

Medizinische Begutachtung – eine zentrale ärztliche Aufgabe

In Kliniken und Praxen wird die Begutachtung häufig nur als lästige Pflicht angesehen. Die Begutachtung stört den Praxisablauf; in Krankenhäusern wird sie meist nur ungerne von Oberärzten oder Assistenten übernommen. Der klinische Alltag ist so dicht strukturiert, dass kaum Zeit für die Übernahme solcher zusätzlicher Aufgaben verbleibt.

Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, wonach Sachverständige die Gutachten persönlich erstatten müssen, lässt eine pauschale Vergabe an Chefärzte nicht mehr zu. Diese Vorgabe verschärft den Mangel an Sachverständigen. Dabei bietet die Begutachtung ein inhaltlich interessantes Arbeitsgebiet – das nebenbei auch finanziell nicht unattraktiv ist.

Die Institutionalisierung von Unfallchirurgie und Orthopädie – eng mit der medizinischen Begutachtung verbunden

Medizinische Begutachtung war nicht immer ein Stiefkind der klinischen Praxis. Die Entstehung der Fächer Orthopädie und Unfallchirurgie ist ohne die Einführung der gesetzlichen Unfallversicherung 1884 und die gesetzlich eingeführte kostenfreie ärztliche Behandlung körperbehinderter Kinder ab 1920 („Krüppelfürsorgegesetz“) nicht denkbar. Die neu gegründeten Berufsgenossenschaften benötigten spezielle Kliniken, die auf die Bedürfnisse ihrer Versicherten abgestellt waren. Optimale Behandlungsergebnisse nach Verletzungen verringerten die dauerhaften Beeinträchtigungen, damit fielen die Unfallrenten niedriger aus.

Die Begutachtung war ein integraler Bestandteil des Heilverfahrens. Der sich aus der qualifizierten Behandlung ergebende Kostenvorteil war ein wesentlicher Anreiz für die Gründung von Unfallstationen und eigenständigen Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken. Durch diese Entwicklung wurde auch die universitäre Unfallchirurgie gefördert.

Für die Orthopädie spielte die Begutachtung ebenfalls eine wesentliche Rolle: Die Orthopäden behandelten im frühen 20. Jahrhundert in erster Linie unbemittelte körperbehinderte Kinder. Die Kosten wurden von den Landarmenverbänden (den Vorgängern der Landeswohlfahrtsverbände) übernommen.

Vor der stationären Aufnahme hatte der zuständige „Landeskrüppelarzt“, meist der orthopädische Lehrstuhlinhaber, die Aufgabe, ein Gutachten über die Behandlungsnotwendigkeit und die Prognose zu erstatten. Auch nach der Behandlung wurden die weiter erforderlichen Maßnahmen an Gutachten geknüpft; hierzu gehörten zum Beispiel die schulische und berufliche Ausbildung. Die beiden Weltkriege hinterließen Hunderttausende von Kriegsbeschädigten. Ihre Entschädigung erfolgte auf der Grundlage versorgungsärztlicher Gutachten.

Wie eng die Verbindung zwischen Begutachtung und klinischer Praxis war, geht aus dem ursprünglichen Namen der DGU hervor. Sie wurde 1922 als „Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versorgungs- und Versicherungsmedizin“ gegründet. 1958 wurde der Name zusätzlich auf die Verkehrsmedizin erweitert. Mit der deutschen Wiedervereinigung ging auch der den Namen prägende gesellschaftliche Kontext verloren. Der Verein firmierte nun als „Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie“. Die Namensänderung war nicht nur ein formaler Akt, sie spiegelte auch das geringere Interesse an der wissenschaftlichen Begutachtung – innerhalb der Orthopädie und Unfallchirurgie – wider.

Begutachtung: Lästige Zusatzarbeit oder spannende ärztliche Tätigkeit?

Nach vier Jahrzehnten orthopädischer Tätigkeit möchte der Autor persönlich „eine Lanze für die Begutachtung brechen“. Begutachtungen finden in einer für den Patienten (korrekt: Probanden) besonderen Lebenssituation statt. Die Anlässe sind ganz unterschiedlich: Neben organischen Verletzungsfolgen stehen seelische Störungen oder Krankheiten im Vordergrund. Brüche in der Biographie können sich krisenhaft auswirken und eine „Flucht in die Krankheit“ begünstigen.

Der Gutachter wird mittelbar mit den Folgen wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Entwicklungen konfrontiert: Als Beispiel sei der Anstieg von Anträgen auf Erwerbs- und Berufsunfähigkeit und Anerkennung einer Schwerbehinderteneigenschaft in wirtschaftlichen Krisenzeiten erwähnt.

Die gesellschaftlichen Verhältnisse spiegeln sich in der Biographie

Während der Begutachtung öffnet sich der Proband, er berichtet aus seiner „Lebens- und Leidensgeschichte“. Dies berührt den zentralen Kern jeder ärztlichen Arbeit.

- In der therapeutischen Situation nimmt der Arzt dem Patienten einen Teil der subjektiven Last. Er stellt die Diagnose und leitet eine auf seinen Patienten zugeschnittene Therapie ein.
- Im Rahmen der medizinischen Begutachtung verschieben sich die Schwerpunkte, aber auch hier steht der Proband im Mittelpunkt. Im einleitenden Gespräch wird er über den Ablauf der Begutachtung informiert. Der Autor legt dabei großen Wert auf Transparenz. Hierzu trägt auch der Hinweis bei, dass der Probanden eine Kopie des Gutachtens vom Auftragnehmer erhalten wird.

Der Arzt muss (etwa in der Begutachtung für die Unfallversicherung) alle begutachtungsrelevanten Faktoren berücksichtigen: Die Lebensgeschichte, das auslösende Ereignis, die medizinischen und gesundheitlichen Folgen, die Reaktionen des Betroffenen, dessen Resilienz gegenüber einschneidenden Ereignissen oder mangelnde Kompensation nach Bagatellunfällen.

Es ist die Aufgabe des Sachverständigen, die Krankheitsgeschichte und die Beschwerden in den Worten des Probanden aufzuzeichnen. Die Untersuchung ist auf die Fragestellung einzugrenzen. Der körperliche (und – falls erforderlich – der seelische) Zustand wird sachlich und vorurteilslos beschrieben. Zeitlich aufwendig, aber unverzichtbar ist die knappe Wiedergabe der Aktenlage, wobei alle relevanten Dokumente kurz referiert werden.

Dar Proband geht – die eigentliche Arbeit des Sachverständigen beginnt

Welche Aufgabe ist dem Gutachter gestellt:

Er soll dem Gericht, einer Verwaltung oder einer Institution (etwa einer Versicherungsgesellschaft) Informationen liefern, die eine Entscheidung über eine wie auch immer geartete Leistung ermöglichen. Der Arzt wird somit zum Vermittler zwischen den Ansprüchen des Probanden und dem Regelwerk des Auftraggebers. Seine Aufgabe ist es nun, den medizinischen Sachverhalt in eine allgemeinverständliche Sprache umzusetzen.

In der „Zusammenfassung und Beurteilung“ wird ein Gesamtbild entworfen. Der Gutachter bildet die subjektive und die objektive Seite ab. Dieses „Narrativ“ enthält Gestaltungsspielraum, um das Gutachten so zu formulieren, dass der Proband das Gutachten akzeptiert und der Auftraggeber die medizinischen Informationen erhält, die für seine Entscheidung wesentlich sind.

Der Sachverständige erfüllt eine wichtige soziale Aufgabe: Das „gute Gutachten“ erleichtert die Akzeptanz der Entscheidung von Verwaltungen und Gerichten.

Der subjektive Teil des Gutachtens mit „Vorgeschichte nach Angaben des Probanden“ und „Beschwerden am Untersuchungstag“ spiegelt die Sicht des Betroffenen wider. Diese wird mit den objektiv erhobenen Befunden und allen weiteren Informationen korreliert.

Es schließen sich die Diagnose und die Beantwortung der Beweisfragen bzw. Stellungnahmen für den Leistungsträger oder das Gericht an. Dieser objektive Teil des Gutachtens muss nicht mit den Vorstellungen des Probanden übereinstimmen. Grundlage der Beurteilung sind etwa Empfehlungen der Fachgesellschaften, Leitlinien der AWMF, aktuelle wissenschaftliche Publikationen und rechtliche Vorgaben. Die Beweisfragen sind schlüssig und widerspruchsfrei zu beantworten. Ist dies nicht möglich, so sollte der Gutachter dies ausführlich begründen.

Der Proband wird die Entscheidung des Gerichts, der Verwaltung oder Versicherung, umso eher akzeptieren, je mehr er beim Lesen des Gutachtens erkennt, dass der Sachverständige ihn ernst genommen und sich der Mühe unterzogen hat, „seine Geschichte“ adäquat wiederzugeben. Bei der abschließenden Bewertung darf er sich der Gutachter nicht von subjektiven Faktoren, Sympathien, Antipathien oder eigenen sozialpolitischen Vorstellungen beeinflussen lassen. Eine Voreingenommenheit zugunsten des Probanden oder des Auftraggebers ist als grundsätzlicher Fehler zu bewerten!

„Kunst ist schön, macht aber Arbeit“ (Karl Valentin)

Begutachtung benötigt eine intensive Übung. Ein erstes Rentengutachten oder ein Dauerrentengutachten ist relativ einfach; das Gleiche gilt für Monoverletzungen in der privaten Unfallversicherung. Der Zeitaufwand hierfür ist überschaubar. Gutachten zu Fragen von Berufskrankheiten, nach dem Opferentschädigungsgesetz, privaten Berufsunfähigkeitsversicherungen oder zu Behandlungsfehlern sind dagegen meist sehr aufwändig und bedürfen einer umfangreichen Erfahrung. Diese kann der einzelne Arzt nur durch eine ständige Übung entwickeln, wobei gilt: Vom Einfachen zum Komplizierten.

Während die einfachen berufsgenossenschaftlichen Gutachten unzureichend vergütet werden, gilt dies nicht für komplizierte Zusammenhangsgutachten oder auch Gutachten zu den Berufskrankheiten-Verfahren: Hier kann zum Beispiel nach der Ziffer 165 mit 700,00 € für die ärztliche Leistung abgerechnet werden. Komplexe Gutachten für private Versicherungen und Gerichtsgutachten können ebenfalls kostendeckend abgerechnet werden. Die medizinische Begutachtung kann auch aus finanziellen Gründen ein attraktives ärztliches Aufgabengebiet sein. Allerdings sollte das Honorar – wie generell in der Medizin – nicht an erster Stelle stehen.

Begutachtung und Abwicklung der Aufträge: Gemeinsame Aufgabe von Ärzten und qualifizierten nichtärztlichen Personal

Die Zahl der einzeln niedergelassenen Gutachter und der Sachverständigen, die neben Klinik- oder Praxistätigkeit Gutachten erstatten, ist in den letzten Jahren erheblich zurückgegangen. Eine wichtige Ursache sind die steigenden Anforderungen an den Datenschutz, die elektronische Übermittlung von Aufträgen und Gutachten und der immer wieder geforderte Austausch über Portale der Auftraggeber. Der damit verbundene erhebliche Aufwand lässt sich meist nur durch eine Mitwirkung qualifizierter nichtärztlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bewältigen.



Die Betreuung der Probanden vor und nach der Untersuchung ist zeitlich aufwändig und gelingt nur, wenn die Wünsche und Bedürfnisse der zu Untersuchenden ernst genommen werden. Ein offenes Ohr für ihre Fragen und Probleme und die Bereitschaft, sich auf Terminverlegungen einzulassen, verbessert auch die Kommunikation mit den Sachverständigen.

Prof. Dr. Klaus-Dieter Thomann
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Rheumatologie, Sozialmedizin