitwort 5

Einführung 13

Anfänge der Begutachtung 13

Empirischer Wissensstand 14

Aufgabe des Experten 16

Verständigung zwischen Medizin und Recht 17

Erkenntnisfragen und Fragen der Technik 18

Das Handwerk ärztlicher Begutachtung 20

Leseanleitung 22

1 Auftragsübergabe und Auftragsannahme 25

1.1 Grundlagen 25
1.1.1 Konfundierende Interessen 26
1.1.2 Kompetenzen 26

1.2 Methodik 27
1.2.1 Rechtlicher Rahmen 28
1.2.2 Fragestellung 30
1.2.3 Redefinition des Arbeitsauftrags 31
1.2.4 Suche nach Hintergrundannahmen 32
1.2.5 Implizite Redefinition des Auftrags 32

1.3 Praktische Hinweise 32
1.3.1 Generell zur Prüfung des Auftrags 33
1.3.2 Zur Prüfung der Fragestellung 33
1.3.3 Für die Redefinition des Arbeitsauftrags 33
1.3.4 Für die Suche nach Hintergrundannahmen 34

2 Datenerhebung und Datenauswertung – Aktenanalyse 36

2.1 Grundlagen 36
2.1.1 Grundlagen der Dokumentation 36
2.1.2 Theoretische Grundlagen 38

2.2 Methodik 43
2.2.1 Dokumentenanalyse 43
2.2.2 Methodische Herausforderungen 44
2.2.3 Inhalt der Akten 47
2.2.4 Hypothesengeleitetes Vorgehen 48
2.2.5 Methodenkritik 49
2.2.6 Was von der Aktenanalyse in den Aktenauszug eingeht 49
2.2.7 Hintergrundannahmen als vorläufige, aber wichtige Information 51
2.2.8 Aktenanalyse als iterativer Prozess 51

2.3 Praktische Hinweise 53
2.3.1 Dokumentenanalyse 53
2.3.2 Inhalt der Akten 53
2.3.2 Aktenanalyse als Vorbereitung der Exploration 54
2.3.4 Warum Akten selbst und mehrfach gelesen werden müssen 54

3 Datenerhebung und Datenauswertung – Exploration 56

3.1 Grundlagen 56
3.1.1 Interviewformen 57
3.1.2 Regeln von Interaktion und Kommunikation 57
3.1.3 Untersuchungsbedingungen 59
3.1.4 Werkzeuge 61

3.2 Methodik 62
3.2.1 Soziodemografische und medizinische Rohdaten 62
3.2.2 Beobachtende Zugänge 63
3.2.3 Interaktive Zugänge 65
3.2.4 Krankengeschichte und Diskursanalyse 66
3.2.5 Weitere Verstehende Zugänge 67
3.2.6 Gutachterliche Exploration 68
3.2.7 Methodenkritik 68
3.2.8 Diskrepanzanalyse 69
3.2.9 Mustererkennung versus Techniken des Befremdens . 70

3.3 Praktische Hinweise 71
3.3.1 Sprachliche Verständigung 71
3.3.2 Fokussierte Datenerhebung 72
3.3.3 Der praktische Nutzen des Theorie- und Methodenwissens 73
3.3.4 Diskrepanzanalyse 73
3.3.5 Mustererkennung versus Techniken des Befremdens . 74
3.3.6 Dokumentation der Exploration 74
3.3.7 Fertigkeiten und Erfahrung 74

4 Datenerhebung und Datenauswertung – Klinische Untersuchung 75

4.1 Grundlagen 75
4.1.1 Untersuchungsbedingungen 76

4.2 Methodik 77
4.2.1 Rohdaten 77
4.2.2 Mosaik der Wahrnehmungen 78
4.2.3 Teilnehmende Beobachtung 79
4.2.4 Interpretation 79
4.2.5 Diskrepanzanalyse 81
4.2.6 Methodenkritik 82

4.3 Praktische Hinweise 84
4.3.1 Basisdiagnostik 85
4.3.2 Dokumentation der Untersuchung 85
4.3.3 Diskrepanzanalyse 85

5 Datenerhebung und Datenauswertung – Zusätzliche Untersuchungen 87

5.1 Grundlagen 87
5.1.1 Methodologie und Methodik 87
5.1.2 Technik und Praxis 89
5.1.3 Multimodale Diagnostik 90

5.2 Methodik 90
5.2.1 Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren 90
5.2.2 Konventionelle Radiologie 97
5.2.3 Computertomografie (CT) 101
5.2.4 Magnetresonanztomografie (MRI) 105
5.2.5 Ultraschall 110
5.2.6 Labor 114
5.2.7 Liquordiagnostik 119
5.2.8 Elektroenzephalografie (EEG) 122
5.2.9 Evozierte Potenziale 124
5.2.10 Elektroneuromyografie 127
5.2.11 Neuropsychologische Untersuchung 129

5.3 Praktische Hinweise 135
5.3.1 Hypothesengeleitetes Vorgehen 135
5.3.2 Multimodale Diagnostik 136
5.3.3 Diskrepanzanalyse 136

6 Beurteilung – medizinischer Teil – Diagnosestellung 137

6.1 Grundlagen 137
6.1.1 Mustererkennung bzw. Gestaltwahrnehmung 138
6.1.2 Diagnostische Konzepte und Diagnosesysteme 143

6.1.3 Wissensbezüge 153
6.1.4 Anwendung auf den Einzelfall 157

6.2 Methodik 159
6.2.1 Multimodale Diagnostik 159
6.2.2 Hypothesengeleitetes Vorgehen 159

6.3 Praktische Hinweise 161
6.3.1 Diskrepanzanalyse 161
6.3.2 Von der Arbeitshypothese zur verlässlichen Diagnose 162
6.3.3 Beurteilung des Einzelfalls 163

7 Beurteilung – Medizinische Grundlagen für die Beantwortung der Fragen 166

7.1 Grundlagen 166

7.2 Methodik 167

7.3 Praktische Hinweise 168
7.3.1 Kausalität 168
7.3.2 Behandlungsbedürftigkeit 170
7.3.3 Rehabilitationsmöglichkeiten 170
7.3.4 Leistungsfähigkeit 171
7.3.5 Prognose 172
7.3.6 Bei interdisziplinärer Begutachtung 173

8 Beurteilung – Übersetzung in juristische Begriffe 174

8.1 Übersetzungsarbeit 174
8.1.1 Anknüpfungstatsachen und Befundtatsachen, Sachverhalt und Befund 176
8.1.2 Praktische Hinweise 178

8.2 Krankheit, Gesundheitsstörung, Gesundheitsschaden 179
8.2.1 Medizinische und juristische Ordnung 179
8.2.2 Definitionen 180
8.2.3 Praktische Hinweise 183

8.3 Berufskrankheit 185
8.3.1 Medizinische und juristische Ordnung 186
8.3.2 Definitionen 186
8.3.3 Praktische Hinweise 188

8.4 Arbeitsunfall, Wegeunfall, Berufsunfall, Nichtberufsunfall . . 189
8.4.1 Medizinische und juristische Ordnung 190
8.4.2 Definitionen 190
8.4.3 Praktische Hinweise 194

8.5 Kausalität 194
8.5.1 Medizinische und juristische Ordnung 195
8.5.2 Definitionen 196

8.5.3 Praktische Hinweise 202

8.6 Arbeitsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit, Berufsfähigkeit 205
8.6.1 Medizinische und juristische Ordnung 205
8.6.2 Definitionen 205
8.6.3 Praktische Hinweise 208

8.7 Zumutbarkeit, zumutbare Willensanspannung 209
8.7.1 Medizinische und juristische Ordnung 209
8.7.2 Definitionen 210
8.7.3 Praktische Hinweise 213

8.8 Invalidität, Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), Grad der Behinderung (GdB), Grad der Schädigungsfolgen (GdS) . 213
8.8.1 Medizinische und juristische Ordnung 213
8.8.2 Definitionen 214
8.8.3 Praktische Hinweise 218

8.9 Entschädigung, Integritätsentschädigung, Integritätsabgeltung 220
8.9.1 Medizinische und juristische Ordnung 220
8.9.2 Definitionen 220
8.9.3 Praktische Hinweise 222

8.10 Schuldunfähigkeit, Unzurechnungsfähigkeit Zurechnungsunfähigkeit 223
8.10.1 Medizinische und juristische Ordnung 223
8.10.2 Definitionen 224
8.10.3 Praktische Hinweise 225

8.11 Freie Willensbestimmung, Urteilsfähigkeit Zurechnungsfähigkeit 225
8.11.1 Medizinische und juristische Ordnung 225
8.11.2 Definitionen 226
8.11.3 Praktische Hinweise 230

8.12 Weitere Begriffe 231

9 Entwicklung einer Hypothese über die Funktionseinschränkungen aufgrund der gestellten Diagnosen 232

9.1 Grundlagen 232

9.2 Methodik 233

9.3 Praktische Hinweise 234

10 Quantifizierung der Funktionseinschränkungen 236

10.1 Grundlagen 236

10.2 Methodik 236

10.3 Praktische Hinweise 237

11 Prüfung, wie verlässlich die gemachte Aussage ist 239

11.1 Grundlagen 239
11.1.1 Evidenz und evidence 239
11.1.2 Theoretische Bezüge 240
11.1.3 Notwendige Korrekturen 241
11.1.4 Die Verlässlichkeit gutachterlicher Aussagen 241

11.2 Methodik 242

11.3 Praktische Hinweise 243

12 Beantwortung der Fragen 244

12.1 Grundlagen 244

12.2 Methodik 244

12.3 Praktische Hinweise 245

13 Textproduktion 248

13.1 Grundlagen 249

13.2 Vorgehen 250

14 Kenngrößen der medizinischen Diagnostik 253

14.1 Grundlagen 253

14.2 Definitionen 253

Literatur 257

Autoren und Mitarbeitende 275

Abkürzungsverzeichnis 278

Stichwortverzeichnis 281

Einführung

„Insgesamt werde ich (vorläufig, zu Beginn) eine Unterscheidung treffen zwischen 1. Wissen wollen, wie etwas gemacht ist, an sich, als Wesenserkenntnis (= Wissenschaft); 2. Wissen wollen, wie man etwas macht, um es zu reproduzieren, um etwas von der gleichen Art zu machen (= Technik); seltsamerweise stellen wir uns hier ein „technisches" Problem, gehen von der Wissenschaft zurück auf die techne" (Barthes 2008, S. 46).

Anfänge der Begutachtung

Ärztliche Gutachten gibt es seit Jahrhunderten. Historiografisch fassbare Spuren über die gerichtliche Zuziehung ärztlicher Experten sind für das frühe Mittelalter verbürgt. Ärztliche Kompetenz wurde für den Nachweis von Schwangerschaften, die Aufdeckung von Straftaten, Wundbegutachtungen, aber auch für die Invalidisierung von Soldaten oder Scheidungsangelegenheiten gefordert. Gefragt waren Mediziner, Chirurgen und Hebammen (Fischer-Homberger 1988). In der frühen Neuzeit ging es anlässlich von Straftaten um die Frage, ob der Täter für seine Handlung verantwortlich gemacht werden konnte (Kaufmann 1995, S. 305–342). Juristische Verbindlichkeit hatten ärztliche Gutachten jedoch nicht. Die Frage der Zurechnungsfähigkeit beschäftigte nicht nur Mediziner und Juristen, sondern auch Philosophen, Pädagogen und Schriftsteller. Kaufmann legt dar, dass die Herausbildung der Psychiatrie als medizinisches Fachgebiet zu Beginn des 19. Jahrhunderts eng verwoben war mit Untersuchungen der Zurechnungsfähigkeit und der Frage der Willensfreiheit. Ein wichtiges Thema der Aufklärung, die „Aufdeckung der inneren Natur des Menschen", führte zur Erkenntnis, dass die Willensfreiheit eine entscheidende Voraussetzung für die Zurechnungsfähigkeit ist. Um diese innere Natur des Menschen, um seine Seele erkennen zu können, musste das entstehende Fachgebiet einen gültigen methodischen Ansatz entwickeln, um den Aufbau des Seelenorgans erforschen und ein Ordnungssystem für die „Seelenstörungen" entwickeln zu können. Dies waren die wesentlichen Aufgaben der „Erfahrungsseelenkunde" oder später „Psychiatrie". Das „Allgemeine Landrecht für Preussische Staaten" von 1794 hielt in den Paragraphen 16 und 18 des strafrechtlichen Teils die Möglichkeit der eingeschränkten oder vollständigen Schuldunfähigkeit fest, indem es auf die eingeschränkte oder aufgehobene Willensfähigkeit ab-

Juristische Unverbindlichkeit ärztlicher Gutachten in den Anfängen

hob: „Wer frey zu handeln unvermögend ist, bey dem findet kein Verbrechen, also auch keine Strafe statt. ... Alles, was das Vermögen eines Menschen, mit Freyheit und Ueberlegung zu handeln, mehrt oder mindert, das mehrt oder mindert auch den Grad der Strafbarkeit“ (nach Kaufmann 1995, S. 314).

Ärztliche Gutachten in der Zeit der Sozialgesetzgebung als Sachverständigenbeweis eingeordnet

Die mit der Industrialisierung aufkommenden sozialen Probleme waren in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts Anlass für die Schaffung der Sozialgesetzgebung. Sie führte zu einem sprunghaft anwachsenden Bedarf an ärztlichen Gutachten. In der deutschen Zivilprozessordnung vom 31.01.1877 wurde erstmals auch der Sachverständigenbeweis geregelt (diesen Hinweis verdanken wir Gert Steiner). Die Hauptsorge der Ärzte bei dieser gutachterlichen Tätigkeit kreiste von Anfang an um das Problem, Simulanten erkennen zu können (s. bspw. in Halligan, Bass und Oakley 2003). Seitdem es Weiterbildungsordnungen der Ärztegesellschaften gibt, gehört das Erstellen von Gutachten zu den Weiterbildungsrichtlinien nahezu aller Fachgebiete. Bis vor wenigen Jahren bestand die Einführung in diese Tätigkeit ausschließlich in der Nachbildung von Vorlagen und dem Lernen an Vorbildern. In der Schweiz gibt es seit 1999 einen Fortbildungskurs, seit 2006 unter dem Dach der Swiss Insurance Medicine (SIM) ein Kursangebot mit der Möglichkeit, ein Zertifikat der SIM für Versicherungsmedizin zu erwerben. Die Academy of Swiss Insurance Medicine (asim) in Basel bietet seit 2008 einen Masterstudiengang für Versicherungsmedizin als Nachdiplomstudiengang an. Der erste Lehrstuhl für Versicherungsmedizin im deutschsprachigen Raum wurde ebenfalls in der asim eingerichtet und 2010 erstmals besetzt. Von verschiedenen Fachgesellschaften wurden mittlerweile Leitlinien für die fachärztliche Begutachtung und für die spezielle Begutachtung von Problemdiagnosen entwickelt, beispielsweise für chronische Schmerzen (AWMF). Im Fokus dieser Leitlinien stehen medizinische Standards. Für die Anforderungen aus juristischer Sicht sind Experten auf wenige und sehr spezialisierten Handbücher angewiesen (z. B. Erlenkämper und Hollo 2010 für Deutschland). Erst in den letzten Jahren wurden für Spezialgebiete der Begutachtung Fortbildungsbedingungen auf der Basis anspruchsvoller Weiterbildungen, wie z. B. für die forensische Psychiatrie, entwickelt, die die gutachterliche Tätigkeit allein auf Grundlage der Facharztweiterbildung nicht mehr zulassen. Dies gilt jedoch nach wie vor nicht für den zivil- und sozialrechtlichen Bereich.

Empirischer Wissensstand

Die Professionalisierung ärztlich gutachterlicher Tätigkeit steht noch in den Anfängen

Die Professionalisierung gutachterlicher Tätigkeit befindet sich noch in den Anfängen: Pfäfflin untersuchte erstmals forensisch-psychiatrische Gutachten auf Vollständigkeit der Datenerhebung, die Sprache, in der über den Exploranden gesprochen wurde, und die Beantwortung der Fragen (Pfäfflin 1978). Meine befand zwei Drittel der 262 Gutachten

verschiedenster Fachrichtungen, die ihm vorgelegt wurden, mängelbehaftet (Meine 1998). Ludwig machte 2006 nach wie vor in der Hälfte der evaluierten Gutachten unterschiedlicher Fachrichtungen erhebliche Mängel aus (Ludwig 2006; Stöhr et al. 2011). Dittmann u. a. stellten aufgrund ihrer Literaturstudie über die Begutachtung auf psychiatrischem Fachgebiet fest, dass sich die vorliegenden Studien auf Expertenmeinungen und die klinische Erfahrung der Gutachter beziehen. Sie verwiesen neben dem Bedarf an empirischen Studien auf die Notwendigkeit, das methodische Vorgehen zu erarbeiten (Dittmann 2009). Regina Kunz formulierte mit ihrer Arbeitsgruppe Forschungsfelder und -desiderate (Kunz u. a. 2011). So ist es nicht verwunderlich, dass es bisher keine klare und einheitliche Definition für Gutachten gibt. Weder gibt es eine systematische Darstellung gutachterlicher Tätigkeit noch einen umschriebenen methodischen Zugang, noch eine kritische Reflexion gutachterlicher Aussagemöglichkeiten und deren Zuverlässigkeit. Eine der seltenen Ausnahmen sind forensische Prognosegutachten in der Psychiatrie. Selbst eine praktische Anleitung sucht man bisher vergebens. Ein guter klinischer Fachexperte ist jedoch noch kein guter Gutachter. Umfangreiche klinische Erfahrung und fortlaufend aktualisiertes empirisches Wissen sind zwar unerlässliche Voraussetzungen für die Expertentätigkeit. Weiter von Bedeutung ist das, was als versicherungsmedizinisches Wissen bezeichnet wird. Dazu gehören rechtliche Grundkenntnisse für den Bereich, in dem man gutachterlich tätig wird, Wissen und Erfahrung über die unterschiedlichen Ordnungssysteme, die mit Recht und Medizin aufeinandertreffen. Außerdem – und das wurde bisher zu wenig berücksichtigt – gehört theoretisches und praktisches methodisches Wissen ebenso dazu wie Kenntnisse und Übung in sprachlicher Darstellung komplexer Sachverhalte und nicht zuletzt möglichst viel gutachterliche Erfahrung.

Ein guter klinischer Fachexperte ist noch kein guter Gutachter

Die bisherigen empirischen Arbeiten zur Begutachtung befassten sich mit der Gutachtenqualität im Allgemeinen (z. B. Meine 1998, Ludwig 2006, Stoehr 2011). Sie gingen der Frage nach, ob die erhobenen Daten für die Fragestellung vollständig waren, ob die herangezogene fachliche Grundlage ausreichend und aktuell war, ob die versicherungsmedizinischen Begriffe korrekt angewendet und die Fragen beantwortet wurden. Ausschließlich psychiatrische Gutachten wurden ab etwa Ende der 1970er-Jahre vermehrt untersucht, in Deutschland anlässlich der Strafrechtsreform. Die Studien widmeten sich auch der Sprache, in der das Gutachten abgefasst und vor allem, in der über den Exploranden gesprochen wurde (Pfäfflin 1978, vgl. auch Hoffmann-Richter 2005). Nicht im Rahmen der Begutachtung, sondern allgemein ärztlicher Diagnostik wurde untersucht, wie Ärzte Diagnosen stellen (vgl. Kapitel 6). Darüber hinaus werden zunehmend Desiderate geäußert: Gefordert werden die systematische Erarbeitung des methodischen Vorgehens, Verbesserungen der Reliabilität der Diagnosestellung, vor allem aber auch der Beurteilung der Leistungsfähigkeit etc. (Dittmann et al. 2009; Kunz et al. 2011).

Die empirische Wissensbasis ist noch gering.

Von wenigen Ausnahmen abgesehen, werden Gutachten bisher als eine Variante von Arztbriefen oder klinischen Berichten betrachtet. Solche Berichte dienen der Kommunikation zwischen verschiedenen Behandeln-

Oft werden Gutachten bisher als Variante von ärztlichen Berichten betrachtet

den über gestellte Diagnosen und über die Maßnahmen, die getroffen wurden, um die Diagnose zu verifizieren. Da die Diagnose häufig nur eine vorläufige sein kann, entspricht sie einer Annahme, auf deren Grundlage der Patient behandelt wurde. Wenn Experten ihre Gutachten auf dieselbe oder eine sehr ähnliche Weise wie Arztbriefe und Untersuchungsberichte verfassen, und darauf deuten die bisherigen Untersuchungen hin (z. B. Pizala und Hoffmann-Richter, in Vorbereitung), verstehen sie Gutachten als etwas ausführlichere Untersuchungsberichte. Damit stimmt der wenig einheitliche, in seinen Grundzügen aber durchgängig erkennbare Aufbau der Berichte aus Vorgeschichte, Befund und Beurteilung bzw. Diskussion bzw. Verlauf und Beurteilung überein. Die Ausgangsfrage eines (mit-)behandelnden Arztes lautet: Was kann ich für den Patienten tun? Hilfs- oder Zwischenfragen auf dem Weg dorthin sind: Was hat der Patient? Und wie kann ich ihn behandeln? Was kann ich für ihn tun?

Aufgabe des Experten

Grundsätzlich andere Aufgabe des gutachtenden Experten gegenüber dem Kliniker

Die Aufgabe bei der Begutachtung ist aber eine grundsätzlich andere: Bei der Begutachtung wird der untersuchende Arzt für einen Auftraggeber tätig, der meistens kein Mediziner ist. „Dabei ist es zunächst ohne Bedeutung, ob der Auftrag seitens eines Versicherers (also im Verwaltungsverfahren) oder aber seitens eines Gerichts (also im Gerichtsverfahren) erteilt worden ist. Aus der Sicht des Auftraggebers handelt es sich bei der Vergabe von Gutachtenaufträgen um eine Art von ‚Outsourcing', also um die Verlagerung einer Teilleistung nach außen, um sich selbst auf das (juristische) Kerngeschäft konzentrieren zu können. Das bedeutet umgekehrt aus der Sicht des Mediziners, dass er sich eigentlich auf fremdem Terrain befindet und eine Auftragsarbeit schuldet, deren Anforderungen ganz wesentlich vom jeweiligen Auftraggeber definiert werden. Der Mediziner ist also – anders als im eigentlichen Bereich seiner medizinischen Tätigkeit – nicht autonom, sondern ‚Zulieferer'. Das bedeutet einen grundlegenden Wechsel hinsichtlich der Sicht- und Herangehensweise" (G. Steiner, persönliche Mitteilung). Solch eine Tätigkeit macht gegenüber klinisch-therapeutischer Arbeit einen Rollenwechsel notwendig (vgl. z. B. Hausotter 1999; Hoffmann-Richter 2003).

Der medizinische Experte übernimmt eine Auftragsarbeit, deren Anforderungen ganz wesentlich vom Auftraggeber definiert werden.

Zu dieser Auftragsarbeit gehört, dass dem Experten juristische, zuweilen auch Alltagsfragen gestellt werden. Er muss die für ihn beantwortbaren Anteile zuerst herausarbeiten. Die Ausgangsfrage ist die an ihn gestellte Beweisfrage. Zu ihrer Beantwortung muss er für sich klären, was die Medizin zur Beantwortung dieser Frage beitragen und welche Teilfragen er beantworten kann (Kapitel 1). Dabei kann es geschehen, dass der Experte in vermeintlicher Gewissheit eine Frage beantwortet, wie bereits etliche Male zuvor. Nun aber muss er seine Antwort begründen. Vermeintlich klares, gesichertes Wissen kann angesichts dieser Notwendigkeit zur Begründung fragwürdig werden: Woher weiß er das? Ist tat-

sächlich nachgewiesen, was er antwortet? Selbst wenn er bis dahin überzeugt war, dass sich die Dinge so verhalten, wie angenommen, sieht er seine Aussage womöglich in einem anderen Licht. Nicht selten sieht er sich mit Aussagen konfrontiert, die innerhalb der Medizin paradigmatisch sind – und die er deshalb bis dahin nicht für überprüfungswürdig erachtet hat. Für (juristische) Auftraggeber kann eine solche Aussage durchaus fragwürdig sein. In dieser Situation sollte der Gutachter in der Lage sein, solche medizinischen Paradigmen als klärungs- und erklärungsbedürftige Annahmen zu erkennen. Statt einfach dem Impuls zu folgen, sie zu verteidigen, weil er sie bis dahin als unhintergehbar hingenommen hat, sollte er bereit sein, sie zu betrachten und gegebenenfalls auch kritisch zu diskutieren.

Medizinische Paradigmen können unter solchen Umständen klärungsbedürftig werden. Verteidigung hilft nicht weiter, wohl aber eine kritische Diskussion.

Die Aufgabe des gutachtenden Experten wird in einer Krimi-Szene fassbar, in der eine Rechtsmedizinerin die Protagonistin ist. Sie stattet einem berühmten Kollegen während einer Lehrveranstaltung einen Besuch ab. Dieser erklärt gerade, wie die Arbeit der Rechtsmedizin beschaffen ist: „Nun, die meisten von Ihnen haben alles gut und richtig gemacht, was schon sehr beeindruckend ist. Aber nun – wer von Ihnen kann mir Folgendes beantworten: Zwei plus zwei ist gleich? Wer weiß die Antwort? Was, niemand? Trauen Sie sich, es ist keine Falle! – Vier. Ausgezeichnet, die Antwort lautet vier. Zwei plus zwei ist gleich vier. Tja, ich hab Mathe auf der Schule gehasst. Ich bin sicher, Sie waren alle brillant und hatten keine Probleme. Eine Reihe von Summen und eine Reihe von festgelegten Antworten. Diese simple Gleichung, in der Art wie sie dasteht und die Antwort geradezu provoziert, birgt Gefahren in sich. Und warum tut sie das? Weil sie nichts weiter verlangt, als eine starre Denkmethode. Entweder man hat recht oder unrecht, man besteht oder fällt durch. Nun denn, passen Sie auf, ich frage Sie jetzt dies: Vier ist gleich? Nur Mut, auch das ist keine Falle.“ Von den Teilnehmenden wagt keiner eine Antwort. Nach einer Pause wendet sich der Professor an seine Kollegin. Ihre Antwort lautet „unendlich“. Darauf genau hatte der Professor hinaus wollen: „Es gibt in der Tat eine unendlich Anzahl an Möglichkeiten. Zwei plus zwei, drei plus eins, zehn minus sechs, hundert geteilt durch fünfundzwanzig... Bei der Arbeit, die wir hier tun geht es nicht um Antworten, es geht um Fragen. Es geht schlicht und einfach um Möglichkeiten. Es geht darum, zu untersuchen was wir tun und das infrage zu stellen. Das Fazit ist: Wir suchen nicht nach den richtigen Antworten – wir suchen nach den richtigen Fragen“ (BBC 1996).

Die gutachterliche Aufgabe ähnelt nicht einer Grundrechenart, sondern der Analyse eines Produkts, das auf unendlich verschiedene Weise zustande gekommen sein kann. Der Weg dahin führt über die Suche nach den richtigen Fragen – nach den richtigen Ausgangshypothesen, die dann geprüft werden müssen.

Verständigung zwischen Medizin und Recht

Das Verhältnis zwischen Recht und Medizin begleitet gutachterliche Tätigkeit von Beginn an. Mit der verfahrensrechtlichen Regelung in den Prozessordnungen sind Gutachten als Sachverständigenbeweis definiert. Was das bedeutet, also das praktische Verhältnis zwischen Medizin und

Das praktische Verhältnis von Medizin und Recht muss immer wieder neu bestimmt werden

Recht, ist damit nicht letztgültig geklärt. Jede Zeit wird auf ihrem zeitgeschichtlichen, aber auch dem aktuellen Erkenntnishintergrund neu klären müssen, wie sie das Verhältnis theoretisch – und praktisch – versteht. Bis vor ein bis zwei Jahrzehnten genügte ärztliche Autorität für eine gutachterliche Antwort. Heute möchte man sich nicht mehr damit zufrieden geben, dass mit Medizin und Recht zwei unterschiedliche Fakultäten aufeinandertreffen, an deren Schnittstelle zwei unterschiedliche Denkgebäude mit verschiedenen Ordnungssystemen und Ordnungswegen ein Dokument austauschen. Der medizinische Experte möchte verstehen, in welchem Ordnungssystem er tätig ist. Und der juristische Auftraggeber ist allein mit dem geschlossenen Paket „Gutachten" nicht mehr zufrieden. Die herkömmlichen Rollen sind ins Wanken geraten, neue noch nicht gefunden. Diese Situation befördert eine Atmosphäre des Misstrauens (Hüsler 2010). Umso mehr Bedeutung gewinnt die Kommunikation. Zunächst geht es um die Klärung von Kompetenzen und um Verständigung. Wofür braucht der Jurist den medizinischen Experten? Was kann dieser dem Rechtsanwender bieten? Die Fragestellung des Gutachtenauftrags ist eine nicht zu überschätzende Ausgangsbedingung für die Klarheit von Kompetenzen und für die Verständigung. Und die Fragestellung variiert breit. Sie beschränkt sich grundsätzlich nicht auf medizinische Fragen. Eine wesentliche Vorarbeit der Begutachtung besteht deshalb darin zu klären, für welche Fragen des Auftraggebers der Experte die medizinischen Grundlagen klären muss und kann. Darüber hinaus geht es aber auch um eine theoretische Klärung: Wie verhalten sich Medizin und Recht zueinander? Welche Funktionen haben sie, wenn die Gesellschaft den Umgang mit Gesundheit und Krankheit, Haftung, Schuld und Schuldfähigkeit nach ihren gesetzlichen Vorgaben umgesetzt wissen will? Und nicht zuletzt geht es um eine zutiefst praktische Frage: Wie kann, wie muss der Gutachter medizinisches Wissen und ärztliche Erfahrung vermitteln, damit der Auftraggeber es für die Rechtsanwendung korrekt heranziehen kann?

Erkenntnisfragen und Fragen der Technik

Der Gutachter übernimmt eine genuin diagnostische Aufgabe im Sinne von genau kennenlernen, erkennen

Die Aufgabe, die der Gutachter übernimmt, ist eine diagnostische, keine therapeutische. Mit Diagnostik (genau Kennenlernen, Erkennen) ist in diesem Zusammenhang nicht nur die Diagnosestellung, sondern auch die Beurteilung der Leistungsfähigkeit u. v. a. m. gemeint. Diese Diagnostik ist – wie die Therapie – eine genuin ärztliche Aufgabe. Bei der Begutachtung ist sie jedoch (meistens) nicht Vorbedingung für eine Behandlung, sondern Grundlage für die Beantwortung der Fragen. Der Experte kann sich nicht auf seine klinische Tätigkeit beschränken. Er sieht sich mit Aufgaben konfrontiert, die Behandelnde nicht interessieren, wenn sie sich zur zumutbaren Leistung, zur Urteilsfähigkeit oder Schuldfähigkeit äußern sollen. Zur Abgrenzung gegenüber der Behandlung auf der einen

Seite gehört die Abgrenzung gegenüber einem polizeilichen oder untersuchungsrichterlichen Verhör auf der anderen Seite.

Die Grundregeln ärztlichen Denkens und Handelns verlieren ihre Gültigkeit auch in der Begutachtung nicht: „nil nocere“ – niemandem schaden (Hoffmann-Richter 2003). Damit ist nicht gemeint, dass die Arzt-Patienten-Kommunikation in der gutachterlichen Untersuchung oberflächlich oder distanzierter stattfinden soll. Jeder Untersuchende muss dem Exploranden respektvoll und mit einem Mindestmaß an Empathie begegnen. Und er muss Exploration wie Untersuchung an seine Kenntnis der individuellen Gegebenheiten anpassen: Mögliche psychische Traumata dürfen nicht rücksichtslos invasiv exploriert werden. Ebenso wenig sind aktive Funktionsprüfungen bei röntgenologisch nicht geklärtem Verdacht auf Frakturen zulässig. Umfangreiches medizinisches Wissen und ärztliche Erfahrung sind deshalb notwendige Voraussetzung, aber nicht hinreichende Bedingung für gutachterliche Tätigkeit. Die Ausgangsfrage, die sich der Experte stellen muss, lautet nicht mehr, was er für den Patienten tun kann, sondern: Welche Beweisfragen hat der Auftraggeber mir gestellt? Was weiß ich? Was heißt das? Und auf dieser Grundlage: Was kann ich aussagen?

Die Grundregeln ärztlichen Denkens und Handelns sind auch in der Begutachtung gültig

Die Ausgangsfragen, die sich der Experte stellen muss, lautet:
Welche Beweisfragen hat der Auftraggeber mir gestellt?
Was weiß ich?
Was heißt das?
Was kann ich aussagen?

Aktuell mag es so aussehen, als seien gutachtende Mediziner bisher zu gutgläubig, zu naiv, zu vertrauensvoll mit Exploranden umgegangen. Der Blick in die Medizingeschichte zeigt aber, dass gerade das Problem von sogenannter Simulation und Aggravation – die Möglichkeit, dass ein Explorand seine Beschwerden übertreibt, erfunden hat oder nur vorgibt, um bestimmte Leistungen der Sozialversicherung zu erhalten – Ärzte von den Anfängen der Begutachtung an umgetrieben hat. So schrieb Juan Luis Vives schon 1526: „Auf Alter und Gesundheit muss man Rücksicht nehmen; doch darf man sich keine Krankheit oder Schwäche vortäuschen lassen, was nicht selten geschieht. Deshalb soll man Ärzte beiziehen und die Simulanten bestrafen“ (Vives 1526, zit. in Zeller 2006, S. 301). Der Umgang mit diesem Problem hat in den vergangenen knapp 150 Jahren seit der Einführung der Sozialgesetze variiert. Er schlug sich vor allem in der Haltung gegenüber den Antragstellern nieder. Deren Verhalten wie die Untersuchungsergebnisse wurden nicht nur in Abhängigkeit von den theoretischen Annahmen der Experten, sondern auch in Abhängigkeit von deren gesundheitspolitischer Haltung interpretiert. Zu wenig stand dem gegenüber die ärztlich diagnostische Tätigkeit selbst im Zentrum. Bestenfalls wurden zusätzliche Methoden propagiert, die das übliche Vorgehen ergänzen, wie zuletzt die sogenannte Symptomvalidierung. Unseres Erachtens ist es an der Zeit, die Aussagemöglichkeiten aufgrund medizinischer Diagnostik grundsätzlich zu hinterfragen: welche Methoden bei der ärztlichen Begutachtung zur Verfügung stehen, welche angewendet werden, mit welchem Ziel, und was Gutachtende mit ihrer Hilfe aussagen können. Methoden sind nicht von Natur aus gegeben. Sie haben einen theoretischen Hintergrund, der unter Umständen nicht fassen kann, was der Gutachtende zu klären hat. Sie bedienen sich einer bestimmten Technik, deren Grenzen und Fallstricke bekannt sein müssen. Dieses längst bekannte Wissen wird zu schnell beiseitege-

Die Möglichkeit, dass ein Explorand seine Beschwerden übertreibt, erfunden hat oder nur vorgibt, hat Ärzte von den Anfängen der Begutachtung an beschäftigt.

legt, wenn Auftraggeber und Experten nach möglichst überschaubaren Vorgehensweisen fragen. Jeder klinische Untersuchungsmethode, jede Checkliste, jeder Fragebogen, jeder Test und jede Bildgebung können nur etwas aussagen, wenn der Nutzer ihr Ergebnis versteht. Jeder Mediziner weiß, dass das CT keine Abbildung ist, sondern die bildliche Darstellung errechneter Dichteunterschiede. Aber „weiß" er das auch, wenn unerklärliche Diskrepanzen zwischen Bildgebung, klinischen Befunden und Beschwerden bestehen? Jede Neuropsychologin weiß, dass ihre Testergebnisse die Leistungsfähigkeit im Alltag nicht eins zu eins abbilden kann. Aber „weiß" sie das auch, wenn sie die Leistungsfähigkeit des Exploranden beurteilt? Und „weiß" der medizinische Gutachter dies, wenn er ihre Beurteilung liest?

Angesichts dieser Herausforderungen geht es um die praktische Frage, wie man das macht – ein Gutachten erstellen, das eine einigermaßen verlässliche Aussage macht.

Während es in der Wissenschaft um die Frage geht, was eine Sache ausmacht, wie sie beschaffen ist oder im Hinblick auf die Theorie, auf welcher Grundlage sie überprüft werden kann, geht es bei der Technik oder Praxis um die Frage, wie man etwas macht (Barthes 2008).

Das Anliegen dieses Buchs ist es, dieses doppelte Wie zu erläutern:

Es will eine Handlungsanleitung bieten,
zugleich will es zum kritischen Nachdenken darüber anzuregen, was man da tut.

Dies wird u. E. auch zur Verbesserung der Standardisierung von Gutachten beitragen.

Das Handwerk ärztlicher Begutachtung

Einblick in die Werkstatt der Begutachtung

Ein wesentlicher Teil gutachterlicher Tätigkeit besteht in Denkarbeit. Statt von Denkwerk und Methodenbewusstsein zu sprechen bedienen wir uns zur besseren Verständlichkeit der Metapher vom Handwerk: Auf den folgenden Seiten bieten wir Einblick in die Werkstatt der Begutachtung. Sie benötigt (reale, aber auch elektronische und kognitive) Räumlichkeiten, in denen gearbeitet werden kann. Werkzeuge („Tools"; Instrumente, Methoden) sind notwendig, um die einzelnen Arbeitsschritte zu absolvieren. Der Gutachter muss wissen, welches Werkzeug er wofür einsetzen kann: Mit einer Lupe kann man keine Düfte verstärken und mit einem Metermaß keine Lautstärke messen. Der Experte muss sich darüber im Klaren sein, welches Instrument er gerade in der Hand hat. In einer Schreinerwerkstatt mag das noch trivial klingen, in der Denkwerkstatt nicht: Wenn man einen Nagel aus der Wand ziehen muss und einen Hammer in der Hand hat, wird

die geplante Operation kaum – oder nur unter Inkaufnahme erheblicher Schäden – gelingen.

Für den Einsatz der Instrumente bedarf es der Praxis, das heißt der Übung, der Wiederholung und der Erfahrung. Im Weiteren muss für die Herstellung des Produkts eine Technik entwickelt werden. Sie zu beschreiben, hilft nicht nur bei der Optimierung der Abläufe, sondern auch zu verstehen, wie die einzelnen Arbeitsschritte beschaffen sind, was in ihrem Verlauf entsteht, welche Probleme sich dabei auftun können, wo am ehesten Fehler unterlaufen, wie man sie entdeckt und ob und wie sie repariert werden können; wie die Arbeitsschritte ineinander greifen bzw. aufeinander aufbauen, wann Einzelteile und Zwischenprodukte welcher Prüfung unterzogen werden müssen und wie daraus schließlich das Endprodukt entsteht. Wichtig zu wissen ist, dass man bei solch komplexen Abläufen unterwegs den Überblick verlieren kann und wie man ihn wieder findet. Voraussetzung für das Ausüben des Handwerks ist neben dem Raum, den Werkzeugen und der Praxis auch umfangreiches Wissen, und zwar nicht nur über das Verfahren und die Technik, sondern auch über die Werkstoffe.

Ein Gutachten, das auf diese Weise verfasst wird, geht nicht mehr in einer „Meinung“ auf, wie bisher formuliert wurde. Es besteht in erster Linie in einer fachlich fundierten Aussage, die auf dem Hintergrund des aktuellen Wissensstandes aufgrund eines klaren methodischen Vorgehens im relevanten Einzelfall zu den vorgelegten Fragen Stellung nimmt. Gutachten zu erstellen ist keine wissenschaftliche Arbeit, aber eine Tätigkeit, die wissenschaftlichen Ansprüchen genügen muss. Aus unserer vieljährigen Praxis mit kritischer Reflexion haben wir 12 Arbeitsschritte definiert, die drei Ausgangsfragen zugeordnet werden können:

Ein Gutachten ist eine fachlich fundierte Aussage. Sie beruht auf dem aktuellen Stand des Wissens, bedient sich eines klaren methodischen Vorgehens und nimmt im relevanten Einzelfall zu den vorgelegten Fragen Stellung. Gutachterliche Tätigkeit muss wissenschaftlichen Ansprüchen genügen.

Was weiß ich?
Was heißt das?
Was kann ich aussagen?

Drei Ausgangsfragen für 12 Arbeitsschritte.

Sie entsprechen drei Ebenen methodischen Vorgehens:

Datenerhebung und Auswertung
(medizinische) Beurteilung
Übersetzung in juristische Begriffe

Zu den einzelnen Arbeitsschritten, denen der Aufbau dieses Buchs folgt, haben wir jeweils Unterfragen formuliert. Sie sollen helfen, die zum Arbeitsschritt gehörenden Aufgaben im Einzelfall zu konkretisieren. Unseres Erachtens bietet die Begutachtung bei dieser Annäherung die Chance, medizinisches Denken und Handeln auch für den klinischen Alltag kritisch zu reflektieren und das eigene methodische Vorgehen zu überdenken. Ein Handwerk ist lernbar, die Qualität seines Produkts überprüfbar. Für Anfänger notwendig ist die Einführung durch einen erfahrenen Kollegen oder eine Kollegin einschließlich Supervision. Intervision und/oder

Das Handwerk der Begutachtung ist lernbar. Die Qualität des Gutachtens ist überprüfbar.

der Austausch mit Kollegen ist u. E. für die Tätigkeit Erfahrener ebenso unerlässlich wie die kontinuierliche Selbstreflexion.

Wir haben dieses Buch für einen breiten Leserkreis geschrieben:

- für Kolleginnen und Kollegen, die ihre ersten Gutachten in Angriff nehmen,
- für Gutachtende mit Erfahrung, die angefangen haben über ihre Tätigkeit nachzudenken und auf der Suche nach Anregung und Vertiefung ihrer Kenntnisse sind, aber auch
- für Juristen, die sich nicht mit den Kurzantworten am Ende der Gutachten begnügen wollen, sondern verstehen, was sie von einem Gutachten erwarten dürfen und was bestimmte Aussagen bedeuten.

Dieser breite Adressatenkreis hat zur Folge, dass nicht alle Abschnitte in jedem Kapitel für jeden Lesenden gleich interessant sind. Es ist nicht zwingend, das Buch von Anfang bis Ende durchgängig zu lesen. Zur Orientierung folgt am Ende dieser Einführung eine Leseanleitung.

Leseanleitung

Bei der gutachterlichen Tätigkeit kann es vorkommen, dass man so vertieft eine Spur verfolgt, dass man die Orientierung darüber verliert, was für den Gutachtenauftrag zu klären ist. Die Definition der 12 Arbeitsschritte hilft in diesem Fall, die Orientierung wieder zu finden.

Zusätzlich nützlich ist die Zuordnung der Arbeitsschritte zu den oben genannten drei Ebenen methodischen Vorgehens:

- *Ebene*: Datenerhebung und Datenauswertung unter der übergeordneten Frage „Was weiß ich?“ – Kapitel 1–5: Die gutachterliche Tätigkeit beginnt nicht mit dem Aktenstudium, sondern bereits mit der Prüfung des Gutachtenauftrags, der Fragestellung und der Redefinition des Arbeitsauftrags. Für die Datenerhebung und -auswertung als Arbeitsschritte haben wir des Weiteren die Aktenanalyse (Kapitel 2), die Exploration oder Anamnese-Erhebung (Kapitel 3), die klinische Untersuchung (Kapitel 4) und die Zusatzuntersuchungen (Kapitel 5) unterschieden.
- *Ebene*: medizinischer Teil der Beurteilung unter der übergeordneten Frage „Was heißt das?“ – Kapitel 6–7: Zur medizinischen Beurteilung gehören die diagnostische Einordnung (Kapitel 6) und die ersten Schlussfolgerungen hieraus – die medizinischen Grundlagen für die Beantwortung der Fragen (Kapitel 7).
- *Ebene*: Übersetzung in juristische Begriffe unter der übergeordneten Frage „Was kann ich aussagen?“ – Kapitel 8–12: Auf dieser Ebene erfolgt die versicherungsmedizinische Einordnung oder besser die „Übersetzung in juristische Begriffe“, also die Zuordnung der medi-

zinischen Erkenntnis zum juristischen Ordnungssystem, ohne dass der Experte damit eine Entscheidung treffen darf. Diese Ebene beinhaltet von der medizinischen Einordnung getrennte, nachfolgende Aufgaben. Sie sind noch einmal aufgeteilt in vier Arbeitsschritte, bevor die Beantwortung der Frage folgt, für die all die andere Vorarbeit gemacht werden musste. Die dritte Ebene umfasst somit insgesamt fünf Arbeitsschritte.

Auf den ersten Blick mag irritieren, dass die Frage, was eine Information bedeutet (Was heißt das?) über der Auswertung einzelner Daten steht. Als übergeordnete Frage kann sie dennoch am besten das zusammenfassen, was wir als medizinischen Teil der Beurteilung bezeichnet haben. Wir unterscheiden damit zwischen der Auswertung, der Interpretation einzelner Befunde und der Beurteilung der gesamten Befundlage, bei der dann die Widersprüche und offenen Fragen etc. zutage treten. Die diagnostische Einordnung ist neben den medizinischen Schlussfolgerungen Teil der Beurteilung.

Die Kapitel 1–12 sind gleich aufgebaut:

Teil 1 enthält die Grundlagen. Hier werden die Rahmenbedingungen und die theoretischen Bezüge kurz vorgestellt.

In *Teil 2* wird die Methode bzw. die Methoden, die für den jeweiligen Arbeitsschritt von Bedeutung sind, vorgestellt mit ihrer Herkunft, Indikation und der Methodenkritik. In der Metapher vom Handwerk werden hier die einzelnen Werkzeuge beschrieben – wie sie beschaffen sind und was man mit ihnen tun kann.

Teil 3 ist dem praktischen Vorgehen gewidmet.

Eine gewisse Abweichung besteht bei den Zusatzuntersuchungen in Kapitel 5. Hier werden die u. E. für die Begutachtung am häufigsten zum Zug kommenden Methoden in 11 Unterkapiteln vorgestellt mit Grundlagen, Rohdaten und Interpretation. Der Arbeitsschritt „Übersetzung in juristische Begriffe“ (Kapitel 8) beschreibt 10 juristische Kernbegriffe, die für die Begutachtung relevant sind. Teil 1 der jeweiligen Unterkapitel skizziert die medizinische und die juristische Ordnung zum Thema, Teil 2 enthält die Begriffsdefinition, Teil 3 praktische Hinweise für die Begutachtung.

Nicht immer muss für den gutachterlich Tätigen jeder Arbeitsschritt explizit sein, er sollte aber – für die kritische Prüfung des eigenen Tuns – prinzipiell explizit machen können, was er tut. Deshalb haben wir uns nicht allein auf das praktische Vorgehen beschränkt. Man kann diese Explizierung (die genaue Beschreibung und Reflexion) der einzelnen Arbeitsschritte mit der genetischen Information eines Zellkerns vergleichen, die im Ruhezustand komprimiert ist und nur dann – und nur partiell – aufgefaltet wird, wenn sie gebraucht wird – z. B. wenn ein Stück DNA repliziert wird. Ohne Auffaltung gibt es keine Replikation.

Bei Bedarf muss jeder Arbeitsschritt expliziert, d. h. genau beschrieben und reflektiert werden können.

Für die praktische Tätigkeit empfehlen wir, nach der Einführung das Kapitel 1 ganz, von den nachfolgenden Kapiteln den jeweiligen Teil 3 sowie die praktischen Hinweise zu den relevanten Begriffen in Kapitel 8

und die Teile 3 der Kapitel 9 bis 12 und Kapitel 13.2 zu lesen. Wer seine gutachterliche Tätigkeit *vertiefen* und einen neuen, frischen Blick auf sie gewinnen will, dem empfehlen wir nach der Einführung und Kapitel 1 die Teile 1 und 2 der nachfolgenden Kapitel sowie Kapitel 8 und gegebenenfalls die Kapitel 9 bis 13.

Viele Querverweise sollen die Lektüre auf eigenen Wegen im Buch möglich machen. Auf der Marginalspalte sind die wichtigsten Stichworte zu den jeweiligen Abschnitten festgehalten. Sie sollen beim Nachlesen helfen, aber auch bei der Orientierung, wenn man nicht das ganze Buch am Stück durchlesen kann oder mag.

Ein eigenes Kapitel ist der Textproduktion gewidmet. Außerdem finden sich im Anhang Kenngrößen der medizinischen Diagnostik, das Literatur- und ein Sachwortverzeichnis.