

Die psychiatrische Begutachtung

Eine allgemeine Einführung

Ulrike Hoffmann-Richter



Thieme



Die psychiatrische Begutachtung

Eine allgemeine
Einführung

Ulrike Hoffmann-Richter

10 Abbildungen

Georg Thieme Verlag
Stuttgart • New York

Bibliographische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar

Hinweise auf Fehler, Anregungen und Kommentare sind willkommen • Bitte schreiben Sie an: ulrike.hoffmannrichter@suva.ch

Dr. med. Ulrike Hoffmann-Richter
SUVA
Fluhmattstr. 1
6002 Luzern
SCHWEIZ

Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe **dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes** entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

© 2005 Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
D-70469 Stuttgart
Telefon: + 49/0711/ 8931-0
Unsere Homepage: <http://www.thieme.de>

Printed in Germany

Zeichnungen:
Anna-Regula Hartmann-Allgöwer, Basel
Umschlaggestaltung: Thieme Verlagsgruppe
Umschlaggrafik: Martina Berge, Erbach

Satz: Fotosatz Buck, Kumhausen
Druck: Druckerei Westermann, Zwickau

ISBN 3-13-136331-2

1 2 3 4 5 6

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden **nicht** besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Vorwort

Die Psychiatrie hat sich mit Ausnahme der Forensik¹ in den letzten Jahrzehnten wenig um die Begutachtung gekümmert. Sie war mit Reformen ausgelastet und hatte auf Fragen der Begutachtung eine einfache Antwort: Fachexpertisen basieren auf Diagnostik und Therapie. Das ist psychiatrischer Alltag. Für die wirtschaftlichen und politischen Seiten sind andere zuständig. Gutachten heißt nichts anderes als Diagnostik betreiben, und das gehört zum psychiatrischen Handwerk. Genau hier zeigt sich aber, dass die Aufgabe des Gutachters Fragen aufwirft, die sich in der Akutsituation des psychiatrischen Alltags beiseite schieben lassen, wenn es um die nächsten Handlungsschritte geht.

Bei den aufgeworfenen Fragen geht es vor allem um jene, die nicht ausschließlich naturwissenschaftlich angebar sind. Sie werden von der Medizin im Allgemeinen auf das Fachgebiet der Psychiatrie projiziert: Die Frage nach den theoretischen Konzepten, nach dem Bezug zwischen Grundlagenwissenschaften – wie Biologie, Physiologie, Biochemie, aber auch Soziologie, Psychologie, Kulturanthropologie, ... und klinischer Medizin – zwischen epidemiologischen, statistischen, empirischen Ergebnissen und individueller Patientin. Die auszuwertenden Daten rangieren von MRI-Bildern über Laborwerte und Tests bis hin zu Lebensgeschichten, Krankheitsvorstellungen, der Beschreibung von Beschwerden und der Beziehungsgestaltung zwischen relevanten Personen.

Carlo Ginzburg stellt in seinen Reflexionen über die „Suche der Wissenschaft nach sich selbst“ Bezüge zwischen Geschichtswissenschaften, Kriminalistik und Medizin her. Auch in Geertz' ethnologischen „Beiträgen zum Verstehen kultureller Systeme“ finden sich Ähnlichkeiten zwischen

Medizin und Ethnologie (Ginzburg 2002). Diese Wissenschaften, die nicht zu den Naturwissenschaften gerechnet werden und gleichwohl zu den Grundlagen der klinischen Medizin gehören, sind in den letzten Jahren aus dem Blickfeld verschwunden. Die Fragen, die in ihren Bereich fallen, sind jedoch nicht gelöst. Dazu gehören Fragen zum Umgang zwischen Ärztin und Patient, zum subjektiven Krankheitsverständnis versus wissenschaftlichem Krankheitskonzept, zur wachsenden Kluft zwischen Krankheitsempfinden und medizinischen Untersuchungsergebnissen sowie zu weiteren Dingen, über die wir meinen nicht nachdenken zu müssen, weil sie sich aus ärztlicher Sicht von selbst verstehen.

Es geht also um Grundfragen der Psychiatrie: Was heißt ‚psychisch krank‘? Was sagt ein Befund aus? Was weiß ich, wenn ich ein Untersuchungsergebnis habe? Was ist eine Diagnose? Wie kommt sie zustande? Was können wir aussagen? Ebenso wichtig ist die Vermittlung in andere Sprechweisen und Denkkonzepte: die Verständigung zwischen Explorandin und Gutachter; zwischen Psychiatrie und Rechtsprechung und der Bezug zwischen medizinischem Fachgebiet und alltäglichem Leben. Diese Fragen und vor allem der Bezug zum alltäglichen Leben werden bei der Begutachtung im Bereich der Sozialversicherungen nicht durch Straftaten, Schuld und Schuldfähigkeit dominiert. Deshalb sind die Beispiele, die zur Erläuterung herangezogen werden, sämtlich aus dem Bereich der Sozialversicherungen und nicht aus dem Bereich des Strafrechts entnommen.

Wenn diese Fragen bisher nicht beantwortet sind, wird es nicht leicht sein, Antworten auf sie zu finden. Aber eine Annäherung und die eine oder andere vorläufige Antwort sind möglich: Die Ethno-

methodologie² befähigt uns, Interaktions- und Handlungsregeln der Kultur zu untersuchen, in der wir leben. Denn was uns selbstverständlich erscheint, nehmen wir nicht mehr wahr. Erst der aufmerksame, distanzierte Blick eröffnet die Sicht auf eingespielte Abläufe, auf Verhaltensweisen, deren Veränderungen oder Misslingen. Dieses Blickes werde ich mich in dieser Systematik bedienen, um zu beschreiben, was wir tun, wenn wir untersuchen und diagnostizieren. Keine Sorge, die Ankündigung einer systematischen Einführung in die Begutachtung ist kein Etikettenschwindel. Dies ist in der Tat eine Einführung. Aber der Blick auf die Tätigkeit, in die eingeführt wird, ist nicht der übliche. Die Beschreibung erhält einen anderen Rahmen. Vergleichen wir unsere Arbeit mit einem Spiel, werden nicht neuerlich die Spielregeln beschrieben, sondern die Überlegungen und Arbeitsschritte, aus denen die Spielregeln erwachsen sind und die es möglich machen, das Spiel zu beherrschen. Die Spielregeln – die traditionellen Denkwege – werden also noch nicht vorausgesetzt, sondern fortlaufend entwickelt. Die Veränderung gegenüber herkömmlichen Lehrbucheinführungen besteht neben der sorgfältigen Darstellung der gutachterlichen Datenerhebung vor allem in der Öffnung des Blicks auf die Beteiligten: auf die Hintergrundannahmen der Exploranden wie auf die der Untersuchenden, auf ihre Erhebungsmethoden, Erkenntnis- und Interpretationsschritte.

Man kann diese Methodologie als theoretische Einführung in die Systematik psychiatrischer Begutachtung lesen. Ihre Absicht ist jedoch in erster Linie eine praktische: Als Experten sind wir mit der Wirklichkeit von Leben und Leiden konfrontiert. Gutachten heißt nun nicht, die Komplexität von Leben und Leiden auf juristische Normen zurechtzustutzen, sondern ihre Wirklichkeit zu verstehen und ihre vielfältigen Facetten, ihre Konsequenzen und ihre Dynamik für die notwendigen juristischen Entscheidungen begreifbar und übersetzbar zu machen. Dazu will diese Systematik anleiten.

Folgende Regeln für Sprache und Typographie sorgen für Klarheit und erleichtern die Lektüre:

- Im nachfolgenden Text wird von der oder dem Versicherten oder dem Exploranden die Rede sein. Gebräuchlich sind außerdem die Klientin oder der Untersuchte. Die Begriffe sind nicht

scharf definiert. Wichtig ist die Unterscheidung zwischen Patienten, die die Untersucherin auch behandelt und Exploranden, die sie begutachtet.

- Der Lesbarkeit wegen werden männliche und weibliche Formen nicht immer miteinander aufgeführt, sondern abwechselnd verwendet. Sofern es nicht um konkrete Personen geht, sind Männer bei der weiblichen, Frauen bei der männlichen Form jeweils mitgemeint.
- Die herangezogenen Beispiele sind nur soweit verändert, dass die betreffenden Personen nicht identifiziert werden können. Die Namen sind geändert.
- Mit ‚Begutachtung‘ ist der gesamte Prozess, angefangen von der Annahme des Gutachtauftrags bis zum Versand des Gutachtentextes gemeint. Das entsprechende Verb ‚(jemanden) begutachten‘ ist transitiv und weckt die Assoziation eines Subjekt-Objekt-Verhältnisses. Deshalb wird zusätzlich das Verb ‚gutachten‘ als intransitive Beschreibung der Tätigkeit der Expertin herangezogen: Es umschreibt als Verb (oder substantiviertes Verb) die Tätigkeit des Gutachters für den gesamten Prozess der Begutachtung. Die ‚Gutachtererstellung‘ bezeichnet lediglich die Arbeitsschritte der Textproduktion. ‚Gutachten‘ als Substantiv bezeichnet den Gutachtentext.
- In doppelte Anführungszeichen („“) sind ausschließlich Zitate gesetzt.
- Einfache Anführungszeichen (‘) verweisen auf die Bedeutung des Wortes oder der Redewendung, die innerhalb der Anführungszeichen stehen, z. B.: Was heißt ‚psychisch krank‘?
- Alle anderen, möglicherweise auch ungewöhnlichen Formulierungen sprechen für sich und werden nicht wie Zitate oder als bloße Bedeutung hervorgehoben.
- Die Beispiele sind kursiv gesetzt. Auch wenn im Text auf sie Bezug genommen wird, erscheinen sie kursiv und nicht in Anführungszeichen, da sie nicht immer wörtlichen Zitaten der Exploranden entsprechen.

Bedanken möchte ich mich bei den Versicherten für ihr Vertrauen, das es uns ermöglicht hat, ins Gespräch zu kommen. Margrit Klaber, Bettina Rosenthal, Rüdiger Campe, Friedemann Pfäfflin, Bertrand Kiener, Gerhard Köpf, Christian Zechert und Hans-Jakob Mosimann waren trotz vielfältiger Aufgaben bereit, sich durch die vorläufigen Fassungen zu arbeiten. Sie haben mir durch ihre Fragen, ihre Anmerkungen und ihre Kritik geholfen,

Fehler zu korrigieren, zu weitreichende Exkurse zu vermeiden, für die Lesbarkeit zu sorgen und mich auf die Systematik zu konzentrieren. Matthias Reiber hat mit seiner freundlichen Beharrlichkeit dafür gesorgt, dass ich nicht aufgegeben habe und bei der Kleinarbeit der Endfassung nicht den Blick für das Ganze verloren habe. Juerg Bleuer danke ich für anregende Gespräche, Hinweise und Korrekturen zum Abschnitt über Häufigkeiten und Wahrscheinlichkeiten. Ohne die Unterstützung durch Hans-Jakob Mosimann, Peter Omlin, Franz Erni, Otmar Niederberger, Werner Brosch, Peter Janoch, Dominique Dressler, Peter Pils, Ferdinand Bohuslavsek, Andreas Kaegi und Peter Ruppeiner wäre es nicht möglich gewesen, die rechtlichen Besonderheiten in Deutschland, Österreich und der Schweiz zu berücksichtigen. Marianna Streuli hat mich bei der Endfassung unterstützt und mir die Erstellung des Literaturverzeichnisses abgenommen. Zu danken habe ich ihr vor allem für ihre Nachsicht in den Zeiten übermäßiger Belastung. Christian Ludwig hat mich darin bestärkt, das Vor-

haben nicht aufzugeben und trotz aller Alltagsanforderungen einen Platz dafür zu finden. Hans Brenner hat mir einen Lehrauftrag an der Uni Bern zugetraut. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Seminars haben mich mit ihren kritischen Fragen zur Präzisierung meiner Gedanken angehalten. Anna Hartmann hat mich durch ihre Skizzen sehr ermuntert. Sie hat die Vieldeutigkeiten, von denen im Text die Rede ist, ins Bild gebracht. Und während die einzelnen Kapitel sich in die Details begeben, helfen ihre Skizzen, das Ganze im Auge zu behalten. Dem Thieme Verlag danke ich für die großzügige Möglichkeit der Publikation. Sehr erleichtert hat mich das aufmerksame und kompetente Lektorat von Michaela Schimmer. Rolf Kaegi musste lange Zeit seine Sonntagmorgenspaziergänge alleine machen. Er musste in Kauf nehmen, dass mich das Manuskript auch dann vereinnahmte, wenn ich nicht daran saß. Ich danke ihm für sein Verständnis und seine Geduld.

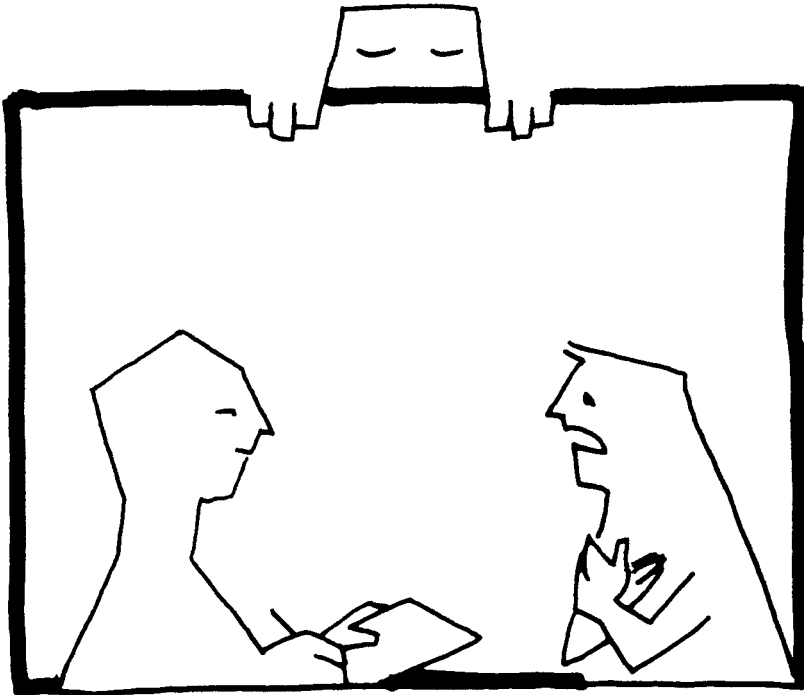
Luzern, Juni 2004

Ulrike Hoffmann-Richter

Inhalt

1	Beteiligte Personen	7	3	Datengrundlage und Methodik	29
1.1	Auftraggeber	8	3.1	Zur Methodologie	32
1.1.1	Gerichte	8	3.2	Körperliche Untersuchung und Methoden medizinischer Zusatzuntersuchungen ..	33
1.1.2	Sozialversicherungen	8	3.2.1	Erweiterte klinische Untersuchungs- techniken	34
1.2	Explorand/Explorandin	9	3.2.2	Laboruntersuchungen	34
1.2.1	Aktuelle Situation und Befinden	10	3.2.3	Bildgebende Verfahren	35
1.2.2	Entwicklung bis zur Begutachtung	10	3.2.4	Fragebögen und Tests	36
1.2.3	Unfall-/Ereignisgeschichte oder/und Krankengeschichte	10	3.2.5	Neuropsychologische Testuntersuchungen	38
1.2.4	Situation zum Zeitpunkt des Unfall- ereignisses	11	3.2.6	Häufigkeiten und Wahrscheinlichkeiten ..	38
1.2.5	Vorgeschichte – eigene Anamnese und Biographie	11	3.2.7	Soziodemographische, biographische und persönliche Daten	39
1.2.6	Befindlichkeit versus Krankheit	12	3.3	Dokumentenanalyse	40
1.2.7	Subjektive Krankheitsvorstellungen	12	3.3.1	Inhalt der Akten	41
1.2.8	Unterschiedliche Rollen	13	3.3.2	Regeln der Dokumentation	42
1.3	Gutachterin/Gutachter	14	3.3.3	Lesarten	45
1.3.1	Zum Selbstverständnis	14	3.3.4	Eigendynamik/Verselbständigung	48
1.3.2	Funktion und Aufgaben	14	3.3.5	Abschließende Bemerkung	49
1.3.3	Voraussetzungen	15	3.4	Gesprächsanalyse	49
1.3.4	Grenzen	15	3.5	Struktur ärztlichen Denkens und Handelns	53
1.4	Beteiligte Dritte	16	3.5.1	Studien	55
1.4.1	Rechtsvertreter	16	3.5.2	Gestaltwahrnehmung	59
1.4.2	Angehörige	16	3.6	Dichte Beschreibung	60
1.4.3	Behandelnde	17	3.7	Hypothetisches Schlussfolgern	63
2	Situation	19	3.7.1	Theoretische Sensibilisierung	64
2.1	Indikation und Ziel der Begutachtung ..	20	3.7.2	Formen theoretischen Vorwissens	65
2.2	Prozess der Begutachtung	22	3.7.3	Qualitative Kodierung	67
2.3	Gutachter-Klienten-Beziehung	22	3.7.4	Integration theoretischen Vorwissens	67
2.4	Interview	23	3.7.5	Zuordnung zu einem Krankheitsbegriff und Diagnosestellung	67

4	Diagnose	69	6	Praktisches	97
4.1	Krankheitsbegriff	70	6.1	Akten	98
4.1.1	<i>Krankheitskonzepte</i>	70	6.2	Exploration	99
4.1.2	<i>Vom Konzept zum Vorurteil</i>	72	6.3	Zum Denkprozess	100
4.2	Begriff der Diagnose	73	6.4	Zur Literaturrecherche	100
4.2.1	<i>Logischer Status der Diagnose</i>	74	6.5	Aufbau des Gutachtens	101
4.2.2	<i>Diagnose als Erklärung</i>	75	6.5.1	<i>Gliederung des Gutachtens</i>	101
4.2.3	<i>Diagnose als Handlungselement</i>	76	6.5.2	<i>Zu den einzelnen Abschnitten</i>	101
4.3	Nosologie	78	6.6	Nach Fertigstellung des Gutachtentextes	105
4.3.1	<i>Diagnose und Krankheitsbegriff</i>	78	7	Textproduktion	107
4.3.2	<i>Diagnosengruppen</i>	78	7.1	Textstruktur	108
4.3.3	<i>Kontext und Ziel der Diagnosestellung</i>	79	7.2	Autorschaft	111
4.3.4	<i>Reliabilität und Validität</i>	79	7.3	Subjektivität – Objektivität	113
4.3.5	<i>Einheitlichkeit und neue Diversifizierung</i> ..	80	7.4	Erzähltheorien	115
4.4	Diagnose in der individuellen Situation .	80	7.5	Aufweichung der Textgattungen	117
5	Beurteilung	83	7.6	Schlussfolgerungen für das Gutachten ..	117
5.1	Krank oder gesund?	84	8	Leseanleitung für ein Gutachten	119
5.2	Begründung der Diagnose	85	9	Anhang	123
5.3	Übersetzungsarbeit	86	9.1	Fußnoten	124
5.3.1	<i>Gesundheitsschaden</i>	87	9.2	Literatur	146
5.3.2	<i>Kausalität</i>	88	9.3	Sachverzeichnis	153
5.3.3	<i>Arbeitsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit, Berufsfähigkeit, Invalidität (MdE, GdB, IE)</i>	89			
5.3.4	<i>Zumutbarkeit/Zumutbare Willensanspannung</i>	90			
5.3.5	<i>Schuldunfähigkeit/Unzurechnungsfähigkeit/Zurechnungsunfähigkeit</i>	91			
5.3.6	<i>Freie Willensbestimmung/Urteilsfähigkeit</i> .	92			
5.4	Interpretationsfallen	93			
5.4.1	<i>Fallen in der Denk- und Übersetzungsarbeit</i>	93			
5.4.2	<i>Fallen aus Hintergrundannahmen</i>	94			
5.4.3	<i>Fallen aus Übertragung und Gegenübertragung</i>	96			



Einleitung

Wir haben allen Grund, in diesem Zusammenhang genau auf die Sprache zu achten ... Wer bestimmt, welches Wort hier im Einzelfall zutrifft, welche Praxis also zu greifen hat? ... dass die sprachliche Definition der Begriffe und damit die soziale Konstruktion der Sachverhalte dem Handeln vorausgeht ... Nie entscheidet die Medizin nur über den Einzelfall; denn die Konstruktion der Kategorien, unter die der Einzelfall in der Sprache wie in der Praxis subsumiert wird, ist ein sozialer, kultureller Prozess ... Vor aller Therapie steht im medizinischen Diskurs die Definition von ‚gesund‘ und ‚krank‘, die Abgrenzung von ‚normal‘ und ‚pathologisch‘. Nicht die Heilkunst der Medizin steht hier zur Diskussion, sondern ihre Deutungsmacht, ihre Rhetorik.

(Käser 1998, S. 13–14)

Gutachten ist eine ungeliebte Tätigkeit: Wenn die Patientinnen und Patienten versorgt sind, wenn Seminare absolviert, Arztbriefe geschrieben, Sitzungen beendet und die Nachtdienste durchgestanden sind, warten in Rand-, Abend- und Wochenendstunden die Akten samt den Notizen über die Exploration. Als Teil der Facharztweiterbildung ist die Erstattung von Gutachten Pflichtteil ärztlicher Tätigkeit. Schon die Arztbriefe sind für viele ein mühsames Geschäft. Gutachten wird als notwendiges Übel zum Inbegriff qualender Textproduktion: Wer ist der Adressat? Welche explorierten Gesprächsinhalte des Exploranden oder der Explorandin gehören ins Gutachten? Auf welches Wissen kann das Gutachten Bezug nehmen? Wie muss es aufgebaut werden? Gibt es standardisierte Formen, ritualisierte Formulierungen, eine spezielle Sprache? Wie weit lohnt es, sich in die Materie zu vertiefen?

Unter ärztlicher Tätigkeit wird nach wie vor die Verordnung von Medikamenten, wird das Operieren oder die Psychotherapie, kurz die Behandlung verstanden. Gutachten gilt als zeitraubende, im Grunde nicht ärztliche Tätigkeit. Sie ist aus administrativen Gründen unvermeidlich, wird aber als Alltagsgeschäft abfällig betrachtet. Ausgenommen sind lediglich hoch komplexe Fragestellungen, mit denen Koryphäen beauftragt werden.

Gutachten heißt den eigenen Denkprozess transparent machen

Aber dies ist nicht die einzig mögliche Perspektive: Woher weiß der Behandelnde, was er zu tun hat? Wie kommt es, dass die Klärung dieser Frage wie von selbst gegeben zu sein scheint? Bevor die Behandlung, bevor eben jene als genuin ärztliche Aufgabe verstandene Tätigkeit beginnen kann, muss eine Untersuchung stattfinden. Die Diagnostik sollte zumindest zu einer ersten Beurteilung darüber führen, woran der Patient oder die Patientin leiden. Das bedeutet, dass die klinische Untersuchung – und der kleine oder unendliche Apparat an weiterer Diagnostik – zum nachfolgenden Denkprozess zwingen: Was habe ich gesehen, gehört, gefühlt, herausgefunden? Welche Daten stehen mir zur Verfügung, und welche Schlüsse ziehe ich daraus? Auf welchen klinischen, evidenzbasierten, wissenschaftlichen und theoretischen Grundlagen beruht meine Schlussfolgerung? Die Diagnose ist eine Arbeitshypothese. Sie

enthält eine Handlungsanweisung. Dies entspricht dem Verständnis von Medizin als Handlungswissenschaft.³ Dieser Denkprozess gehört zum Kern ärztlicher Tätigkeit. Er ist unvermeidlich. Und oft ist es die Notwendigkeit der Kommunikation, die zur Ordnung der eigenen Überlegungen zwingt. So lange ich für mich allein ‚weiß‘ – oder meine zu wissen – worum es geht, betrachte ich den Denkprozess als bereits abgeschlossen. Muss ich jedoch den ‚Fall‘ präsentieren, brauche ich Beratung aus einem anderen Fachgebiet oder die Supervision eines erfahrenen Kollegen; muss ich meine Gedanken ausformulieren. Schon der Versuch des mündlichen Vortrags zeigt nicht selten, dass die bisherigen Gedanken vorläufig und lückenhaft sind. Noch mehr zeigt sich dies beim Versuch der schriftlichen Fassung. Ein Arztbrief ist in diesem Sinne die schriftliche Fassung der eigenen Überlegungen und der daraus resultierenden Maßnahmen in Form einer Mitteilung an eine Kollegin. Das Gutachten entspricht einem anderen Teil eines Gesprächs. Beim Gutachten muss ein weiterer Schritt vollzogen werden, nämlich Anamnese, Untersuchung, Befund, Diagnose und Beurteilung einem fachfremden Adressaten zu vermitteln. Ein Gutachten zu verfassen heißt deshalb zuerst, sich über den eigenen Denkprozess Rechenschaft abzulegen.

Gutachten ist Übersetzungsarbeit

Übersetzungsarbeit ist in zwei Etappen gefordert. Aus dem Alltagserleben in psychiatrische ‚Daten‘, die wiederum in juristische Normen übertragen werden müssen. Diese Anforderungen sind schon ohne Dolmetscher mit komplexen Übersetzungsaufgaben vergleichbar. Alltagsbegriffe haben kein natürliches Pendant in Fachausdrücken. Subjektives Erleben, Erzählen von biographischen Zusammenhängen, Unfallereignissen und Krankheitsverläufen sind nicht identisch mit herausgefilterten Symptomen, Syndromen oder gar Diagnosen. Und psychiatrische Diagnosen sind nicht gleichzusetzen mit dem juristischen Begriff der Geisteskrankheit. Ebenso wenig ist ein juristisch festgehaltenes ‚typisches Beschwerdebild‘ (z. B. bei HWS-Distorsion) identisch mit einem medizinischen Syndrom. Die Annahme der Glaubwürdigkeit ist keine medizinische, sondern eine juristische Aufgabe. Das Feststellen der ‚Glaubhaftigkeit‘ von Zeugen in der Frage nach ihrer Aussagefähigkeit wird jedoch zuweilen von Psychologen und Psychiatern eingefordert.

Unter ‚Aggravation‘ wird juristisch schnell ein bewusstes Fehlverhalten verstanden, wenn nicht gar Täuschung, während der Begriff psychiatrisch nicht eindeutig definiert ist: Dabei kann es sich um sekundären Krankheitsgewinn, um Verhalten bei mangelnder sprachlicher Verständigung, um ein Symptom einer Konversionssymptomatik, um das Begleitsymptom bei Querulation, um Versicherungsbetrug oder um noch andere Verhaltensweisen handeln. Gutachten heißt, eine Expertenaussage zu machen. Trotz des häufig geäußerten Plädoyers für Interdisziplinarität sind die Fachgrenzen keineswegs so fließend, wie dies zu erwarten wäre. Weder zwischen den medizinischen Fachgebieten noch zwischen Medizin bzw. Psychiatrie und biologischen wie sozial- und geisteswissenschaftlichen Grundlagenfächern. Jedes Fachgebiet denkt und handelt nach seinen eigenen wissenschaftlichen Grundannahmen. Schon diese sind für Fachfremde nicht ohne weiteres erkennbar. Das Diagnosesystem muss erläutert werden. Eine Fülle ganz unterschiedlicher ‚Daten‘ wird zusammengetragen und als Gesamtheit interpretiert.

Gutachten ist Teil eines Gesprächs

Die Expertenaussage hat einen Adressaten: Sie ist Teil eines Gesprächs. Der Auftraggeber ist der erste Adressat. Weitere müssen sofort mitgedacht werden. Dazu gehören in erster Linie die Explorandin, aber auch Kollegen anderer Fachrichtungen, die Administration einer zweiten Institution, das Gericht etc. Eine besondere Gesprächsebene betritt der Gutachter mit dem Exploranden in der Untersuchungssituation. Die persönliche Begegnung dieser beiden Beteiligten findet in einer Umbruchssituation im Leben des Versicherten statt. Ob die Begegnung gelingt, entscheidet auch über die Gründlichkeit und Verlässlichkeit, mit der die spätere Beurteilung abgegeben werden kann. Und nicht zuletzt setzt der Prozess der Begutachtung bei den Beteiligten etwas in Bewegung, das zum ursprünglichen Anlass der Begutachtung hinzuge-dacht werden muss. Alles, was in der Begegnung zwischen Menschen geschieht, verändert die Ausgangssituation. Voraussetzung ist, dass sich die Beteiligten verständigen können.

Gutachten entspricht einer komplexen Handlung an der Nahtstelle zwischen Medizin, Gesellschaft, Kultur und Politik

Mit der Begutachtung wird von psychiatrischer Seite festgestellt, ob eine psychische Erkrankung vorliegt und welchen Ursachen sie gegebenenfalls zugeordnet werden muss. Sprechen – wie die Verfassung des Gutachtentextes – ist nicht auf die geäußerten Worte reduzierbar. Dies hat schon die Begriffsklärung zur Aggravation gezeigt. Das Gutachten ist die fachliche Grundlage für die rechtliche Entscheidung darüber, ob eine bestimmte Versicherung Leistungen zu erbringen hat. Aus Beschwerden, aus Unglück und Leid wird – über die Definition eines krankhaften Zustands – ein entschädigungspflichtiger Tatbestand. Heißt dies, Leiden zu pathologisieren, zu ‚medikalisieren‘? Ist es möglich, diese Prozesse zu trennen? Unterschieden wird klassischer Weise zwischen Befindlichkeitsstörungen und Beschwerden ‚von Krankheitswert‘, zwischen ‚Life Events‘ oder Traumata (früher ‚Schicksal‘ genannt) und Krankheit. Aber spätestens seit der Entschädigung der Spätfolgen einer Haft in Konzentrationslagern ist klar, dass es keine scharfe Grenze zwischen der Erfahrung von Traumata und Krankheit geben kann (vgl. u. a. Fischer-Homberger 1975; Paul u. Herberg 1967; von Bayer u. a. 1964; Herberg 1971; Matussek 1971; Niederland 1980; Young 1995, Plog 1998; Süß 1998). Bisher schwanken die Beurteilungen zwischen Ignorieren oder ‚Wegerklären‘, von Beschwerden einerseits und Pathologisieren von Missbefindlichkeit mit der Unterstützung regressiver Bedürfnisse andererseits. Langfristig wirkt die gutachterliche Beurteilung auf das Verständnis von Krankheit und Gesundheit im Alltag zurück. Das bedeutet, dass der Akt der Begutachtung nicht im abgeschlossenen Bereich des Gesundheitswesens stattfindet oder auch, dass das Sozial- und Gesundheitswesen kein isoliertes Dasein führt. Die Folgen von Krankheitsverständnis und rechtlichem Rahmen und die Rückwirkungen der Begutachtung auf Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen, wie auf die Erwartungen an die Lebensgestaltung in unserer Gesellschaft, können in diesem Rahmen nur kurz angedeutet werden⁴.

Kann Leid nur anerkannt werden, wenn es als Krankheit verstanden wird? Darf Leiden die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen? Die umfangreiche Literatur zu den Folgen von Arbeitslosigkeit steht

in krassem Gegensatz zur Annahme, dass mit Entschädigung und Berentung den Betroffenen in jedem Fall Gutes geschehe. Ist es eine natürliche Folge konjunktureller Schwankungen oder gar der Tendenz, dass der Arbeitsgesellschaft die Arbeit ausgeht, dass Renten großzügiger zugesprochen werden, wie dies in den letzten Jahren geschehen ist? Ist individuelle Krankheit eine Lösung für die Krise der Erwerbsgesellschaft? Steht das Prinzip Behandlung und Rehabilitation vor Entschädigung und Rente zur Disposition? Oder ist dies ein ungewollter Trend, der bedacht und diskutiert sein will? Ist es eine natürliche, zwingende Folge der Anerkennung psychischer Erkrankungen, dass mehr Menschen berentet werden? Heißt das wirklich, dass die Gesellschaft kränker geworden ist, wie so gerne geklagt wird? Soll die Krise des Arbeitsmarktes in der Industriegesellschaft durch Medikalisation, durch Krankschreibung, Behandlung, Verordnung von Medikamenten und weiteren Therapeutika mit entsprechendem Aufschwung sämtlicher Industrie- und Dienstleistungszweige bewältigt werden?

Was ist Gutachten?

Solche weitreichenden Fragen drängen sich bei der Tätigkeit des Gutachtens früher oder später auf. Sie verführen dazu, Tendenzen zu befördern oder ihnen Einhalt gebieten zu wollen. Aber Privatmeinungen und Privatentscheidungen sind ebenso wenig tauglich für Gutachten, wie intuitive Äußerungen oder politische Stellungnahmen. Gutachten heißt, eine Einzelfallentscheidung treffen zu müssen. Das ist von medizinischer Seite ebenso unstrittig wie von juristischer Seite. Im Einzelfall der psychiatrischen Begutachtung geht es darum, ob Beschwerden Krankheitswert haben, ob aufgrund der aktuellen fachärztlichen Erkenntnis eine Erkrankung oder Störung vorliegt, was über ihre Kausalität gesagt werden kann und welche Konsequenzen dies für die weitere Entwicklung und für die Arbeitsfähigkeit hat etc. Gutachten heißt nicht, einer administrativen oder juristischen Entscheidung vorzugreifen. Soziale oder menschliche Erwägungen dürfen angemerkt werden. Sie entheben aber nicht von der vorgängigen wissenschaftlichen und klinischen Beurteilung. Dass ein Sachverhalt medizinisch-psychiatrisch geklärt werden muss, heißt noch nicht, dass sich in diesem Kontext keine juristische Frage stellt. Probleme von Krankheit und Gesundheit basieren

nicht auf rein medizinischen Wahrheiten. Rudolf Käser hat Recht: Es geht nicht nur um die Heilkunst. Zweifellos hat die Begutachtung Rückwirkungen auf Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen. Aber die Deutungsmacht der Medizin ist begrenzter als es von außen erscheinen mag. Sie wird eingerahmt durch gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Interessen und Entwicklungen. Es mag sein, dass solche Interessen von einzelnen Gutachtern verfolgt werden. Die Seriosität des Gutachtens wird dadurch in Mitleidenschaft gezogen, und die Kompetenzen des Gutachters werden überschritten. Weil Gutachten ebenso sehr eine Expertenaussage ist wie eine komplexe Handlung an einer Nahtstelle des Gesundheitswesens, ist zuallererst das seriöse Handwerk gefragt. Dazu will diese Systematik eine praktische und zugleich kritisch reflektierende Anleitung geben.

Was macht nun dieses Handwerk aus? Die Frage verbietet, auf Intuition zu verweisen. Das ist auch ihre Absicht. Intuition gehört nicht zum Handwerk, sondern zur Kunst. Sie kann sich aus dem Handwerk entwickeln, aber sie taugt nicht zum Handwerkszeug. Das Handwerkszeug besteht im systematisch-methodischen Vorgehen auf drei Ebenen: Auf der ersten Ebene werden die Daten erhoben und methodenkritisch ausgewertet. Auf der zweiten Ebene wird durch hypothetisches Schlussfolgern eine Diagnose gestellt. Daraus werden Folgerungen abgeleitet. Auf der dritten Ebene werden die medizinischen Erkenntnisse in juristische Begriffe übersetzt.

Die Ansprüche an dieses Vorgehen unterscheiden sich nicht von denen an wissenschaftliche Tätigkeit. Gutachten ist nun aber nicht mit einer wissenschaftlichen Untersuchung gleichzusetzen. Insbesondere entspricht die Ausgangssituation nicht der bei einem Experiment. Während in einer Experimentalsituation einzelne Variablen untersucht werden können, indem alle Variablen außer der zu untersuchenden ausgeschlossen oder konstant gehalten werden, trifft der Gutachter auf eine vorgegebene Situation in einem Moment, vor dem schon vieles geschehen ist. Seine Aufgabe besteht darin, alle beteiligten Variablen zu erkennen und ihren Einflussmöglichkeiten nachzugehen. Dafür muss er eine Fülle von Daten auswerten und weitere selbst erheben. Die dazu notwendigen Untersuchungsmethoden muss er ebenso kennen