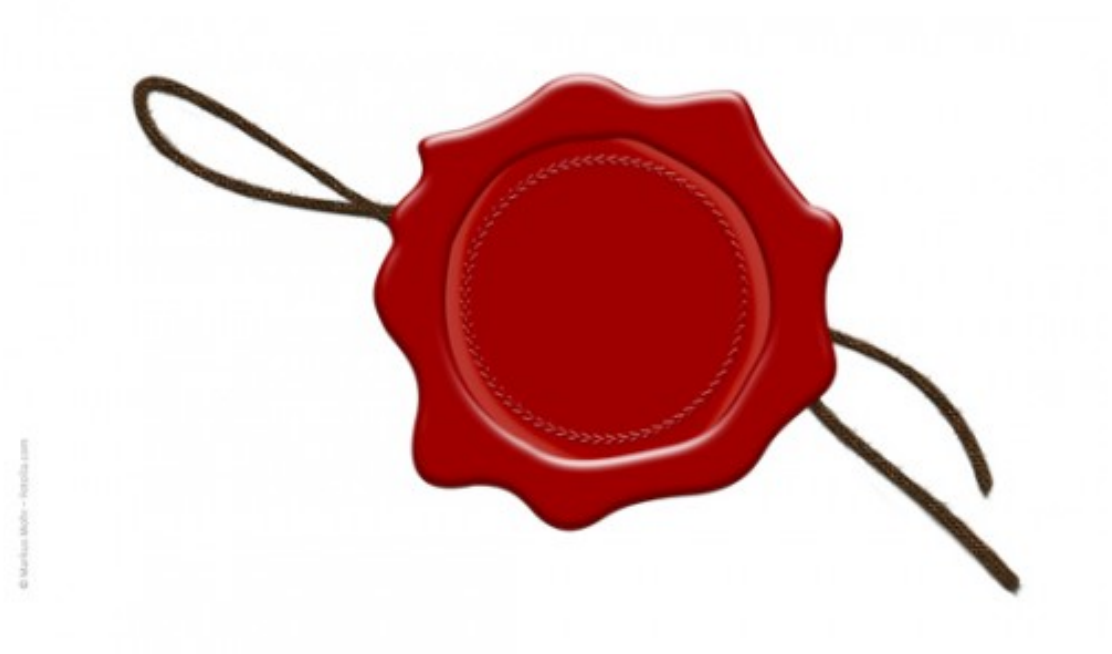
BG- UND D- ARZT 01.05.2011

Der Arzt als Gutachter



Schon im alten Ägypten enthielt die Hieroglyphe für den Arzt einen Salbentopf und einen Schreibgriffel als Ausdruck der Behandlung und der Dokumentation (Herodot 490–420 v. Chr., 450 Ägypten-Reise; Carstensen, Schadewaldt, Vogt; Die Chirurgie in der Kunst, Econ Verlag 1983, S. 52). Seit Jahrhunderten und ins besondere heute ist die Dokumentation der ärztlichen Befunde und Behandlungsmaßnahmen für die Ausübung der Heilkunde aus fachlichen und rechtlichen Gründen zwingend und somit die Erstellung von Attesten und Gutachten eine originäre und primäre ärztliche Aufgabe.

Der Arzt ist nicht nur Behandler von Verletzungen und Erkrankungen, sein Wissen ist im Einzelfall die fachliche Grundlage aller darauf beruhenden Verwaltungs- und Rechtsvorgänge. Er beurteilt nicht nur die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit, sondern auch ggf. einen Rechtsanspruch des Patienten gegenüber einem Versicherungsträger.

Weit über 90 Prozent aller Bürger sind in einer gesetzlichen oder privaten Kranken- und/oder Unfallversicherung, unterliegen ggf. den Arbeits-, Sozial- und Versorgungsstellen.

Je nach Gebiet werden zur Facharztanerkennung selber erstellte Gutachten in unterschiedlicher Zahl verlangt, besonders bei der Facharzt-Prüfung für Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie, zusätzlich zur D-Arzt-Zulassung (2.7.2 der Anforderungen der DGUV nach § 34 SGB VII zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren). Zusätzlich regeln §§ 48 und 49 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger die Art und die Fristen der Gutachten-Erstellung.

Seminare zur Weiterbildung als Gutachter

Der Arzt als Gutachter sollte qualifiziert sein durch seine Weiterbildung und Facharztanerkennung, ergänzt durch ständige Weiterbildungen in entsprechenden Kursen, Seminaren und Kongressen. Zusätzlich muss er zumindest ein beweisrechtliches Basiswissen im Bereich des Sozial- und Beamtenversorgungsrecht und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AUB) besitzen.

Seminare zur Weiterbildung als Gutachter werden angeboten von den Ärztekammern, dem BDC, der DGOU und einzelnen Kliniken. Die verwaltungsrechtlichen und sozialrechtlichen Inhalte, medizinischen Bereiche und die Arten der Schulung sind sehr unterschiedlich. Nur bei den BDC-Seminaren sind immer die Unfallkammern des Sozialgerichtes Köln mit eingebunden, die Seminare entsprechen den Anforderungen der DGUV in der Fassung ab 1.1.2011. Die Seminare werden mit und ohne Abschlussprüfungen beendet.

Der ärztliche Gutachter ist unabhängig

Im Vergleich zu den Bereichen der Technik (Statik, Brückenbau, Schienenverkehr etc.) gibt es bisher keinen „vereidigten“ medizinischen Sachverständigen [2].

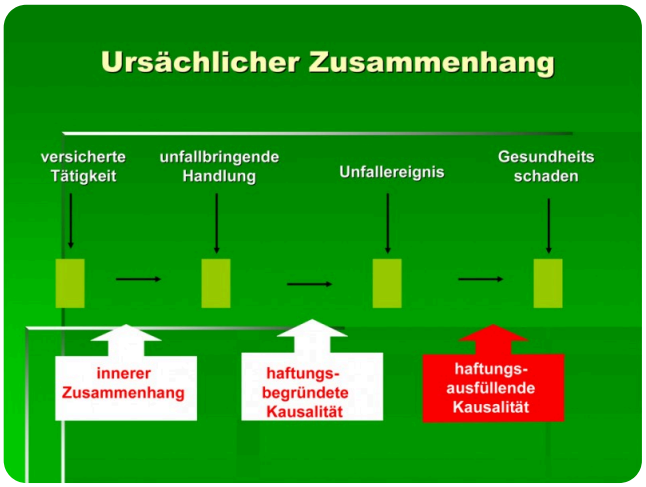
Nur durch die Plausibilität seines Gutachtens für das Gericht oder die Versicherung und entsprechende Rückmeldung durch den Auftraggeber erfährt der Gutachter eine gewisse Anerkennung und Kontrollmöglichkeit seiner Qualität und Kompetenz. Ausführlich hat Schröter darauf hingewiesen in seinem Artikel über „Qualitätssicherung in der Begutachtung“ (S.635 – 651 in [3]).

Die Fähigkeit zum systematischen und geordneten Denken ist eine Grundlage der Gutachtenabfassung, sodass auch Nichtmediziner – z. B. Richter, Rechtsanwälte, Verwaltungsbeamte/-angestellte – den medizinischen Inhalt nachvollziehen können. Paramedizinische, nicht naturwissenschaftlich begründete Verfahren, Hypothesen oder „persönliche Erfolgsmedizin“ sind keine Grundlage einer gutachterlichen Beurteilung [2].

Der ärztliche Gutachter ist unabhängig vom bisherigen Behandlungsverlauf; der Wechsel von der Rolle des kurativen Arztes in die des Gutachters stellt eine besondere Anforderung dar; der Therapeut sollte möglichst nicht zum Gutachter ernannt werden, um eine personale Unabhängigkeit zu gewährleisten. Er sollte auch unabhängig vom Auftraggeber sein. Die Tätigkeit als D-Arzt ist keine primäre Voreingenommenheit, sondern eher der Nachweis seiner fachlichen Kompetenz. Seitens der Rechtsvertreter des klagenden Patienten im SG wird jedoch die Bestallung zum D-Arzt oft als Hinweis auf eine Befangenheit vorgetragen.

Die Kenntnis des aktuellen wissenschaftlichen Standes der Medizin bzw. seines Fachgebietes ist die Richtschnur seiner Ausführungen und Bewertung. Nicht nur die aktuellen, sondern auch die unwidersprochenen Diagnose- und Behandlungsmethoden sind zu beachten, nicht jedoch ein besonderes eigenes Therapiekonzept als einzig richtiges zu betonen.

Abb. 1: Ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfallereignis und nachgewiesenem Gesundheitsschaden. Der ärztliche Gutachter hat nur zur haftungsausfüllenden Kausalität Stellung zu nehmen. (Rompe-Erlenkämper-Schiltenwolf-Hollo, Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, Thieme Verlag 2009, 5. Auflage , S. 49)



In der Kette der ursächlichen Zusammenhänge zwischen versicherter Tätigkeit, arbeitsbedingtem Handeln, Unfallereignis und Gesundheitsschaden ist nur die letzte Stufe Gegenstand der Zusammenhangsbegutachtung. Bekannt sind die oft zielgerichteten Erweiterungen des Geschehensablaufes zur Erstdokumentation: der auf den Fuß oder die Schulter fallende schädigende Balken war zunächst mit 15 kg angegeben, in der Befragung anlässlich der Begutachtung werden 50 kg genannt. Noch deutlicher sind die unterschiedlichen Schilderungen bei Knieverletzungen, wonach aus dem Sturz auf das Knie beim schnellen Laufen schließlich fast lehrbuchmäßig ein Drehsturz mit eingeklemmten feststehenden Fuß und Aufschlag der Außenseite des Kniegelenkes wird. Ähnlich bei Schäden im Schulterbereich: aus der Prellung der Außenseite der Schulter wird – oft unter Einflussnahme der Behandler – ein Sturz auf den nach außen vorne oder hinten gestreckten Arm.

Das tatsächliche Geschehen

Derartige Vorgänge sind fast regelmäßig, menschlich verständlich, jedoch nicht Grundlage des im Vollbeweis zu erbringenden exakten Unfallgeschehens.

Die trotz oft oberflächlicher und ungenauer Angaben, unfallnah dokumentierte Hergangsschilderung im D-Bericht kommt dem tatsächlichen Geschehen erfahrungsgemäß am nächsten, wie es auch sozialgerichtlich bestätigt wird. Die betriebliche Unfallmeldung wird zeitlich wesentlich später – häufig vom Betrieb – abgefasst.

Die Auftraggeber BG oder SG geben vor, von welchem Unfallgeschehen, in welcher Art, an welchem Ort und zu welchem Zeitpunkt der Gutachter auszugehen hat. Nur nach Rückfrage und auf Auftrag kann er von verschiedenen Unfallarten alternativ seine Schlüsse ziehen und dann den Ursachenzusammenhang oder die wesentliche Teilursache klären.

Die Ursache – conditio sine qua non – im logischen und/oder naturwissenschaftlich- philosophischen Sinn ist jede Bedingung, die nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass gleichzeitig der Erfolg entfiele ([3], S. 51).

Ein vorbestehendes Leiden

Im Sozialrecht ist die haftungsausfüllende Kausalität die wesentliche, nicht unbedingt die alleinige Bedingung. Der Geschehensablauf ist geeignet, der Intensität der einwirkenden Gewalt adäquat den Gesundheitsschaden verursacht zu haben. Zusätzlich ist die Unfalleinwirkung gegenüber den unfallfremden Faktoren bei der Klärung des tatsächlich vorliegenden Gesundheitsschadens abzugrenzen.

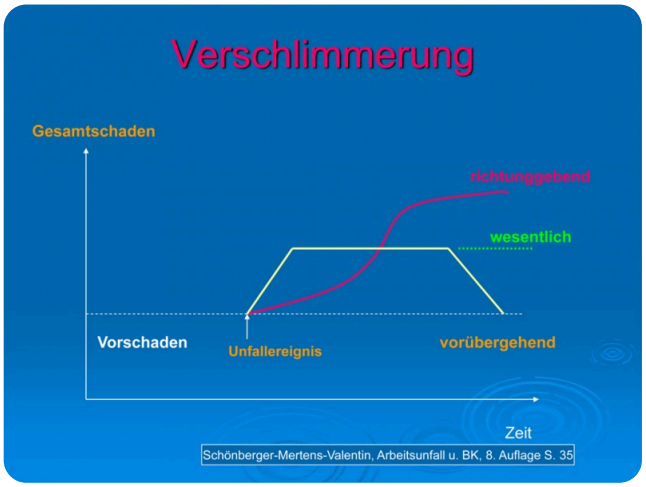
Problematisch ist der oft unklare und missbräuchliche Begriff des Vorschadens. Ein vorbestehendes Leiden ist eine Krankheit im Rechtssinn und somit ein zu berücksichtigender Vorschaden, der im Einzelfall durch den Vollbeweis nachzuweisen ist. Die Schadensanlage dagegen ist die Ursache einer möglichen Krankheit, nicht selbst eine Krankheit.

Der häufige Hinweis auf das Alter des Versicherten, in dem die Ausdünnung und somit Riss der Rotatorenmanschette zu bestimmten prozentualen Häufigkeiten vorliege, ist im Einzelfall durch entsprechende Befunde zu belegen: MRT, Nativröntgen, intraoperativer Befund, ggf. Histologie oder entsprechende aufgelistete Behandlungszeiten in dem Krankheitsregister der Krankenkasse oder in ärztlichen Unterlagen.

Ein vorbestehendes Leiden erfährt ggf. durch die unfallbedingte Schädigung eine Verschlimmerung, nicht dagegen eine Schadensanlage. Durch die Intensität und Richtung der einwirkenden Kraft wird dieses nachgewiesene Leiden (Vorschaden) vorübergehend, wesentlich oder richtunggebend verschlimmert.

Z. B. wird eine Gonarthrose durch die unfallbedingte Tibiakopffrakur wesentlich, ggf. sogar richtunggebend verschlimmert, eine Omarthrose dagegen erfordert nach einer Weichteilprellung der Schulter höchstens eine verlängerte Behandlungszeit.

Abb. 2: Graduierung der Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens durch den Unfall. Ergänzt aus: Schönberger-Mertens-Valentin: Arbeitsunfall und Berufskrankheit, Erich Schmidt Verlag, 8. Auflage S. 35.



Schädigungsbericht

Die Angaben in den vorliegenden Unterlagen, ergänzt durch die der mündlichen Befragung bei der Anamneseerhebung, geben Hinweise auf die vorherigen Leiden.

Die Beschwerden des Versicherten sollten sich auf den Schädigungsbereich beschränken. Eine möglichst exakte Wiedergabe der Klagen des Patienten ist aussagekräftiger als die medizinische Wortwahl des Untersuchers: „Mir schmerzt die Schulter/der Rücken, immer wenn ich den Arm hebe/wenn ich mich bücke“ im Gegensatz zu der Angabe, der Patient klagt über Impingement-Schulterschmerzen oder über ischialgiforme Beschwerden.

Die vorgetragenen Schmerzen sind in ihrer Intensität und Zuordnung zu beachten und zu werten. Der Schmerz ist immer ein Begleitsymptom einer Gewebeschädigung oder eines Traumas. Er erfasst sowohl die Gewebeschädigung als auch die Komorbidität, z. B. Rückenprellung bei deg. Lumboischialgie oder ist sogar Leitsymptom einer psychischen Erkrankung, Angst, somatoformen Störung oder PTBS.

Die Form der Simulation ist selten, die Aggravation relativ häufig, die Verdeutlichung fast regelhaft bei der Begutachtung und ist vom Untersucher zu beachten.

Die „üblichen“ Schmerzen einer Verletzung als auch Verletzungsfolge sind in den Bewertungstabellen berücksichtigt. Außergewöhnliche Schmerzen sind durch den Vollbeweis zu belegen [6].

In der Zuordnung und Wertung der Schmerzschilderung beweist der untersuchende Gutachter sein psychologisches Gespür und seine Praxiserfahrung.

Neben einem kurz gefassten Allgemeinbefund (Größe, Gewicht, Ödeme, Blausucht (Cyanose) oder Gelbsucht (Ikterus) ist der genauestens erhobene und widerspruchsfrei dokumentierte Befund der geschädigten Gliedmaße oder des Rumpfes von ausschlaggebender Bedeutung. Die zu beurteilende distale Radiusfrakturfolge erfordert nicht die Befundung des Rumpfes und der unteren Gliedmaße, sondern erfasst nur den Schultergürtel und die Arme.

Dokumentation deutlicher als Messblatt

Auch hier belegt der Gutachter seine klinische Kenntnis und Erfahrung. Die angebliche Unfähigkeit des Faustschlusses ist beim Schnüren des Schnürsenkels oder Knöpfen der Hemdknöpfe oder Aufheben eines auf den Boden gefallenen kleinen Gegenstandes bestätigt oder fraglich. Die Schulterbeweglichkeit ist besser beim Ab- oder Anlegen der Oberbekleidung – ggf. noch einmal beim Aus- und Anziehen im Röntgen – besser zu bewerten als die Winkelmaße im Messblatt vorgeben. Eine hoch schmerzhafte Einsteifung im LWS-Abschnitt widerspricht sich in dem spontanen Bewegungsablauf bei der Einnahme der Rückenlage und Aufstehen von der Untersuchungsliege ohne entsprechenden physiotherapeutisch angelernten Bewegungsablauf WS-Verletzter. Diese Dokumentation ist deutlicher als die zusätzlich ausgemessenen cm-Werte des Messblattes. Das regelrechte ungestörte Abrollen des Fußes beim Gehen widerspricht der Angabe im Messblatt OSG fußrücke-/fußsohlenwärts 0-0-30°.

Die von der BG vorgelegten Gliedmaßen-Messblätter sind teilweise in sich widersprüchlich, teilweise unsinnig: nicht die Bestimmung der Länge eines Beines gibt eine Auskunft über Unfallfolgen, sondern die Beinlängendifferenz. Diese ist zu bestimmen durch Unterlegen von 0,5 cm starken Holzbrettchen unter den Fuß bis zum Ausgleich der Beckenkämme bzw. der Michaelschen Raute. Die Längenbestimmung vom vorderen oberen Darmbeinstachel zum Außenknöchel variiert wegen des durch Weichteilpolsterung viel zu ungenauen proximalen Messpunktes der spina a.s. bis zu 6 cm.

Schönberger weist darauf hin, dass die Messwerte wegen der leichten Fehlerbreite erst Bedeutung erlangen mit den klinischen – aus Inspektion, Palpation und Funktionsprüfung gewonnenen – Befunden (S. 89 [4]).

Zusatzgutachten anderer Fachgebiete

Der begutachtende Chirurg, Unfallchirurg oder Orthopäde hat die Nativröntgenaufnahmen selber zu befunden, ebenso die originalen CT- und MRT-Bilder (CD oder Folie), Printausdrucke sind nicht verwertbar. Vorgefertigte Röntgenaufnahmen als auch CT oder MRT sind im Original erneut vom Gutachter zu befunden, bzw. die einsehbaren Vorbefunde zu überprüfen. So erfahren die Befundtexte der Radiologen (z. B. traumatische/r Innenmeniscusriss oder Supraspinatusruptur) ihre Bestätigung oder Ergänzung in der gutachterlichen Aussage, ob dieser beschriebene Gewebedefekt dem Datum und Ablauf der schädigenden Unfalleinwirkung zugeordnet werden kann.

In Abhängigkeit zu dem Unfallfolgezustand sind Zusatzgutachten anderer Fachgebiete erforderlich z. B. Neurologie, Innere, Urologie, etc. oder wegen einer chirurgischen Spezialisierung (z. B. Gefäßchirurgie) einzuholen und in der Feststellung der Gesamt-MdE zu berücksichtigen. Die Notwendigkeit zu einem Zusatzgutachten begründet der Gutachter, den Auftrag dazu erteilt die Berufsgenossenschaft, Versicherung oder das Gericht.

Die in Prozentsätzen vorgenommene Wertung der Unfallfolgen – MdE, GdS, WdB oder der Gliedertaxe etc. – berücksichtigt nicht nur alle erhobene Befunde und dokumentierten Tatsachen, sondern ergibt sich widerspruchsfrei und somit plausibel nachvollziehbar.

Die Plausibilität erstreckt sich auf die Gesamtschau der Vorgeschichte, Klagen des Patienten, klinischen und röntgenologischen Befunde. Diese Abschlussbewertung im Gutachten belegt zusätzlich die Objektivität und Unabhängigkeit des Gutachters und seine medizinische Fachkenntnis in Übereinstimmung mit den Rechtsbegriffen der Verwaltung und des Sozialrechts.

Einübung der Begutachtung nur unzureichend

Ein nicht unwesentlicher Anteil der Weiterbildung zum Facharzt – insbesondere in den Fächern Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie – befasst sich mit der Dokumentation medizinischer Befunde und deren Korrelation zu Normen der Gesetzgebung, des Versicherungswesens und der Sozialgesetzgebung. Jede Erkrankung und jeder Unfall hat entsprechende Folgen in Versicherungsbereichen bis zur Rechtsprechung. Seit mehreren Jahrzehnten weisen die Sozialgerichte und Berufsgenossenschaften auf die abnehmenden Qualitäten der vorgelegten Gutachten hin.

Diagnostik und Therapie werden über Jahre gelehrt und eingeübt, die Begutachtung nur unzureichend. Trotz geänderter und überwiegend administrativer Aufgaben finden Klinikleitung und Ärzte kaum noch Zeit, auf dem Gebiet der Begutachtung zu unterrichten bzw. angeleitet zu werden.

Zertifizierte Seminare des BDC und der DGOU

Eine genügende fachliche Anleitung und Kontrolle dieses Bereiches erscheint in den mit der Weiterbildung befassten Kliniken und Abteilungen aus verschiedenen Gründen zu fehlen. Beim leitenden Arzt eingehende Gutachtenaufträge werden durch das Sekretariat weiter verteilt. Die Untersuchung und Textabfassung werden vom Assistenten/in ohne Anleitung vorgenommen, die Befundkontrolle durch die Vorgesetzten ist häufig sehr kurz und überschaubar, die verbindlichen Unterschriften sollen dann Rechtssicherheit ergeben.

Diese Aufgaben haben zunehmend der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie außerklinisch verantwortungsbewusst und erfolgreich mit den Gutachterseminaren übernommen.

Einerseits werden besonders seitens der Berufsgenossenschaften die Gutachtenerstellung in zeitlichen und formalen Vorgaben angemahnt und erschwert. Die Vergütung für diese Gutachten nach den Leitnummern 160, 161 und 165 ist eine Zumutung. Sie konterkariert den Wert und die Bedeutung dieser Arbeiten.

Anderseits werden diese Gutachten von den Verwaltungen als fachliche Grundlage einer Rechtsentscheidung benutzt. 67,13 EUR für das 1. Rentengutachten und 58,82 EUR für das 2. Rentengutachten ermuntern auch nicht annähernd die Ärzte zur Gutachtenerstellung.

Der Nachweis einer qualifizierten und zertifizierten Weiterbildung in der Begutachtung durch die Seminare wird seitens der Berufsgenossenschaften nicht zum Anlass genommen, diese Minimalvergütung zu ändern; vielmehr werden die Vorgaben unkontrolliert wiederholt, auch in den aktuellen Anforderungen der DGUV nach § 34 SGB VII zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren gültig ab 1.01.2011.

Literatur:

[1] Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren (in der Fassung vom 1. Januar 2911)

[2] Ludolph E. Schröter F. Die professionelle chirurgisch-orthopädische Begutachtung. Med.Sach1997: 93; 112-120

[3] Rompe G., Erlenkämper A., Schiltemwolf M., Hollo D. Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 5. Auflage, 2009 Thieme-Verlag

[4] Schönberger, Mertens, Valentin. Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, E. Schmidt Verlag

[5] Vertrag gem. § 34 SGB VII zwischen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (DGUV), Berlin, dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften e.V., Kassel, einerseits und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin, anderseits über die Durchführung und Heilbehandlung, die Vergütung der Ärzte sowie die Art und Weise der Abrechnung der ärztlichen Leistungen (Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger) gültig ab 1. Januar 2011

[6] Widder B. Überarbeitete Leitlinien der AMWF zur Begutachtung von Schmerzen. Z orthop Unfall 2008; 146-160

Hierholzer E. Der Arzt als Gutachter. Passion Chirurgie. 2011 Mai/Juni; 1(5/6): Artikel 02_03.