

## Patienten in der Beurteilung durch den behandelnden und den begutachtenden Arzt:

Ärztliche Aussagen über die Notwendigkeit von Leistungen aus der Sozialversicherung sind gutachterliche Äußerungen. Die angelegten Maßstäbe sollen sachlich begründet und „gerecht“ sein und nach Möglichkeit von allen Beteiligten akzeptiert werden. Worauf kommt es an: auf die Besonderheiten des Einzelfalles oder auf die Anwendung von Regeln?

# Der Einzelfall und die Regel

Hero Silomon

che Rechtsfolgen knüpfen, zum Beispiel an den Rechtstatbestand der Arbeitsunfähigkeit die Rechtsfolge von Lohnfortzahlungs- oder Krankengeldbezug. Umgekehrt muß, wenn die Rechtsfolge eintreten soll, der entsprechende Rechtstatbestand nachgewiesen werden und erfüllt sein. Gesetze sind per se starr. Da sie nicht jeden Einzelfall perfekt regeln können, sind sie auslegungsfähig durch die Gerichtsbarkeit. Manche Gesetze enthalten Ausnahmebestimmungen.

In den Naturwissenschaften dagegen sagen Gesetze aus, welche Ursache welche Wirkung nach sich zieht. Dieser Vorgang muß stets und beliebig oft wiederholbar und stets vorhersehbar sein – sonst darf man nicht von einem Gesetz sprechen. Im Umkehrschluß kann von der Wirkung auf die Ursache rückgeschlossen werden.

Von einem nächstgeringeren Härtegrad sind in den Naturwissenschaften Regeln. Sie verknüpfen nicht Ursachen und Wirkungen miteinander, sondern sagen nur aus, daß bestimmte Gründe wahrscheinlich, nicht nur ausnahmsweise, also mindestens in der Mehrzahl der Fälle zu bestimmten Folgen führen. Im allgemeinen wirken dabei mehrere Faktoren und begünstigende Begleitumstände – Bedingungen – mit auf die Entstehung der Folgen ein. Im Umkehrschluß bedeutet dies, daß bei bestimmten Ereignissen und Erscheinungen, die nicht aus sich heraus entstehen, also Folgen sind, von der Folge mit Wahrscheinlichkeit auf den Grund oder die Gründe zu schließen ist.

Pauschal ist die Aussage erlaubt, daß im Kern der Medizin das Denken und Handeln Regeln folgt und nicht Gesetzen: in Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Begutachtung. Anders gewendet arbeiten wir unter den Bedingungen höherer oder minderer Wahrscheinlichkeiten, jedoch nicht Gewißheiten. Deshalb ist ärztliches Urteilen und daraus abgeleitetes Handeln in einer Zeit mit übersteigertem Bedürfnis nach Sicherheiten, Garantien und notfalls einklagbaren Rechten so leicht angreifbar und zugleich leicht entschuldbar. ▷

### 1. Einleitung

Die Beschäftigung mit dem Thema macht zunächst eine Vorbemerkung und dann einen begrifflichen Exkurs notwendig. Nach den Darlegungen eines bekannten deutschen Sozialrechtlers sind unsere Einrichtungen zur gesundheitlichen und sozialen Sicherung ihrer Struktur und ihrer Funktion nach Massenverwaltungen (4). Die Fälle – und ein jeder ist hier zugleich Bürger, Versicherter und „Fall“ – müssen für eine solche Massenverwaltung „verarbeitungsgerecht“ gemacht werden, sonst könnten sie nicht bearbeitet werden. Zum Beispiel auch Kassenärztliche Vereinigungen sind Massenverwaltungen.

Diese Feststellung mag auf den ersten Blick befremdend wirken. Daß dies hingenommen werden muß, ist aus wissenschaftstheoretischer Sicht begründbar (1). Einrichtungen, welche die Masse der Nation gesundheitlich und sozial sichern sollen und die von der Masse der Bürger finanziell zu tragen sind, können keine elitären Zirkel sein. Tatsächlich wird dies auch hingenommen, sonst gäbe es in einer Zeit mit besonderer Kritikfreudigkeit ge-

genüber tatsächlichen und vermeintlichen Mißständen in unserer Gesellschaft Proteste. Tatsächlich sind diese nicht zu registrieren. Schlimm wäre es nur, wenn es kein Korrektiv gäbe. Dadurch unterscheidet sich aber der soziale Rechtsstaat von anderen Gemeinwesen, daß es in ihm die Möglichkeit des Widerspruchs, daß es das Sozialgerichtsgesetz und Sozialgerichte gibt. Wer von den Möglichkeiten Gebrauch macht, die ihm diese Institutionen an die Hand geben, widersetzt sich im Sinne unseres Themas den Regeln, wobei sich im weiteren Gange der Geschehnisse allerdings erst herausstellt, ob er dies zu Recht tut oder nicht.

### 2. Begrifflicher Exkurs

Der Terminus „Gesetz“ wird in der Rechtswissenschaft und in der Naturwissenschaft verwendet. Im Bereiche des Rechts ist ein Gesetz eine vom dazu legitimierten Gesetzgeber erlassene Vorschrift, durch welche bindend bestimmt wird, an welchen Rechtstatbestand sich wel-

■ In Anwendung der voraus-  
gegangenen Überlegungen

■ schließen wir in der Dia-  
gnostik von der Folge Sym-  
ptom auf die Krankheit als  
Grund,

■ erwarten wir in der Thera-  
pie und Rehabilitation von der  
Anwendung bestimmter Maß-  
nahmen die Folge der Besse-  
rung auf Grund der Anwen-  
dung eines Verfahrens und

■ folgern wir in der Begutach-  
tung, zum Beispiel nach Fest-  
stellung einer verminderten er-  
gommetrischen Belastbarkeit,  
daß schwere körperliche Ar-  
beiten auf Grund einer Herz-  
erkrankung nicht verrichtet  
werden können, Leistungsmin-  
derung also deren Folge ist.

Dennoch spielen gleichzeitig auch  
Gesetze mit Rechtsbegriffen und die  
Kenntnis ihres Inhaltes und ihrer  
Anwendung in der Medizin, und  
hier speziell in der Sozialversiche-  
rung und im Begutachtungswesen,  
eine Rolle. Sie regeln aber die Be-  
gutachtung selbst nicht, das heißt,  
sie binden den Gutachter in seinem  
ureigensten ärztlichen Urteil nicht.  
Sie sagen ihm aus, welches insbeson-  
dere medizinisch zu definierende  
Rechtstatbestände sind, an welche  
sich Rechtsfolgen knüpfen. Verkürzt  
ausgedrückt, soll er beurteilen,  
ob dieser oder jener Rechtstat-  
bestand vorliegt oder nicht. Dies  
muß er dem Nicht-Arzt darstellen  
und begründen.

### 3. Das Verordnungswesen

Inwieweit in der Diagnostik die  
Tragfähigkeit bestimmter Regeln  
reicht, ist hier nicht die Frage, son-  
dern: inwieweit gibt es Regeln, nach  
denen die Ansprüche des einzelnen  
auf medizinische und/oder soziale

Leistungen gegen einen Sozialversi-  
cherungsträger zu bemessen sind?

Wenn die Notwendigkeit sol-  
cher Leistungen im Rahmen kassen-  
ärztlicher Tätigkeit bescheinigt wird,  
so handelt es sich – sofern es nicht  
um Arbeitsunfähigkeit, Kur oder  
Rente geht – zwar um ein „Verord-  
nen“ und Testieren als ärztliche Lei-  
stung, im strengen Sinne aber um  
Begutachtung. Dem die Leistung er-  
bringenden Träger wird deren Not-  
wendigkeit durch einen Sachverständigen  
begründet. Sie besteht entwe-  
der in Entlastung oder in einer Sach-  
leistung zur Prävention, Behandlung  
oder Rehabilitation von durchweg  
medizinischem Charakter.

Parallel- oder nachgeschaltet  
dazu bedienen sich die Sozialversi-  
cherungsträger bei der Entschei-  
dungsfindung zur Notwendigkeit  
verordneter beziehungsweise bean-  
tragter Leistungen des Urteils amt-  
licher oder nebenamtlicher Sachver-

ständiger. In der praktizierenden  
Ärzteschaft wird im allgemeinen den  
Besonderheiten des Einzelfalles  
mehr Rechnung getragen, von den  
ärztlichen Gutachterdiensten mehr  
Gewicht auf die Beachtung von Re-  
geln gelegt. Das erste ist verständ-  
lich, das zweite ist notwendig und  
richtig, denn wenn es hier nicht ein  
Regulativ gäbe, so wäre die Rechts-  
sicherheit ebenso wie die Rechts-  
gleichheit in Gefahr.

Regulierend wirkt dabei der  
Umstand, daß der kurativ tätige und  
der gutachterliche tätige Arzt unter  
teilweise ungleichen Zielrichtungen  
arbeiten: Der kurativ tätige neigt  
seinem Selbstverständnis nach leicht  
zum „An-Diagnostizieren“, der  
Gutachter dagegen zum „Weg-Dia-  
gnostizieren“, der eine zum „Auf-  
werten von Befunden“, die der an-  
dere gegebenenfalls „abwertet“. Zwischen  
beidem wird man eine  
Rückkopplung annehmen dürfen.

---

### 4. Der Einzelfall und die Regel

Wo haben die Beson-  
derheiten des Einzelfalles  
ein stärkeres Gewicht  
als die Regeln?

Zunächst ist jeder Fall ein Ein-  
zelfall mit subjektiven und objekti-  
ven Besonderheiten, aber es kann  
nicht jeder nur an seinen Besonde-  
rheiten gemessen werden. Besonde-  
rheiten im Sinne dieses Themas sind  
gravierende, rechtserhebliche Merk-  
male in der Einzahl oder Mehrzahl  
außerhalb der Spielbreite der Masse  
der Fälle.

Konkret sind dies zunächst die  
Fälle von Personen mit normalen  
Befunden, die „beim besten Wil-  
len“ nicht können oder die weniger  
leisten oder zu leisten vorgeben, als  
man nach den Befunden erwarten  
kann. Oder es sind diejenigen, bei  
denen Therapie oder auch Rehabili-  
tation aus zunächst nicht einsehba-  
ren Gründen erfolglos sind oder we-  
niger erfolgreich als erwartet. Es

sind aber auch die Menschen, die  
sich mit den „üblichen“ Sozialversi-  
cherungsleistungen nicht zufriedenge-  
ben, weil diese in ihren Augen zur  
Erreichung des angestrebten Zweekes  
nicht ausreichen. Sie verlangen  
nach Qualität oder Quantität oder  
nach beidem mehr.

Um es im Sinne unseres Themas  
auszudrücken: es sind die Einzelfäl-  
le, die sich der Anwendung der Re-  
geln widersetzen. Dabei lautet die  
Generalregel: Befinden, Leistungs-  
vermögen und Erfordernisse stehen  
in linearer Abhängigkeit zu medizi-  
nischen Befunden und dies vor allen  
Meßdaten beziehungsweise Parame-  
tern (9, 11).

Es ist ein Fortschritt, daß wir  
uns von dem Denken und von dem  
Einteilungsschema distanziert ha-  
ben: gute Menschen können leisten  
– die nicht leisten können, wollen  
nicht – jeder ist verpflichtet, einen  
guten Willen zu haben, und wenn er  
ihn hat, dann kann er auch leisten.  
Der Simulant ist aus der Diskussion  
verschwunden, jedenfalls aus der of-  
fenen (6). Es gibt ihn trotzdem, aber  
sicher sehr selten, öfter den Aggra-

veur. Die Zeiten, in denen sich Gutachter auf die „Entlarvung“ von Simulanten etwas zugute hielten, sind vorüber. All dies liegt aber nicht im Spektrum unseres Themas (5, 7, 10).

Wir versuchen vielmehr eine einfache, weniger moralisierende Typologisierung der hier zu subsumierenden Erscheinungsformen von „Versagern“ vorzunehmen, aber auch von Menschen, an denen unser Meßsystem nicht stimmig ist.

Bei ihnen soll das ärztliche Urteil die Leistungsfähigkeit als „nicht schuldhaft“, als objektiv herabgesetzt erkennen – oder feststellen, wodurch sie wiederhergestellt werden kann. Sie ist seriöser, weil sie fundiert und auch grundsätzlich nachprüfbar ist:

■ es sind zunächst Menschen mit seelischen Störungen im Sinne der Typologie von Dietrich Langen (3),

■ ferner sind es die Verängstigten und Verunsicherten als unerwünschte, aber nicht seltene Nebenprodukte ärztlichen Handelns, ärztlicher Fehlinformation und der überproportionalen Anwendung insbesondere diagnostischer Technologie.

Die dadurch induzierten Verhaltensmuster können sich chronifizieren und wirken dann de facto leistungsmindernd, aber gegen die Sozialversicherung leistungsfördernd. Sie bedeuten eine Relativierung der eingangs aufgestellten Regel, Befinden, Leistungsvermögen und Erfordernisse ständen in linearer Abhängigkeit zu medizinischen Meßdaten. Insbesondere ist die Leistungsfähigkeit zwar eine auch physikalisch zu definierende Größe. Sie ist aber eine komplexe Funktion (12).

## 5. Abschließende Überlegungen

Wann und wie insbesondere die Determinante Motivation ein solches Gewicht hat, daß sie die Regeln sprengt, das zu beurteilen ist letztlich eine Sache ärztlicher Kunst und kann in diesem Rahmen weder gelehrt noch gelernt werden (2). Diese Überlegungen sollten offengehalten werden – aber mit Maß! Die Medizin könnte sonst Gefahr laufen, in zwei Richtungen zu zerrinnen: in die datengläubige Befundmedizin und in eine reine Befindlichkeitsmedizin. Wenn wir uns dieser zu sehr verschreiben, befreien wir uns von den Zwängen der Technologie mit ihrem die ärztliche Entscheidungsfreudigkeit so oft einengenden Daten-Output. Wir würden uns dann aber den Psychologen mit ihren Testbatterien ausliefern, die den gleichen Anspruch auf Gläubigkeit erheben wie die Apparatemedizin.

Der Arzt würde dann zu einer Relaisstation zwischen Leistungsempfänger und -erbringer werden, über die nur noch Wünsche und For-

derungen umzuschalten und weiterzugeben wären. Dies wäre ein Verlust an Entscheidungsspielräumen und sogar an Freiheit.

Die Folgen wären aber auch sonst bedenklich: Ein Leistungsdruck in der Größenordnung Null führt zwangsläufig zu einer Leistungsfähigkeit und -willigkeit ebenfalls in der Größenordnung Null. Die Ärzteschaft würde aber auch ihren Teil dazu beitragen, daß langsam ein Zweiklassensystem entsteht, in dem nicht mehr die Reichen die Armen ausbeuten, sondern in dem immer mehr Leistungsfähige und Leistungswillige die Lasten von immer mehr Nichtleistenden zu tragen haben.

### Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Hero Silomon  
Ltd. Landesmedizinaldirektor  
Schölerbergstraße 22/3  
4500 Osnabrück

### Literatur

1. Bochnik, H. J.: „Der einzelne Patient und die Regel – ein Grundproblem der Medizin“. *Med. Sachverständiger* **82** (1986)
2. Groß, R.: „Zur Gewinnung von Erkenntnissen in der Medizin – Erfahrung, Intuition, Modelle“. *Dt. Ärztebl.* **76** (1979) 2571–2578
3. Langen, D.: „Psychodiagnostik, Psychotherapie“. Georg Thieme Verlag Stuttgart **1969**
4. Schulin, B.: „Zu den Inhalten von Rechtsnormen für die Gewährung medizinischer Leistungen in der Sozialversicherung“, in: *Sozialmedizin – Sozialrecht – Gesundheitsökonomie*, hrsg. von H. Silomon, R. Brennecke, Chr. von Ferber und U. Laaser, Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York-Tokio (1986) 13–18
5. Silomon, H. u. Chr. von Ferber: „Der soziale Problemfall“, in: *Sozialmedizin – Eine Einführung für Sozialversicherungsfachleute*, hrsg. von H. Silomon, Asgard Verlag St. Augustin (1978) 207–213
6. Silomon, H.: „Simulation und Aggravation – Begehrlichkeit und Kontrolle“, in: *Sozialmedizin – Eine Einführung für Sozialversicherungsfachleute*, hrsg. von H. Silomon, Asgard Verlag St. Augustin (1978) 199–205
7. Silomon, H.: „Der nichtverarbeitungsgerechte Kranke“, in: *Sozialmedizin – Eine Einführung für Sozialversicherungsfachleute*, hrsg. von H. Silomon, Asgard Verlag St. Augustin (1978) 189–197
8. Silomon, H. (Hrsg.): „Herzinfarktrehabilitation – Licht und Schatten“. Hippokrates Verlag Stuttgart **1980**
9. Silomon, H.: „Arbeitsunfähigkeit“, in: *Das neurologische Gutachten*, hrsg. von H. H. Rauschelbach und K. A. Jochheim, Georg Thieme Verlag Stuttgart (1984) 71–87
10. Silomon, H.: „Die Arbeitsunfähigkeit in ihren verschiedenen Aspekten“. *Dt. Ärztebl.* **82** (1985) 3253–3256
11. Silomon, H.: „Technologie in der Medizin – Folgen und Probleme“. Hippokrates Verlag Stuttgart **1983**
12. Silomon, H.: „Sozialmedizin“, in: *Taschenbuch der praktischen Medizin*, hrsg. von G. Schettler, 9. Auflage Thieme Stuttgart (1987) 732–753