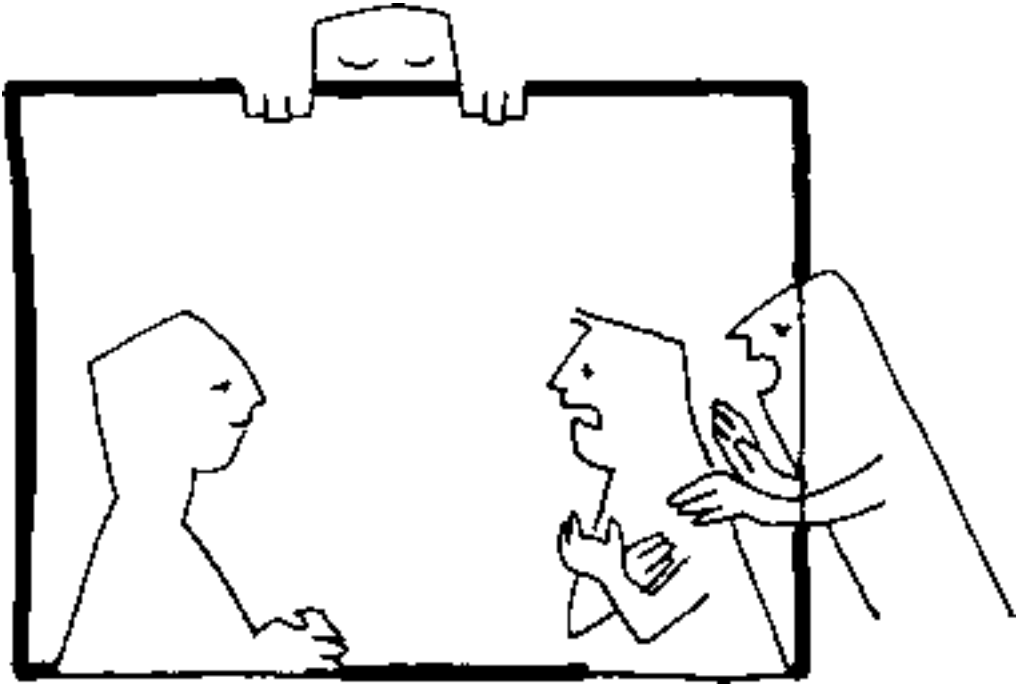




1 Beteiligte Personen

Ich meine, ... dass der Mensch ein Wesen ist, das in selbstgesponnene Bedeutungsgewebe verstrickt ist, wobei ich Kultur als dieses Gewebe ansehe. Ihre Untersuchung ist daher keine experimentelle Wissenschaft, die nach Gesetzen sucht, sondern eine interpretierende, die nach Bedeutungen sucht ...

Mich hat das Argument, dass man – da vollständige Objektivität in diesen Dingen ohnehin unmöglich sei ... – genauso gut seinen Gefühlen freien Lauf lassen könne, nie überzeugt. ... man (könnte) dann mit gleichem Recht sagen, dass man – da eine völlig keimfreie Umgebung nicht möglich sei – Operationen auch in der Kloake vornehmen könne. Ebenso wenig haben mich andererseits Behauptungen überzeugt, wonach es uns die strukturelle Linguistik, die Computertechnik oder irgendeine andere fortgeschrittene Form von Denken möglich macht, Menschen zu verstehen, ohne sie zu kennen ...

(Geertz 1995, S. 41–43)

Wir könnten uns auf den Standpunkt stellen, dass die Ausführung des Gutachtenauftrags schlicht darin besteht, die gestellten Fragen zu beantworten. Antworten setzen jedoch die entsprechende Datengrundlage voraus. Und ohne die beteiligten Personen lassen sich keine Daten erheben. Sie sind weder ohne die betreffende Person noch ohne ihre Erfahrungen, ihre Sicht der Dinge oder ihre Interessen zu haben. Wir tun deshalb gut daran, uns nicht nur oberflächlich mit ihnen zu beschäftigen.

1.1 Auftraggeber

Mit dem Fragenkatalog beginnen bereits die Probleme: Stammt dieser von einem Auftraggeber? Gibt es mehrere Kataloge? Welche Adressaten (beteiligte Dritte) müssen zusätzlich zum Auftraggeber mitgedacht werden? Im deutschen Rechtssystem sind die Auftraggeber die Gerichte und nur selten Sozialversicherungen, Gesundheitsämter, Berufsgenossenschaften etc. Beauftragte Experten gelten als neutrale Fachinstanz⁵. Im schweizerischen Rechtssystem sind die Sozialversicherungen die häufigsten Auftraggeber und nur im Ausnahmefall die Gerichte. Sehr viel seltener sind andere Auftraggeber wie Spitäler, kantonale Departemente oder Bundesämter. Der Gutachter gilt als unabhängiger Experte, wenngleich von Seiten der Anwälte der Versicherten die Tendenz besteht, Gutachter als parteilich (in versicherungsfreundlich und patientenfreundlich) zu gruppieren. Im österreichischen Rechtssystem sind ebenfalls die Sozialversicherungen die häufigsten Auftraggeber und nur im Streitfall die Gerichte⁶. In allen Rechtssystemen gelten Gutachten im Auftrag von Rechtsvertretern der Versicherten als Privatgutachten⁷.

1.1.1 Gerichte

Gerichte sind qua definitionem neutrale Instanzen. Ihre Aufgabe besteht darin, für Rechtsgleichheit zu sorgen. Insofern sind diese die unkompliziertesten Auftraggeber. In den Fragen, um die gestritten wird, hat das Gericht keine eigenen Interessen. Gutachten werden eingeholt, um Sachfragen von den Experten klären zu lassen. Schwierig wird es, wenn die Sachaussagen die gestellten Fragen nicht beantworten können. So gibt es eine Reihe von Diagnosen, die nicht aus medizinischen Daten erwachsen und deshalb auch nicht medizi-

nisch begründbar sind. Dazu gehören die HWS-Distorsion oder das Schleudertrauma, das Chronic-Fatigue-Syndrom, die Fibromyalgie, aber auch das Borderline-Syndrom. Die Begriffe sind streng genommen keine Diagnosen, sondern Bezeichnungen für Beschwerden und Verhaltensweisen, die verschiedene Ursachen haben können. Nun gibt es in der Medizin nach wie vor Krankheiten, deren Ursachen ungeklärt sind. Daneben gibt es Diagnosen für Beschwerden und Verhaltenweisen, die nichts anderes besagen, als dass dieser Zustand medizinisch unerklärlich ist. Beide Gruppen von Diagnosen sind nicht miteinander identisch (s. Kap.4.3 S. 78–82). Trotz Hinzuziehen von Experten bleiben hier widersprüchliche Aussagen bestehen. Den Gerichten ist es nicht möglich, diese Situation zu ändern. Sie sprechen davon, um Rechtsfrieden bemüht zu sein, wo Rechtsgleichheit nicht möglich ist. Dafür bedarf es der Orientierung. Sie bietet sich in Referenzen auf den gesunden Menschenverstand an, auf religiöse, ideologische oder politische Überzeugungen. Je weiter ein Rechtsstreit vorangeschritten ist, wenn beispielsweise die zweite oder dritte Instanz nach einer Reihe von Gutachten ein Obergutachten eingeholt hat, desto mehr ist auch der Gutachter versucht, sich nicht auf Sachaussagen und die Grenzen der Aussagemöglichkeiten zu beschränken, sondern seine Erfahrung und seinen gesunden Menschenverstand sprechen zu lassen. Dies ist insofern berechtigt, als sich mit der Dauer des Verfahrens Interessen der Beteiligten verselbständigen und den Heilungs- und Rehabilitationsverlauf beeinflussen. Dies ist jedoch nicht gerechtfertigt, wenn der gesunde Menschenverstand oder die klinische Erfahrung als wissenschaftliche Erkenntnis deklariert werden (s. Kap.5.4 S. 93 ff.). In jedem Fall ist das Gutachten, auch das medizinische Gutachten, ein Beweismittel (s. Kap.2.1 S. 20). Mehr nicht.

1.1.2 Sozialversicherungen

In **Deutschland** haben die Behörden der Sozialverwaltung, ebenso wie die Gerichte, die Aufgabe, den Sachverhalt in eigener Zuständigkeit von Amts wegen aufzuklären (§ 103 SGG, § 20 SGB X). Deshalb müssen sie von sich aus alle Möglichkeiten zur Klärung entscheidungserheblicher Tatsachen ausschöpfen. Sie sind auch nicht auf bestimmte Beweismittel beschränkt, sondern sind

zur Ermittlung jeder Art befugt. Der Versicherungsträger hat sich der Beweismittel zu bedienen, die er nach seinem pflichtgemäßen Ermessen für erforderlich hält. Der Sozialversicherungsträger hat nicht nur die Möglichkeit, sondern auch die Rechtspflicht, „Sachverständige zu vernehmen“ oder „die schriftliche Äußerung von Sachverständigen einzuholen“ (§21 Abs.1 SGB X) (Schneider 2003).

In der **Schweiz** sind die Sozialversicherungen die häufigsten Auftraggeber. Gutachtaufträge gehen an Spitäler, frei praktizierende Kollegen oder an die Medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS), an denen Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachgebiete tätig sind. Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) verfügt über eine eigene Abteilung Versicherungsmedizin mit umfangreicher Gutachtenerfahrung. Die Invalidenversicherung (IV) baut momentan entsprechende regionalärztliche Dienste auf. Den dort tätigen Fachärzten wird von Anwälten Parteilichkeit vorgeworfen. Die Gerichte teilen diese Haltung nicht (s. Kap. 2.1 S. 20 ff.; s. auch Anm. 5). Sie messen jedoch auch den durch die Anwälte veranlassten Gutachten mehr Gewicht bei, als dies in Deutschland der Fall ist. Erste Einspracheinstanz ist die Sozialversicherung selbst. Die juristischen Auseinandersetzungen können sich über Jahre hinziehen. Es werde nirgends so erbittert gekämpft, so Rasch, als wenn es ums Geld gehe (Rasch 1999). Ein natürliches Ende dieses Streits gibt es nur im Ausnahmefall. Mit dem Lauf der Jahre schieben sich sekundäre Faktoren und Entwicklungen in den Vordergrund. Sekundäre Veränderungen führen zu weiteren Folgen von Behandlungen, veränderten sozialen Gegebenheiten, Familienstrukturen oder Arbeitsunfähigkeit. Das Prinzip der Eingliederung vor Rente mit dem Ziel der Wiedereingliederung schränkt sich mit zunehmender Dauer selbst ein: Die Entwicklung wird selbst zum Faktum. Iatrogene Störungen können sich breit machen und die wirtschaftliche Situation wird vorherrschend, obwohl sie keine Rolle spielen soll.

In **Österreich** beauftragen die Sozialversicherungen einen Sachverständigen ihrer Wahl (Vertrauensarzt) mit der Begutachtung des Antragstellers, wenn die örtliche und sachliche Zuständigkeit geklärt ist und die Wartezeit für einen Anspruch auf Leistungen erfüllt ist. Ist die Wartezeit nicht erfüllt, aus medizinischen Gründen aber der An-

spruch auf bestimmte Leistungen gegeben, ist das magistratische Bezirksamt oder die Bezirkshauptmannschaft zuständig. Sie beauftragt den Amtsarzt mit der Begutachtung⁸.

1.2 Explorand/Explorandin

Streng genommen kommunizieren beim Gutachtauftrag und seiner Ausführung der Auftraggeber und die Gutachterin. Sie begegnen sich jedoch in aller Regel nicht. Vielmehr handelt es sich von vorn herein um ein Dreieck mit dem Exploranden als Drittem. Die Begegnung, die im Mittelpunkt der Begutachtung steht, ist die zwischen Explorandin und Gutachter. Im Zentrum der Begutachtung steht zumeist die Exploration und Untersuchung einer Erkrankten oder Verunfallten, für die die Regeln der Beziehung zwischen Arzt und Patient ihre Gültigkeit haben. Der Auftraggeber – sowie die weiteren Dritten – sind im Hintergrund an der Situation beteiligt, in der sie auch ohne persönliche Anwesenheit die Konstellation der Gegebenheiten mit beeinflussen. Sie bilden quasi den Rahmen, in dem sich die beteiligten Personen begegnen (s. Kap. 2 S. 19 ff.).

Zur Begutachtung kommt es in der Regel, wenn Probleme aufgetreten sind, z. B.

- der Krankheitsverlauf hat sich verzögert,
- die Operation hat nicht das gewünschte Ergebnis gezeigt,
- die Rehabilitation ist gescheitert,
- der Wiedereinstieg in die Ausbildung oder die Rückkehr an den Arbeitsplatz ist misslungen oder
- die Versicherte kann die an sie gestellten Anforderungen nicht mehr erfüllen.

Das heißt, die Dinge haben nicht den erwarteten Verlauf genommen. Die Situation ist unerwünscht und die Betroffenen befinden sich im Umbruch oder in einer anderen Ausnahmesituation ihres Lebens. Unter diesen Voraussetzungen erreicht die Betroffenen die Einladung zur Untersuchung. Das gilt auch dann, wenn sie die Begutachtung selbst angestrengt haben. Bis es zur Begutachtung kommt, ist also schon einiges geschehen. Die Krankengeschichte hat ihren Lauf genommen. Der Unfall hat eine Reihe weiterer Schwierigkeiten nach sich gezogen.

Herr Huber musste an einem Augusttag im Jahr 1998 auf dem Weg zum Mittagessen nach Hause über einen Baustellenabschnitt fahren. Er war mit einem Lieferwagen seiner Firma unterwegs. Zu spät realisierte er, dass ein weiteres Lichtsignal kam und die vor ihm fahrende Arbeitsmaschine und der Lastzug zum Stehen gekommen waren. Sein Lieferwagen fuhr auf die Arbeitsmaschine auf und schob sie in den Lastzug hinein. Seine Windschutzscheibe zersplitterte. Im Rückspiegel sah er die Prellmarke auf seiner Stirn und kleine Schnittwunden im Gesicht. Stunden später verspürte er Kopfschmerzen, Schwindel und Übelkeit. Sein Knie schmerzte. Das musste er auch angeschlagen haben. Die Arbeit nahm er etappenweise wieder auf. Ab November war er zu 100 % tätig. Eineinhalb Jahre später – im November 2000 – war er wieder 100 % arbeitsunfähig. Weitere Symptome hatten sich eingestellt: Schlafstörungen, Tagesmüdigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen; Schweißausbrüche, Herzrasen, Bluthusten. Die Kopfschmerzen hatten in der Zwischenzeit nicht ab-, sondern zugenommen. Sein Chef machte zunehmend Druck. Er wagte nicht mehr, ins Auto zu sitzen. Ängste breiteten sich aus. Er wurde depressiv. Zusätzlich musste er sich um seine kranke Frau kümmern. Seine Außendiensttätigkeit konnte er nicht fortsetzen. Im Innendienst hatte der Betrieb keine Verwendung für ihn. Jetzt wurde auch das Geld knapp. Er begann vermehrt zu trinken und dachte an Suizid. Sein Hausarzt verordnete ihm Antidepressiva und schickte ihn zu einer Psychologin. Die Invalidenversicherung leitete eine Berufsabklärung in die Wege. An sämtlichen Arbeitsplätzen war er als Mitarbeiter sehr geschätzt. Er blieb aber in seiner Leistungsfähigkeit so eingeschränkt, dass man ihn für die freie Wirtschaft als nicht vermittelbar beurteilte. Im Februar 2002 fand eine Abschlussuntersuchung wegen der Unfallfolgen statt. Der zuständige Chirurg hielt fest, dass die psychischen Beschwerden im Vordergrund stünden. Herr Huber müsse psychiatrisch begutachtet werden.

Aber damit beginnt nicht die Geschichte der Versicherten. Ihr geht der größte oder zumindest ein gehöriger Teil des Lebens voraus. Prägend sind die wichtigsten Bezugspersonen, erfreuliche wie dramatische Ereignisse und nicht zuletzt der Alltag: die banalen, wiederkehrenden Interaktionen, Verrichtungen, Pflichten, Gewohnheiten. Sie sind schwer beschreibbar und treten schnell in den Schatten der Aufmerksamkeit heischenden Erkrankung, des Unfalls, des Überfalls oder eines anderen relevanten Ereignisses, das schließlich zur

Begutachtung geführt hat. In aller Regel spielt die Situation, in der sich Relevantes ereignet, für die Diagnose, Therapie und Prognose eine entscheidende Rolle. Es genügt also nicht, zwischen Biographie, unter Umständen Krankengeschichte und relevantem Ereignis zu unterscheiden. Mit etwas Geduld lassen sich neben der (biographischen, sozialen Krankheits-) Vorgeschichte die Situation zum Zeitpunkt des Ereignisses, das Ereignis selbst und die Entwicklung danach herausarbeiten. Sie bilden die Koordinaten, in die die Einzelheiten, die Grundlinien, Kontinuitäten und Brüche eingetragen werden können:

1.2.1 Aktuelle Situation und Befinden

Während der Exploration klagte Herr Huber über Kopfschmerzen, Müdigkeit, rasche Erschöpfbarkeit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen und depressive Verstimmung. Die depressiven Zustände hätten in der Zeit vor der Exploration deutlich zugenommen. Der Gedanke, nicht mehr leben zu wollen, sei sehr nahe gerückt. Er wisse nicht, ob er noch alles bewältigen könne.

1.2.2 Entwicklung bis zur Begutachtung

Bei Herrn Huber entspricht die Entwicklung bis zur Begutachtung der oben dargestellten Skizze. Die Einzelelemente dieser Skizze werden erst nachvollziehbar, wenn man seine Unfallgeschichte von seiner übrigen Krankengeschichte, seiner Lebenssituation zum Zeitpunkt des Unfallereignisses und von seiner Biographie zu trennen versucht.

1.2.3 Unfall-/Ereignisgeschichte oder/und Krankengeschichte

Zum Zeitpunkt der Exploration hatte Herr Huber nicht nur eine Unfallgeschichte durchgemacht, sondern auch bereits eine lange Krankengeschichte hinter sich:

Im Polizeibericht war festgehalten worden, dass niemand verletzt worden sei. Es habe nur Sachschaden gegeben. Herr Huber hatte zu Protokoll gegeben, dass er nicht mehr sagen könne, ob er einen Moment lang

von der Sonne geblendet gewesen sei oder etwas studiert habe. Auf jeden Fall habe er nicht gemerkt, dass die beiden vor ihm Fahrenden anhielten. Er habe noch versucht zu bremsen, da habe es schon gekracht.

Nach dem Unfall ging Herr Huber zu Fuß nach Hause. In der zweiten Tageshälfte meldete er sich wegen der beginnenden Schmerzen bei seinem Hausarzt. Der schickte ihn zu Überwachung ins Spital. Später sprach er von einem Blackout. Im Spital wurde er 24 h überwacht. Im Austrittsbericht ging man von einer „Synkope unklarer Ätiologie“ als Ursache für den Zusammenstoß aus, von einer Gehirnerschütterung, einer gering gradigen HWS-Distorsion und einer Kniekontusion. Er habe keine weiteren Verletzungen gezeigt und sei während der Überwachung immer bei Bewusstsein gewesen. Im Zusammenhang mit der Rückfallmeldung im August 2000 wurde Herr Huber in eine Rehabilitationsklinik eingewiesen. Dort nahm man an, dass die Beschwerden Folge einer milden traumatischen Hirnverletzung seien. Schon im Vorfeld waren umfangreiche Untersuchungen in die Wege geleitet worden, die klären sollten, warum Herr Huber eine „10 s dauernde Amnesie“ erlitten habe. Das Herz wurde eingehend untersucht, Hinweisen auf eine Bronchitis nachgegangen; eine Hypoglykämie vermutet. Im CT fand sich zwar keine Hirnverletzung, aber ein Knoten am Hinterkopf, der entfernt wurde. Die neuropsychologische Testuntersuchung zeigte „ausgeprägte Beeinträchtigungen“. Herr Huber wurde depressiv.

Seine Krankengeschichte hatte schon viele Jahre vorher begonnen:

Bereits als junger Mann war Herr Huber an einer Colitis ulcerosa erkrankt. Das hinderte ihn aber nicht daran, seine Lehre zu absolvieren und während der 12-jährigen Tätigkeit im selben Betrieb sich zum Produktions- und Betriebsleiter hochzuarbeiten. In einer Zeit wachsender beruflicher und zusätzlich familiärer Belastungen machte er sich als Einzelhändler selbständig. In dieser Zeit konnte er sich aber keine Mitarbeiter leisten und entwickelte massive Kniebeschwerden, die schließlich zur Arbeitsunfähigkeit und einer vorübergehenden Phase mit Invalidenrente führten, in erster Linie wegen der Kniebeschwerden bei zusätzlicher Darmerkrankung. Er bestand die geförderte Umschulung und begann sich im Außendienst eine Firma zu betätigen. Er wurde voll arbeitsfähig, und die Rente wurde eingestellt.

1.2.4 Situation zum Zeitpunkt des Unfallereignisses

Nachdem er festgestellt hatte, dass in der Firma, die ihn in den Außendienst übernommen hatte, Betrug an der Tagesordnung war und ein schlechtes Klima herrschte, hatte Herr Huber die Firma gewechselt. Bis er in der letzten Firma seinen Traumjob gefunden hatte, war viel geschehen, u. a. ein Rechtsstreit vor dem Arbeitsgericht, den er gewonnen hatte. Seine Frau litt und leidet unter den Beeinträchtigungen eines Geburtsfehlers. Die Kinder sind zwar körperlich gesund, der Sohn aber psychisch krank, und die Folgen belasten ihn und seine Frau seit etwa 1998. Die Tochter hatte nach abgebrochener Lehre keine Stelle gefunden. Sie musste sich neu orientieren, worunter sie sehr litt und er mit ihr.

1.2.5 Vorgeschichte – eigene Anamnese und Biographie

Herr Huber war mit einem alkoholkranken Vater aufgewachsen und hatte miterleben müssen, wie dieser die Mutter schlug. Die Familie hatte kein Geld. Herr Huber fühlte sich als ältester Sohn schon früh verantwortlich. Nach Abschluss der Lehre fand er eine gute Stelle in einem Betrieb, wohnte aber in unmittelbarer Nachbarschaft zu den Eltern und fühlte sich für sie verantwortlich. Erst spät, so berichtete er, habe er begriffen, dass der Vater alkoholkrank sei. Er habe miterleben müssen, wie der Vater unkontrolliert trank und seinen Betrieb zugrunde richtete. Während einiger Jahre ging er tagsüber seiner eigenen Tätigkeit nach und versuchte nachts den Betrieb des Vaters zu retten, bis seine Colitis so akut wurde, dass sein Hausarzt ihm ins Gewissen redete. Das war der Zeitpunkt, zu dem er sich selbständig machte. Aber sein Betrieb trug keinen Mitarbeiter; die körperliche Arbeit überforderte ihn. Er musste aufgeben. Die Umschulung in eine Bürotätigkeit war nur vordergründig eine Lösung, weil er es im Büro nicht aushielt. Er entdeckte die Außendiensttätigkeit für sich, war auch erfolgreich, musste nun aber feststellen, dass der Betrieb, in dem er tätig war, nicht nur die Kunden, sondern auch ihn übers Ohr haute. Seine Frau war schon krank, als er sie kennenlernte, und die psychische Krankheit des Sohnes wurde in dem Jahr unübersehbar, in dem er überzeugt war, seinen Traumjob gefunden zu haben. Als dann noch der Unfall kam, gelang es ihm nicht mehr, sich wieder aufzurappeln.

1.2.6 Befindlichkeit versus Krankheit

Die so entstandene Skizze ist nicht unbedingt mit dem Bild oder der Vorstellung identisch, die sich der Versicherte gemacht hat. Hinweise auf die subjektiven Vorstellungen, die Krankheitstheorie, kausale Zusammenhänge werden in der Regel angedeutet. Sie müssen gehört, aufgegriffen und ergänzt werden. Manchmal ist es nötig, die Vorstellungen direkt und aktiv zu erfragen. Wir können getrost davon ausgehen, dass die Menschen, bei denen es zur Begutachtung kommt, eigene Krankheitsvorstellungen haben. Sie sind nur nicht ohne weiteres explizit vorhanden. Implizites Wissen aber kann nicht direkt erfragt werden. Es ergibt sich aus dem Kontext. Zur Aufgabe der Gutachterin gehört es, die Bezüge zu erkennen und gemeinsam mit dem Exploranden herauszuarbeiten. Explizite Krankheitsvorstellungen werden nicht selten sorgsam gehütet. Je weiter die Vorstellungen von den geläufigen biomedizinischen entfernt sind, desto eher haben die Betroffenen die Erfahrung gemacht, dass sie von Voruntersuchenden und Behandelnden abgewiesen oder gar belächelt wurden. Sie möchten nicht noch einmal zurückgewiesen werden. Voraussetzung eines Gesprächs über die Krankheitsvorstellungen ist eine vertrauensvolle Atmosphäre und das überzeugende Interesse des Fragenden.

1.2.7 Subjektive Krankheitsvorstellungen

Subjektive Krankheitsvorstellungen⁹ sind in mehrfacher Hinsicht bedeutungsvoll, sie

- prägen die Schilderungen der Beschwerden, der Krankheitsentwicklung und unter Umständen auch des Lebensverlaufs seit dem Ereignis,
- haben einen entscheidenden Einfluss auf den Krankheitsverlauf,
- sind der Schlüssel für Veränderungen der Symptomatik,
- beeinflussen deshalb auch die Hoffnung auf Besserung oder Heilung und die Motivation zur Mitarbeit in der Rehabilitation und Reintegration,
- sie sind ein wichtiger prognostischer Parameter.

Die subjektive Krankheitsvorstellung ist die Brille, durch die die Erkrankten oder Verunfallten ihre Geschichte sehen. Sie ist der Filter, durch den Be-

schwerden, Symptome wahrgenommen und Veränderungen beschrieben werden. Sie ist die Struktur, die die Erzählerin ihrer Geschichte zugrunde legt. Deshalb führt der Weg zur subjektiven Krankheitstheorie über die Struktur der erzählten Geschichte (s. Kap. 7 S. 107 ff.).

Herr Huber erzählte folgendes:

Wo soll ich anfangen? Mit der Kolitis im Alter von 18 Jahren? Nein, angefangen hat es schon früher, mit der Alkoholabhängigkeit meines Vaters. Als Kind hätte ich das nicht sagen können. Ich war schon erwachsen, als ich das begriffen habe. Es war einfach so. Wir waren vier Kinder, und ich habe es nie anders gekannt. Wir haben alle etwas lernen können. Meine Mutter war krank, und mit 53 Jahren ist sie gestorben. Ich habe meine Lehre absolviert, war für einige Zeit im Ausland und bin zurückgekommen, als mein Lehrmeister jemanden gesucht hat. Ich bin Produktionschef eines Zweigbetriebs geworden, hatte 25 Mitarbeiter und ein super Verhältnis zu meinem Chef. Das war die Zeit, in der ich begriff, dass mein Vater Alkoholiker war. Er hat nur noch getrunken, war seinen Aufgaben nicht gewachsen. Dann ist auch noch meine Mutter gestorben, und ich hab den Job meines Vaters mit übernommen. Meine eigenen Kinder hab ich nur noch gesehen, wenn meine Frau sie vorbei gebracht hat, damit ich ihnen gute Nacht sagen konnte.

Wenn wir uns die Brille ausleihen; wenn wir uns des Filters ihrer Wahrnehmung bedienen, können wir zumindest ansatzweise verstehen, was die Patienten erlebt haben. Die Erzählung zu unterbrechen hat zur Folge, dass wir Fragmente erhalten, Puzzleteile, die sich nur mit größtem Aufwand wieder zusammensetzen lassen. Es mag sein, dass die Zerlegung in Puzzleteile schneller zur medizinischen Krankheitstheorie führt. Wo sie sich nicht mit biologischen Daten untermauern lässt, bleibt sie aber bloße Theorie, die der subjektiven Krankheitsvorstellung des Versicherten gegenübergestellt wird. Wir wissen längst, dass die biologischen Daten nicht die einzigen relevanten sind. In der Psychiatrie können sie alles entscheidend sein, gleichsam die Hintergrundmusik abgeben, den tragenden Basso continuo, oder von allenfalls peripherem Interesse¹⁰. Die schnellere Erhebung geht aber nicht zuletzt auf Kosten der Verständigung. Mit etwas Übung wird es möglich, der Erzählung zu folgen und ihre Struktur zu suchen und gleichzeitig die Einzelheiten auf die Möglichkeit

eines anderen Kontextes, einer anderen Interpretation zu überprüfen.

In der Zeit, als ich den eigenen Betrieb nicht mehr aufrechterhalten konnte wegen der Kniebeschwerden, ist das mit den Spitalbesuchen losgegangen. Ich hatte kein Geld für Investitionen. Ich konnte keinen Sport mehr treiben. Dann ist die Kolitis wieder losgegangen. Schließlich musste ich mich bei der Invalidenversicherung anmelden und die Umschulung beginnen. Dabei hab ich bis dahin gesagt, ihr bringt mich nie in ein Büro rein. Als der Unfall passiert ist, hatte ich endlich meinen Traumjob gefunden. Mein Chef war wie ein Vater zu mir. Ich hatte nach dem Unfall die schlimmen Kopfschmerzen, den Schwindel usw. aber ich wollte wieder arbeiten. Trotzdem hab ich den Eindruck gehabt, dass da was nicht stimmt. Ich habe begonnen Blut zu spucken. Ich wurde geröntgt. Aber niemand hat was gemacht, und ich hab nicht gewusst, ob das vom Unfall kommt. Ich hab nicht mehr schlafen können. Dort hat sich alles verändert. Dass ich ins Spital kam, hat mich entlastet, aber mit der Stimmung bin ich noch mehr in den Keller gerutscht. Ich habe gedacht, du machst Selbstmord. Dann kam der Psychologe. Der hat mich nehmen können. Und die Frau Doktor hat gesagt, das kommt vom Unfall. In dieser Zeit hat mein Chef gewechselt. Der neue kam und wollte nur eine Bestätigung von mir, dass ich die Arbeit nicht mehr tun kann. Da ist es mit mir noch schlechter gegangen. Wieder hab ich mich bei der Invalidenversicherung angemeldet und sollte eine Umschulung machen. Der PC war für mich ein Horror. Meine Frau war chronisch krank; meine Tochter hat ihre Lehre wegen eines Ekzems abbrechen müssen, war zu Hause und wusste nicht mehr weiter. Das Geld wurde knapp. Und mein Sohn hat uns damals nur noch Kummer gemacht. Er hat schon 1998 angefangen zu spielen und zu rauchen, bis ich schließlich seine Finanzen regeln musste. Immer wieder geht mir im Kopf rum, dass ich damals beim Unfall einen Blackout gehabt habe. Ich bin auch immer so müde gewesen. Eine Woche vorher hab ich aufgehört zu rauchen. Ich hab' grosses Glück gehabt. Aber vielleicht wäre es besser gewesen, wenn ich nicht mit dem Leben davongekommen wäre.

1.2.8 Unterschiedliche Rollen

Kompliziert wird die Suche nach dem Filter der Krankheitsvorstellung dadurch, dass er nicht der Einzige ist, der die Beschwerden und ihre Schilderung prägt. Spätestens mit dem Prozess der Begut-

achtung geht es ums Geld (um Behandlungskosten, Rehabilitation, Taggeld, Entschädigung, Rente). Es geht um Recht, um die Anerkennung des Schadens und/oder die Einbusse an Lebensqualität, um Gesundheit und um Unversehrtheit.

Herr Huber wollte wissen, wie es jetzt weitergeht. Er war an seinem geschützten Arbeitsplatz sehr gern gesehen und geschätzt, berichtete aber auch von menschlichen Schwierigkeiten, die ihn bedrückten, und sobald etwas Neues komme, habe er schlaflose Nächte.

Zu diesem Zeitpunkt sind längst Vorerwartungen gewachsen oder negative Erfahrungen sorgen dafür, dass die zu Begutachtenden gleichsam gepanzert und gerüstet zum Gespräch erscheinen. Je dicker die Akten, desto leichter geschieht es, dass sich niemand mehr einen Überblick über die Geschehnisse, Beschwerden, Untersuchungen und Behandlungsversuche macht. Oft finden sich viele und wiederholte Einzeluntersuchungen, aber keine systematische Auswertung der Akten und keine interdisziplinäre Gesamtwürdigung. Und nicht selten hat keine ausführliche Exploration stattgefunden.

Herr Huber ließ keinen Zweifel daran, dass er sich den Anforderungen auf dem freien Markt nicht mehr gewachsen fühlte und dass ihn die Krankheiten in der Familie, nicht zuletzt die eingegrenzte, aber unbewältigte Spielsucht seines Sohnes bedrückte. Er hatte dessen Schulden beglichen und fühlte sich weiter für ihn verantwortlich.

Eine der Grundfragen in dieser Situation ist, ob es im Wesentlichen (noch) um die Erkrankung, die Beschwerden, die Behinderung, also um Fragen von Krankheit und Gesundheit geht oder um finanzielle und/oder soziale Belange¹¹. Der Unterschied zur Patientenrolle besteht gerade in der Tatsache, dass nicht allein Krankheit oder Unfallfolgen relevant sind, sondern soziale, nicht zuletzt finanzielle und rechtliche Faktoren mit in Betracht gezogen werden müssen. Dass sie überhaupt eine Rolle spielen, ist keine Wahl und schon gar kein Verschulden der Versicherten. Sie sind vorgegeben. Die Wahl oder der Gestaltungsraum der Versicherten besteht lediglich darin, ob sie sich Möglichkeiten, die die Sozialversicherungen bieten aktiv und direkt zunutze machen und sich nicht auf den Umgang mit der Krankheit be-