

Der Gutachter im Spannungsfeld der Parteien und der Wissenschaft¹

■ H. R. Stöckli

Liestal

Summary

Stöckli HR. [The medical expert caught between the interests of the parties involved and science.] *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2005;156:87–93.

The role of the medical expert fundamentally transforms the normal relationship based on trust between the doctor and the patient. The patient is degraded to the status of a person who is to be judged without any claim to medical advice and support, the doctor to the status of an objective advisor to administrators and the courts, robbed of his healing commission, which defines the very being of a doctor. This gives rise to an atmosphere of tension which can easily lead to various unhelpful reactions from both the patient and the doctor, which can make it extremely difficult to arrive at the correct conclusion: on the patient's side this can be aggravation, simulation, the concealing or trivialisation of facts and on the doctor's side unhelpful emotional reactions, conscious or subconscious rejection or identification with the patient. A further area of tension, which may equally adversely affect the role of a medical expert, can be found between specialists and insurers or other initiators. The conflict with science occurs especially in the area of whiplash injuries and increases the tensions with the legal system. The following problem areas are listed together with the appropriate recommendations.

1. Inform the patient immediately at the first meeting clearly and extensively about the task of a medical expert and about his obligation to absolute neutrality.
2. Begin with an unstructured case history, let the patient describe his symptoms, cares and fears in his own words, show interest in him, show

empathy and in this way win his trust. Only then follows the

3. *Structured case history* (via questions). This serves the purposes of clarification and completing the case history.
4. If possible, dictate the case history in the presence of the patient, explain any specialist terminology (which actually does not belong in a case history), ask him if anything is unclear, allow the patient to spontaneously clarify his statements during the dictation. In this way you demonstrate openness and guarantee a correct personal case history. Allow yourself plenty of time for this!
5. Put yourself in the position of the patient. He has to tell his story of suffering, which may go back over many years, in one or two hours to a doctor whom he does not know. Just after leaving the surgery, or a couple of days later, most patients remember facts which they have forgotten to mention, but which seem to be important to them. Give the patient the opportunity from the very beginning to make such additions, whether they are so important or not (most of them are not) is secondary. It all contributes to the establishment of trust. Personally, I inform the patients at the end of the first meeting that over the next few days they should make a note of anything they have forgotten and send me the main points to add to the case history. During the second or final meeting you can discuss the additions once again.
6. *Discussion*: Discuss the final report with the patient in a form that is easy for him to understand. Take sufficient time for this! Explain to him in simple terms how you arrive at your conclusions, maybe read him the relevant passages of the conclusions and therefore you should always pay attention that your choice of words is easily comprehensible.

Korrespondenz:

Dr. med. Hans Rudolf Stöckli
Neurologie FMH
Kasernenstrasse 22a
CH-4410 Liestal
e-mail: hrstoeckli@datacomm.ch

1 Hauptvortrag an der 173. Tagung der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft (Luzern, 13.–15. Mai, 2004)

7. *Avoid any form of secrecy*, inform the patient of his right to see the report. This way you will avoid later complaints and the patient will understand your position, even if it goes against him.

Keywords: medical expert

Einleitung

Zum Zeitpunkt einer Begutachtung stehen die Meinungen der beiden Parteien – einerseits des Patienten und seines Rechtsvertreters, andererseits des Versicherers, letzterer häufig identisch mit dem Auftraggeber – meist auf Konfrontationskurs. Nicht selten versucht die eine oder andere, oft auch beide Parteien, verdeckt oder offen, auf den Gutachter Einfluss zu nehmen (suggestiv formulierte Fragenstellungen, Telefonate, tendenziöse Hintergrundinformationen usw.). Der Umstand, dass die Medizin nicht eine exakte, normative, sondern lediglich eine Erfahrungswissenschaft mit naturwissenschaftlichem Hintergrund ist, macht alles schwieriger, denn die Meinung der medizinischen Wissenschaftler ist in diversen Gebieten uneinheitlich, divergent. Wohl kommt dem Gutachter nur eine Beraterfunktion zwecks Erledigung der administrativen und juristischen Fragen zu, er ist Werkzeug, Gehilfe der Administration und der Justiz. Doch angesichts der Kämpfe, die zwischen den Parteien um den angeblich richtigen Gutachter ausgefochten werden, beschleicht einen das ungute Gefühl, dass ihm de facto indirekt doch eine nahezu richterliche Funktion zukommt. So hat der Präsident des Schleudertraumaverbandes vor kurzem in der Neuen Zürcher Zeitung [1] verlauten lassen, in erster Linie entscheide die Wahl des Gutachters, wer den Prozess gewinne. Und so sind die auf solchen wissenschaftlich umstrittenen Gebieten von allen Parteien anerkannten Gutachter rar geworden, sie sind chronisch überlastet, und die Wartezeiten für bestimmte Gutachten sind unerträglich lang geworden.

Die häufigsten Probleme ergeben sich erfahrungsgemäss im Spannungsfeld zwischen Gutachter und Versicherten respektive Patienten, häufig aber auch im Spannungsfeld zwischen Gutachter und Versicherer (oft auch Auftraggeber). Das Spannungsfeld zur Wissenschaft kommt besonders im Bereich der *whiplash injuries* zum Tragen und nährt unter anderem den Boden für das Spannungsfeld zur Rechtsprechung.

Das Spannungsfeld zum Patienten

Vom Arzt erwartet der Patient üblicherweise Hilfe bei Krankheit und Befindlichkeitsstörungen, er erwartet eine Diagnose, eine Therapie, kurz die Wiederherstellung seiner Gesundheit. Dabei setzt er die 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 gestört. Andererseits ist ohne ein minimales Vertrauen eine gutachterliche Beurteilung kaum möglich, weshalb sich der Gutachter bemühen muss, seine Funktion als absolut neutrale Instanz dem Patienten nahezubringen. Sofern die Versicherung als Auftraggeberin auftritt, ist diesem Punkt ganz besondere Beachtung zu schenken. Zu häufig wird in dieser Situation der Gutachter als verlängerter Arm der ihn honorierenden Versicherung angesehen. Durch das Interesse, die Empathie, die der Gutachter dem Patienten entgegenbringt, durch die menschlich-teilnehmende Art, wie er sich um dessen Belange und Sorgen kümmert, ohne seine neutrale Gutachter-Stellung zu verlassen, vermag er das kritische Vertrauen des Patienten zu gewinnen, das zur Erledigung dieser Aufgabe notwendig ist, eine Gratwanderung, die Erfahrung und Fingerspitzengefühl erfordert.

Der Patient andererseits muss einem fremden Arzt gegenüber, der aus seiner subjektiven Sicht schicksalhaft über ihn entscheiden wird, in sehr kurzer Zeit seine Beschwerden glaubhaft machen, oft eine schwierige Aufgabe für Patienten mit niedriger Bildung, mit psychischen Problemen, mit Sprachproblemen, ebenso für Patienten aus anderen Kulturkreisen. Wohl sind viele Patienten im Rahmen der Exploration bestens kooperativ, viele aber neigen – oft in Abhängigkeit von kulturellen Hintergründen – in dieser für sie sehr belastenden Situation zur *Aggravation*, also zur psychogenen Symptomverstärkung auf Grund von bewusstseinsnahen oder -fernen Sicherheitswünschen; dies in aller Regel aber nicht in betrügerischer Absicht, sondern als Überverdeutlichungstendenz im Bemühen darum, dem fremden Untersucher in der zeitlich befristeten Untersuchungssituation die Beschwerden möglichst glaubhaft 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 aggravatorischerer Art und Weise zu beweisen versuchen. Dies trifft besonders für Schmerzsymptome zu, die als solche schwer fassbar sind, aber auch für andere Befindlichkeitsstörungen. Ein ungeübter oder zu wenig sich

Tabelle 1

Wichtige Indizien für Aggravation/Simulation
Diskrepanz subjektive Beschwerden/Verhalten/ Beeinträchtigung
vage, wechselhafte Beschwerdeschilderung
appellativ-demonstrative Klagen und Verhalten
geringer Leidensdruck trotz massiver Beschwerden
neurologische Ausfälle oder Schmerzen diskrepanz zu anatomisch-funktionellen Gegebenheiten
wechselhafte, widersprüchliche Befunde bei Untersuchung
kein Ansprechen der Beschwerden auf jegliche therapeutische Massnahme
Diskrepanzen zu Fremdanamnese

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 Patienten und Gutachter, die Übertragung und Gegenübertragung ist aufgegleist. Denn auffällige psychogene Symptome während der gutachterlichen Untersuchung sind gar nicht so selten Folge eines ungünstigen Gutachter-Verhaltens. Der Arzt muss in der Lage sein, mit dieser psychogenen Überverdeutlichungs-tendenz emotionslos umzugehen, er muss den Anteil der Aggravation durch genaue und wiederholte Untersuchung präzise zu erfassen wissen (Indizien siehe Tab. 1), ohne diese unter- noch überzubewerten, eine schwierige und sehr zeitaufwendig Aufgabe. Die *Aggravation* birgt aber auch die *Gefahr*, hinter der psychogen bedingten Symptomverstärkung *effektive Defizite*, zum Beispiel neuropsychologische Ausfälle oder Lähmungen, zu verpassen. Deshalb hat gerade bei solchen Patienten die Untersuchung sehr präzise, zeitaufwendig und eventuell wiederholt zu erfolgen.

Die Anamnese: sie ist das A und O der Begutachtung und häufiger Grund zu Missverständnissen und Spannungen zwischen Patient und Begutachter. Oft handelt es sich lediglich um geringe Differenzen bezüglich Unfallablauf oder Sachlage, um irrelevante Bagatellen, die aber aus Sicht des Patienten die Vertrauenswürdigkeit in den Gutachter bereits schwer erschüttern können. Der Gutachter macht seinerseits oft die Erfahrung, dass gewisse Patienten Fakten verschweigen. So erhält man meiner Erfahrung nach bei Patienten mit einem Status nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma auf die Frage: «Litten Sie schon früher einmal unter Nackenschmerzen?» an-

gesichts deren Prävalenz viel zu oft die Antwort «Nein». Der erfahrene Gutachter vermag aber dieses «Nein» aufgrund der Art und Weise, wie es über die Lippen des Patienten kommt, tiefer zu deuten. Ein «eigentlich nein» oder ein zögerliches «Nein» spricht für frühere Beschwerden. Zudem sieht man sich als Gutachter immer wieder vor die Tatsache gestellt, dass Patienten *im Verlaufe der Zeit* über eine *relevante Symptomzunahme* oder gar über *neue Symptome* klagen. Den Gutachter befällt dabei Skepsis, den Patienten Enttäuschung ob dem Umstand, nicht glaubhaft zu sein. Wohl haben Sekundärverschlechterungen häufig eine psychogene Ursache, doch nicht selten handelt es sich dabei zum Beispiel um die Folge eines bisher verkannten oder verschwiegenen sekundären Schmerzmittelabusus, bei Patienten mit einem «HWS-Beschleunigungstrauma» eventuell um eine posttraumatische Migraine cervicale mit Übergang in eine chronische Migräne. Ebenso machen sich neurokognitive Einbussen oft deutlich verspätet bemerkbar, häufig erst einige Zeit nach Wiedereingliederung in den vollen Arbeitsprozess, also nach Aufhebung der von allen Seiten akzeptierten Schonfrist. Für die gutachterliche Beurteilung solcher und anderer Sekundärverschlechterungen sind die sogenannten Brückensymptome von ausschlaggebender Bedeutung (Symptome oder Symptomfragmente im Intervall zwischen Unfall und Unfallfolgen unter anderem EVG U 174/2000 [2]).

Auch die *Einschätzung der Zumutbarkeit* durch den Gutachter ist in das Kapitel «Spannungsfeld zwischen Arzt und Patient» einzubinden: wohl ist die *Impairment*, also die rein organische strukturell-funktionelle Beeinträchtigung aus medizinischer Sicht relativ einfach einzuschätzen. Doch die Beurteilung der für die Zumutbarkeit ausschlaggebenden *Disability*, also die Auswirkung der strukturell-funktionellen Beeinträchtigung auf das berufliche Umfeld, bereitet uns Medizinern sehr oft Schwierigkeiten. Mangels genügender Sachkenntnis sind hier Fehleinschätzungen vorprogrammiert.

Das Spannungsfeld zwischen Gutachter und Versicherer

Diverse Probleme wären unter diesem Thema zu diskutieren, beispielhaft erwähnt seien: unvollständige Aktenlage, suggestive Fragestellungen, ungenügende Absprache zwischen Versicherer respektive Auftraggeber und Patient respektive Patientenanwalt, zu hohes Vertrauen der Versicherer in Echtzeitakten, zu negative Haltung der

Versicherer gegenüber Aggravation, Verkennung von Sekundärschäden und die zunehmende Tendenz der Versicherer, auf ausländische Gutachter auszuweichen.

Die Bewertung der Früh- und Echtzeitakten durch die Versicherer

Ein weiteres Spannungsfeld ergibt sich in der Bewertung der sogenannten *Früh- oder Echtzeitakten*. Versicherungsseits wird meines Erachtens diesen Akten oft ein zu grosses Gewicht beigemessen. Sicherlich sind zum Beispiel die Fragebogen für HWS-Distorsionstraumen, die beim Erstkontakt mit dem Patienten auszufüllen wären, eine grosse Hilfe, doch dürfte die Qualität dieser Erhebung oft zu wünschen übriglassen. Der fachliche und zeitliche Stress dürfte oft dazu führen, dass diese Fragebogen verspätet, nach Stunden, Tagen oder gar Wochen ausgefüllt werden, dies wohl zu oft mit ganz relevanten Informationseinbussen. Zudem sind vordergründige Symptome häufig so vorherrschend, dass andere, als irrelevant oder bedeutungslos gewertet, erst gar nicht notiert werden, welche dann aber später für die Beurteilung des Falles (Brückensymptome) von Relevanz wären. Andere Symptome manifestieren sich sehr oft verspätet, wie Schwindelbeschwerden oder neuropsychologische Defizite. In Berücksichtigung dieser Fakten fehlt mir deshalb etwas der Glaube in die überhohe Relevanz von Echtzeitakten, ohne ihre grosse Bedeutung schmälern zu wollen.

Haltung gegenüber den psychogen-situativen Einflüssen

Differenzen zwischen Versicherer und Gutachter zeigen sich oft auch in der Haltung gegenüber posttraumatischen *psychogen-situativen Einflüssen*, denen die Versicherer oft sehr skeptisch bis ablehnend gegenüberstehen. Bekanntlich kann gemäss heutiger Rechtsprechung der ursächliche Zusammenhang mit dem Unfall nicht mehr damit negiert werden, dass bei vielen anderen Personen, die dem gleichen Ereignis ausgesetzt waren, der Schaden in dieser Art und Weise nicht eingetreten ist oder eingetreten wäre. Die Schädigung am betreffenden Individuum ist heute relevant und nicht mehr die Schädigung an einer virtuellen Durchschnittsperson. Diese Aussage bezieht sich auch auf *psychische Symptome*, zum Beispiel auf *posttraumatische Belastungsstörungen*, *teils auf Anpassungsstörungen*, *auf reaktive Depressionen*, sofern vor dem Unfall nicht eine psychische Kon-

stellation vorlag, die bei anderen alltäglich vorkommenden Life events zum gleichen Ergebnis geführt hätte. Vorausgesetzt, dass das Unfallereignis für den Verlauf nicht wegdenkbar ist, im Sinn einer *Conditio sine qua non*, ist unter diesen Umständen eine Unfallkausalität gegeben (Ausnahme: schwere Aggravation oder Simulation). Selbstverständlich ist ein allfälliger Vorschaden von Krankheitswert in Abzug zu bringen. Diese heute geltende medikolegale Doktrin hat einiges vereinfacht, scheint aber doch noch zu wenig bekannt zu sein. *Rein somatoforme Schmerzstörungen* auf rein psychosozialer und/oder soziokultureller Basis ohne posttraumatische psychische Störungen von Krankheitswert stellen aber laut neuesten EVG-Beschlüssen vom 16.10.2003 und 12.3.2004 (EVG I 101/03 resp. 127 V 299 Erw. 5 resp. I 683/03) *sozialversicherungsrechtlich (betrifft IV-Fälle) keinen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden mehr dar* [2].

Haltung des Versicherers zur Neuropsychologie

Warum die oft skeptisch-negative Einstellung der Versicherer gegenüber der *Neuropsychologie*? Dies hat seine Gründe, denn die neuropsychologischen Defekte finden sich oft nicht in den so versicherungsrelevanten Früh- oder Echtzeitakten; sie werden oft verspätet manifest, oft erst in der vollen beruflichen Belastungssituation, sie sind zudem unspezifisch, die Resultate stark vom Untersucher abhängig und ihre lokalisatorische Aussagekraft beschränkt, was aber nicht heisst, dass solche nicht existieren. Leichte bis mässige neurokognitive Einbussen werden meiner Erfahrung nach von Seiten der Privatversicherer noch zu oft mit psychischen Symptomen, mit psychischen Überlastungsphänomenen verwechselt; die berufliche Reintegration erfolgt dann unangepasst, die Schere zwischen Leistungserwartung und effektivem Leistungsvermögen öffnet sich, der Patient gerät in Selbstzweifel, depressive Symptome, eventuell zunehmende aggravatorische Neigungen als Alarmzeichen der drohenden Dekompensation kommen auf und die schlechte Prognose ist bei verpasster Diagnose vorgezeichnet.

Der Gutachter im Spannungsfeld der Wissenschaft

Hier ist vor allem vom *kraniozervikalen Beschleunigungstrauma* zu sprechen. Die divergenten Auffassungen und Standpunkte sind bekannt. Der Hauptstreitpunkt bezieht sich auf die Frage, ob es

beim reinen kraniozervikalen Beschleunigungstrauma ohne Kopfkontusion respektive ohne Bewusstlosigkeit über *axonale Schermechanismen zu strukturellen Hirnschäden* kommen kann. Damit verbunden ist auch eine divergente Bewertung der *neuropsychologischen Beschwerden und Befunde*, die nicht spezifisch sind, aber öfters bei solchen Patienten gefunden werden. Die bildgebenden Untersuchungen fallen meistens normal aus (CT, MR), was eine Hirnschädigung allerdings keineswegs ausschliesst. Abnorme SPECT- und PET-Befunde wurden beschrieben, sind aber unspezifisch und wurden durch andere in Frage gestellt [3–6]. Genausowenig beweisend für eine häufige Existenz von Hirnschädigungen bei einem reinen Beschleunigungstrauma ist das Heranziehen von Tierversuchen oder das Zitieren von Patienten-Raritätenfällen der Literatur. Die Fragen sind

immer noch offen, es gibt nach wie vor relevante Meinungsdivergenzen und die Problematik wird im medikolegalen Umfeld oft recht emotional angegangen.

Wohl ist es zu gewissen Annäherungen der beiden Meinungs-lager gekommen. So hat die *Kommission «Whiplash-associated Disorders»* der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft [7] vor 3 Jahren *gewisse Konsenskriterien* aufgestellt (Tab. 2), andererseits wurde versucht, eine Annäherung beider Meinungen durch die Hypothese zu erreichen, dass, sofern es sich nicht um die Folge einer eigentlichen strukturellen Hirnschädigung handelt, zumindest *funktionelle Störungen auf neuronal-biochemischer oder vaskulärer Ebene* vorliegen. Doch auch das ist nicht belegt und erwies sich als nicht konsensfähig. Wenn die medizinischen Gutachter der normativ denkenden Justiz solche Probleme machen, ist es nur verständlich, dass sie entsprechend agiert und ohne die Mediziner normative Lösungen sucht. Mit dem *durch die Patientenanwälte und die Versicherungen gemeinsam erstellten HWS-Gutachten-Fragenkatalog* wurde wohl keine effektive Meinungsannäherung, aber eine praktisch-strukturelle Leitstruktur zur Verminderung medikolegalen Disens-Probleme erreicht, ebenso mit dem *vom Bundesgericht formulierten «Schleudertrauma»-Beschwerdekatalog gemäss BGE 119 V 335 E.1* (Tab. 3) [2], der medizinisch gesehen allerdings sehr fragwürdig ist und zudem an einem Kasus definiert wurde, welcher die diagnostischen Kriterien des «Schleudertraumas» nicht erfüllt.

Auch im Gebiet der *Neuropsychologie sind Auffassungs- und Interpretationsdifferenzen* nicht zu übersehen. Nicht alle Gutachter messen der Neuropsychologie den gleich hohen Stellenwert zu. Sicherlich sind beim Verdacht auf neurokognitive Defizite neuropsychologische Tests von grösster Wichtigkeit, sie sind aber naturgemäss unspezifisch, zudem ist der Untersucher in hohem Masse auf die Kooperation des Patienten angewiesen. Medikamente, Schmerzen, Befindlichkeitsstörungen und Depressionen beeinträchtigen die Aussagekraft, sicherlich ein sehr vulnerables diagnostisches Werkzeug. Wohl erlauben die Untersuchungsergebnisse gewisse lokalisatorische Hinweise, aber auch diese bleiben unscharf. Zudem sind die angewandten Tests von Institut zu Institut verschieden und oft nicht vergleichbar. Ein weiteres Problem sehe ich im prätraumatischen Profil, das wir üblicherweise nicht kennen. Wie wissen wir, ob der Proband nicht bereits vor dem stattgehabten Ereignis in diesen und jenen Funktionen Einbusen gezeigt hat? Wohl sind über die vormaligen beruflichen und sozialen Aktivitäten gewisse

Tabelle 2

Wichtigste Konsenspunkte SNG zum reinen HWS-Beschleunigungstrauma
Beim kraniozervikalen Beschleunigungstrauma ohne Kopfkontusion wurde bisher keine strukturelle Hirnschädigung nachgewiesen.
Neuropsychologische Störungen können auftreten, die Kombination von Gedächtnis-, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen ist typisch.
Wiederaufflackern von Symptomen nach beschwerdefreiem Intervall ist möglich (insbesondere nach körperlicher Belastung, bei Wiederaufnahme oder Steigerung der Arbeitsfähigkeit).
SPECT/PET sind unspezifisch
HWS-Aufnahmen und andere Untersuchungen sind nur bedingt aussagekräftig (HWS-Steinstellungen auch bei Gesunden zu finden, Bedeutung von Funktionsaufnahmen evidenzmässig unklar).
Die Biomechanik ist nur bedingt hilfreich, sie berücksichtigt Fallbesonderheiten nicht.
Die Kausalität ist aufgrund der gesamten klinischen Evidenz zu beurteilen.

Tabelle 3

HWS-Distorsionstrauma-Beschwerdekatalog gemäss Bundesgericht BGE 119 V 335 E.1
diffuse Kopfschmerzen
Schwindel
Konzentrations- und Gedächtnisstörungen
rasche Ermüdbarkeit
Nackenschmerzen
Visus-Störungen
Reizbarkeit
Affektlabilität
Depression
Wesensveränderung

Rückschlüsse möglich, die Unsicherheitsbandbreite dürfte dennoch gross bleiben. Problematisch auf dem Gebiet der neuropsychologischen Teilbegutachtung scheint mir zudem der Umstand, dass viele der untersuchenden Neuropsychologen und Neuropsychologinnen zum betreffenden Patienten auch in einem therapeutischen Verhältnis stehen und damit aus grundsätzlichen Überlegungen von einer Untersuchung mit gutachterlichem Wert Abstand nehmen sollten.

Wie lassen sich diese Differenzen in naher Zukunft abbauen? Da sich an der wissenschaftlichen Front derzeit nicht allzuviel bewegt, haben wir grosse Hoffnungen in die Überarbeitung der Integritätsentschädigungstabellen der SUVA gelegt. Doch die im Juli 2002 neu eingeführte Tabelle 8 für neuropsychologische Defizite [8, 9] hat nur zu einer Verschärfung der Situation geführt, insofern als über diese Tabelle nur noch «zuverlässig nachgewiesene hirnorganische neurokognitive Schädigungen» abgeltbar sind. Funktionell-bedingte neurokognitive Störungen, zum Beispiel bei schwerem Schmerzsyndrom, können mit dieser Tabelle nicht erfasst werden. Doch sollen weitere Tabellen folgen, die dies korrigieren: eine Integritätsentschädigungstabelle für unfallbedingte psychische Störungen (posttraumatische Belastungsstörung, reaktive Depressionen, Anpassungsstörungen usw.) und eine Tabelle für sonst nicht erfasste posttraumatische Schmerzen. Die Tabelle für psychische Unfallfolgen wurde im Sommer 2004 eingeführt. Die Tabelle für chronische posttraumatische Schmerzen wird gemäss SUVA mangels Konsensfindung noch länger auf sich warten lassen. Erst wenn alle drei Tabellen eingeführt sind, wird eine differenzierte und korrekte Integritätsentschädigungs-Beurteilung von Unfallpatienten möglich sein, die auch Signalwirkung auf die sonstige Beurteilung solcher Fälle haben wird. Dann bietet sich eine reelle Chance, angesichts der dadurch erweiterten Möglichkeiten zur Beurteilung von anhaltenden posttraumatischen Schäden, heute noch bestehende Differenzen unter den Gutachtern etwas abzubauen.

Der Gutachter im Spannungsfeld mit sich selbst

Und wie ist das innere Spannungsfeld des Gutachters selbst zu deklarieren? Schwierig kann die Rollenverschiebung sein, der 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, dies mit erstaunlicher Ähnlichkeit oder voll übereinstimmend mit Listen von bekannter Laienliteratur oder Homepages, ein Phänomen, das ich in letzter Zeit zunehmend beobachte! Aber auch sonst ist der Gutachter enorm gefordert. Die ständige Anpassung an den aktuellen Wissensstand, die Auseinandersetzung mit den widersprüchlichen Experten- oder Lehrmeinungen, die Kenntnisnahme von Änderungen der Rechtsprechung – über die wir bisher leider nicht orientiert werden – entsprechen einer enormen Herausforderung.

Empfehlung

Wie vermeiden Sie als Gutachter spätere Patienten-Vorwürfe

Erfahrungsgemäss beziehen sich die meisten Patientenvorwürfe auf unkorrekte Wiedergabe der Anamnese oder auf ein zu wenig einführendes Verhalten des Gutachters. Obwohl jeder Gutachter früher oder später seine eigene Art und Weise der Gutachten-Erstellung entwickelt, scheinen mir folgende ganz persönlichen Erfahrungen zur Vermeidung eines Vertrauensverlustes oder von späteren Vorwürfen empfehlenswert:

1. *Information:* Informieren Sie den Patienten unmittelbar beim Erstkontakt klar und umfassend über die Aufgabe des Gutachters, über seine Verpflichtung zur absoluten Neutralität.
2. *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, zeigen Sie Empathie, gewinnen Sie so das Vertrauen. Erst dann erfolgt die
3. *strukturierte Anamnese* (durch Befragen): Sie dient vor allem zur Präzisierung und zur umfassenden Anamnesedarstellung und sollte erst nach einer längerdauernden unstrukturierten Anamnese aufgenommen werden.
4. *Diktat:* Diktieren Sie eventuell die Anamnese im Beisein des Patienten, erklären Sie ihm allfällige Fremdwörter (die eigentlich nicht in eine Anamnese gehören), 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!

5. *Spätere Anamnese-Ergänzungen durch Patienten:* Versetzen Sie sich in die Lage des Patienten. In einer bis zwei 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 dem Patienten von Anfang an die Gelegenheit, solche Ergänzungen zu machen, ob diese dann wichtig sind (meist nicht), ist von sekundärer Natur. Auch das gehört zur Vertrauensförderung. Meinerseits informiere ich den Patienten anlässlich der ersten Sitzung, er solle sich in den nächsten Tagen alles Relevante notieren, was er beim Erstgespräch vergessen habe, und mir diesen stichwortartigen Notizzettel zur Anamneseergänzung zuschicken. Bei der Zweitkonsultation oder Schlussbesprechung lassen sich diese Ergänzungen nochmals diskutieren.
6. *Besprechung:* Besprechen Sie das Gutachten-ergebnis in verständlicher Form mit dem Patienten. Nehmen Sie sich genügend Zeit dafür! Erklären Sie ihm in vereinfachter Art, wie Sie zu Ihren Schlüssen kommen, lesen Sie eventuell die relevanten Passagen der Beurteilung und Schlussfolgerung vor, achten Sie deshalb in Ihren schriftlichen Formulierungen immer auf eine gute Verständlichkeit.
7. *Vermeiden Sie jede Geheimniskrämerei,* machen Sie den Patienten auf sein Einsichtsrecht aufmerksam. So verhindern Sie spätere Vorwürfe, und der Patient wird Ihre Stellungnahme, selbst wenn sie für ihn negativ ausgefallen ist, verstehen.
Gutachterlich tätig zu sein heisst aufgrund des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstandes fachlich kompetent Auskunft zu geben. Falsch ist, wo dies in vollem Umfang nicht möglich ist, eine

Gewichtung vorzunehmen, also Wissens- und Erkenntnislücken mit Glauben oder Lebenserfahrung zu füllen. Dieser Raum des Ermessens ist die Basis für divergente Expertenbeurteilungen. *Aufgabe des Gutachters ist es nicht, seine hypothetische Theorie zu verteidigen, sondern die Fakten samt ihrer Ungereimtheiten zu benennen.* Dies gilt auch für die Fälle mit kraniozervikalem Beschleunigungstrauma, wo gewisse wissenschaftliche Lücken nicht wegzudiskutieren sind. Haben wir Mut zur Offenheit.

Literatur

- 1 NZZ am Sonntag. 11. Januar 2004;3:56–7.
- 2 Diverse Bundesgerichtsentscheide: siehe unter <http://www.polyreg.ch/bgelookup.html>
- 3 Otte A, Ettliln TM, Nitzsche EU, Wachter K, Hoegerle S, Simon GH, et al. PET and SPECT in whiplash syndrome: a new approach to a forgotten brain? J Neurol Neurosurg Psychiatry 1997;63:368–72.
- 4 Freitag P, Greenlee MW, Wachter K, Ettliln TM, Radue EW. fMRI response during visual motion stimulation in patients with late whiplash syndrome. Neurorehabil Neural Repair 2001;15:31–7.
- 5 Bicik I, Radanov BP, Schaefer N, Dvorak J, Blum B, Weber B, et al. PET with 18fluorodeoxyglucose and hesamethylpropylene amine oxime SPECT in late whiplash syndrome. Neurology 1998;51:345–50.
- 6 Radanov BP, Bicik I, Dvorak J, Antinnes J, von Schulthess GK, Buck A. Relation between neuropsychological and neuroimaging findings in patients with late whiplash syndrome. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1999;66:485–9.
- 7 Schnider A, Anoni J-M, Dvorak J, Ettliln T, Gütling E, Jenzer G, et al. Beschwerdebild nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma. Schweiz Ärztezeitung 2000;81:2218–20.
- 8 Integritätsentschädigung gemäss UVG Tabelle 8, herausgegeben von: SUVA, Postfach 4358, CH-6002 Luzern (Juli 2002).
- 9 Hiltbrunner B, Caprez G, Kopp H. Integritätsschaden bei psychischen Folgen von Hirnverletzungen [Kommentar]. SUVA Mitteilungen 2002;72.