



24. Wissenschaftliche Fortbildungstagung
für Ärzte und Juristen aus den Bereichen
Sozialmedizin und Sozialrecht
13. September und 14. September 2011

Abstracts

Veranstaltet vom
Institut und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin
des Universitätsklinikums Heidelberg
und der Fachzeitschrift
'Der medizinische Sachverständige'

© Gentner Verlag Stuttgart, 2011

Wolfgang Pfosser

Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Baden- Württemberg

Begutachtung an Schnittstellen – rechtliche Einführung

„Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat“. Diese Worte im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland sind eine Feststellung und ein Auftrag zugleich – und sie werden ausgestaltet durch das Sozialgesetzbuch.

In jeweils eigenen Büchern des Sozialgesetzbuchs sind Regelungen getroffen, um die Grundsicherung zu gewährleisten (SGB II) und die wesentlichen soziale Risiken bei Arbeitslosigkeit (SGB III), bei Krankheit (SGB V) und bei Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit und im Alter (SGB VI) abzusichern.

Aber das Leben scheint sich nicht immer an diese Regeln und Paragraphen halten zu wollen. Häufig ist die rechtliche Zuordnung zu einem Zweig der Sozialversicherung nicht eindeutig – in vielen Fällen entscheidet sich die Zuständigkeit an der Beurteilung des Gesundheitszustandes oder der Leistungsfähigkeit des Betroffenen.

Für die Rechtssicherheit war es wichtig, für diese Entscheidungen ein einheitliches Verfahren und einen einheitlichen Maßstab zu vereinbaren. Weit reichende Auswirkungen haben oft die grundsätzlich zu treffenden Entscheidungen an der Nahtstelle zweier Sozialversicherungsträger, hier spielt das ärztliche Gutachten eine ausschlaggebende Rolle.

Nicht ignorieren darf man in diesem Zusammenhang, dass mit dem Gutachten oft auch über Kostenzuständigkeit – und damit über berechnete wirtschaftliche Interessen des Sozialversicherungsträgers gegenüber seiner Versichertengemeinschaft entschieden wird.

Und hier sehe ich einen gemeinsamen sozialen Auftrag: lassen Sie uns weiter daran arbeiten, dass Zweifelsfragen nicht auf dem Rücken des Einzelnen ausgetragen werden – er ist das schwächste Glied dieser Kette.

Dr. R. Freudenstein
MDK Baden-Württemberg, Lahr

§ 51 Abs. 1 SGB V: Begutachtung an einer Schnittstelle der Kranken- und Rentenversicherung

„Der MDK bestätigt bei Arbeitsunfähigkeit in einem Gutachten, dass die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gar gemindert ist. Die Rentenversicherung bewilligt auf dieser Basis Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben und wendet so günstigenfalls eine Erwerbsminderung ab.“ So könnte man meinen.

Tatsächlich ergeben sich jedoch zwischen den beteiligten Sozialversicherungsträgern und Gutachtern regelmäßig Kommunikationsprobleme, die es auszuräumen gilt. Zunächst ist die gesetzliche Funktion des Gutachtens nach § 51 Abs. 1 klarzustellen: Es soll die Ermessensentscheidung der Krankenkasse ermöglichen, ob der Versicherte zum Antrag auf Rehabilitation oder Teilhabeleistungen aufgefordert wird. Dazu ist die erhebliche Gefährdung oder die Minderung der Erwerbsfähigkeit begründet darzulegen sowie ein Hinweis zu geben, welche Leistungen in Betracht kommen und wie die Erfolgschancen eingeschätzt werden. Eine vollumfängliche Reha-Begutachtung durch die Rentenversicherung kann dadurch i. d. R. nicht ersetzt werden. Der in der Praxis häufig gehörte Einwand: „Die Rentenversicherung erkennt das Gutachten zu § 51 nicht an“ geht daher ins Leere.

Im Interesse einer reibungslosen Entscheidung über Reha- und Teilhabeleistungen der Rentenversicherung ist eine Schnittstellenoptimierung auf Basis der gesetzlichen Rollenverteilung zwischen MDK-Begutachtung für die GKV und medizinischer Begutachtung für die Rentenversicherung erforderlich. Vorstellbar wäre auch eine Bündelung dieser Aufgaben beim MDK – aber nur bei einer Kostenbeteiligung der Rentenversicherung nach § 281 Abs. 1 Satz 4 SGB V.

Ein weiteres Problem ergibt sich aus dem verwirrenden Sprachgebrauch des Begriffes „Erwerbsfähigkeit“ im rehabilitationsrechtlichen (§ 10 SGB VI) und im rentenrechtlichen (§ 43 SGB VI) Zusammenhang. Für die Begutachtung nach § 51 Abs. 1 SGB V ist der rehabilitationsrechtliche Maßstab entscheidend. Das heißt, dass längerfristige Beeinträchtigungen bei der letzten Tätigkeit im Fokus stehen, nicht das Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Darüber hinaus werden die persönlichen rehabilitationsrechtlichen Voraussetzungen nicht dadurch ausgehebelt, dass auch Krankenbehandlung zu Lasten der GKV erfolgversprechend wäre. Der Ausschluss gilt nur für die Akutphase, also einen kleinen Teil der Krankenbehandlung.

Eine einheitliche Beachtung der Rollen und Begriffsdefinitionen in den genannten Punkten erschiene hilfreich, die Entscheidungsprozesse zu beschleunigen

Dr. med. Hans Ohneberg

BA-Service-Haus der Bundesagentur für Arbeit, Ärztlicher Dienst

Begutachtung an Schnittstellen - am Beispiel des § 125 SGB III / § 44a SGB II

Die Zuständigkeit eines Leistungsträgers im gegliederten System der Sozialleistungsträger wird ganz wesentlich durch das quantitative Leistungsvermögen und die Prognose der Leistungsminderung eines Versicherten begründet. Hierbei kommt der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung von Versicherten eine entscheidende Bedeutung zu.

Zur Vermeidung von unterschiedlichen Beurteilungen der Leistungsfähigkeit bzw. der Erwerbsfähigkeit eines Versicherten sowie zur Vermeidung von unnötigen Doppeluntersuchungen haben sich die Bundesagentur für Arbeit und die Deutsche Rentenversicherung in Vereinbarungen verpflichtet, auch für den jeweils anderen Leistungszweig vorliegende ärztliche und psychologische Befunde und Gutachten zu berücksichtigen. Darüber hinaus ist anzustreben, die ärztlichen Gutachten so zu gestalten, dass sie auch im anderen Leistungszweig verwertbar sind.

Allerdings ist die Beziehung und Verwertbarkeit dieser Gutachten nicht immer uneingeschränkt möglich. Hierfür gibt es unterschiedliche Gründe, die aus trägerspezifischen Fragestellungen und trägerinternen Vorgaben resultieren.

Am Beispiel des § 125 SGB III (Nahtlosigkeitsregelung) und des § 44a (Feststellung von Erwerbsfähigkeit und Hilfebedürftigkeit) soll die Umsetzung der Vereinbarungen auf Ebene der sozialmedizinischen Dienste von Arbeitsverwaltung und Rentenversicherung kritisch durchleuchtet werden.

Sabine Knickrehm, Richterin am Bundessozialgericht - Kassel

Psychische Störungen nach Gewalterleben und Bedrohung – Einführung aus juristischer Sicht

Wir kennen die Bilder aus den Medien - Bilder von dem Massaker an Jugendlichen auf Utøya, der Bedrohung von Soldaten beim Auslandseinsatz oder dem runden Tisch nach Misshandlungen in Kinderheimen – die von Gewalt und Bedrohung Betroffenen entwickeln nicht selten psychische Erkrankungen, deren immaterielle und materiellen Folgen durch unsere sozialen Sicherungssysteme abgefangen werden müssen. In die damit verbundenen Fragen der Sozialrechtsdogmatik soll durch den Beitrag exemplarisch eingeführt werden.

Psychische Störungen nach Gewalterleben und Bedrohung können zwar leistungsrechtliche Konsequenzen in allen Sozialleistungsbereichen haben – aus Platz- und Zeitgründen erfolgt hier jedoch eine Beschränkung auf Fragen aus dem Bereich des UV- und Versorgungsrechts. Die Gewährung von Sach- und Geldleistungen in der Akutphase der Erkrankung bleibt dabei ebenso außer Betracht, wie Fragen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation im weitesten Sinne oder die Folgen in Gestalt von „Arbeitslosigkeit“, „Hilfebedürftigkeit“ oder „Erwerbsminderung“.

Der Beitrag setzt beim Schutzzweck des jeweiligen Normgefüges an (Ablösung der Arbeitgeberhaftung/ Aufopferungsanspruch) und beleuchtet vor diesem Hintergrund zunächst die unterschiedliche Entschädigungsfähigkeit der Folgen eines Traumas. Alsdann folgt eine Auffächerung der Einzelprobleme, zB bei der Abgrenzung privater und dienstlicher/ beruflicher Betätigung - innerer Zusammenhang/ Unmittelbarkeit sowie Unfallkausalität. Konkret: Können die psychischen Folgen eines Attentats auf einem Wochenmarkt überhaupt Leistungen nach dem SGB VII auslösen? Wie und unter welchen Bedingungen ist das nach SVG oder OEG möglich – im In- und Ausland – für den Berechtigten oder auch seine Angehörigen? Wie reagieren die unterschiedlichen Systeme auf kurzfristige, wie auf dauerhafte Belastungen durch Gewalterleben? Aber auch die Geeignetheit des Ereignisses als ein Entschädigungsleistungen auslösendes Tatbestandsmerkmal birgt zahlreiche Probleme. Was ist entschädigungsfähiges Gewalterleben – Ist es Mobbing? Muss der psychisch Erkrankte von Gewalt oder Bedrohung selbst betroffen gewesen sein oder genügt es, wenn er „Sekundäröpfung“ ist? Damit ist der Bogen gespannt zur Nachweisproblematik – etwa des Beweismaßstabs für den Nachweis der Misshandlung in der Kindheit. Probleme stellen sich auch bei der Feststellung des Primärschadens und der haftungsbegründenden Kausalität, wenn zB die Symptome erst längere Zeit nach dem schädigenden Ereignis auftreten. Aus juristischer Sicht sind hier insbesondere die Bewertungsgrundlagen, wie der aktuelle Stand der medizinischen Wissenschaft und die Kausalitätsgrundsätze der Anhaltspunkte von Bedeutung. Fraglich ist auch, welche Rolle die psychische Grundverfasstheit des Betroffenen spielt (Wesentlichkeitstheorie/ bestärkte wahrscheinliche Kausalität). Zum Schluss wendet sich der Beitrag der zu entschädigenden Folge des Primärschadens sowie der haftungsausfüllenden Kausalität zu und fragt nach den Grundlagen zur Bestimmung von MdE und GdS?

Dr. J. Angenendt,
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg
Psychische Störungen nach Gewalterleben und Bedrohungen
– Einführung aus medizinischer Sicht

Abstract:

Bedrohungen und Gewalt sind intentionale, von Mitmenschen ausgehende Handlungen, die für die Betroffenen traumatisierende Auswirkungen haben können. Unterschieden werden Typ-I (kurz dauernd, einmalig), Typ-II (länger, nicht absehbar andauernd, wiederholt) und Typ-III Traumata (stellvertretendes Erleben als Beobachter oder Angehöriger). „Man-made“ Traumata (vor allem sexuelle Gewalt) haben ein größeres Traumatisierungspotential als Naturereignisse oder Unfälle. Das Erleben von Gewalt und Bedrohung führt zu unmittelbaren Stressreaktionen, die eine körperlich-psychische Aktivierung für überlebenswichtige Kampf- oder Fluchtreaktionen bewirken. Sind diese blockiert, kann auch Erstarrung („freezing“) auftreten. Gewalterfahrungen können über die akuten neurobiologischen und psychologischen Notfallreaktionen hinaus zu mittel-, längerfristigen oder auch dauerhaften gesundheitlichen Schädigungen führen. Angst / Todesangst, Schmerzen, Hilflosigkeit und Demütigung können im Hirn Lern- und Gedächtnisprozesse bedingen, die auch lange nach dem Ereignis situativ ausgelöst oder spontan zu fortgesetzten Bedrohungsreaktionen führen. Als Folgestörungen können typische psychische Belastungsstörungen (wie die PTBS), sekundäre psychische Störungen (wie Angst-, depressive und somatoforme Störungen) oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Substanzstörungen sowie Aggressivität / Impulskontrollstörungen resultieren. Neben Ereignisfaktoren sind prä-, peri- und posttraumatische Einflüsse (als Risiko- bzw. als protektive Faktoren) für Art, Schwere und Verlauf der Folgestörungen von Bedeutung. Sekundäre Präventionsmaßnahmen (z.B. psychologische Frühintervention) mindern die schädigenden Auswirkungen und können eine Chronifizierung verhindern. Für Gewalt- und Bedrohungsoffer sollten entsprechende therapeutische Maßnahmen im medizinisch-psychosozialen Versorgungssystem frühzeitig angeboten werden. Bei kindlichen und komplexen (Typ-II) Traumatisierungen sind die Spätfolgen zumeist gravierender, so dass hier längerfristige psychotherapeutische Maßnahmen notwendig sind. Neueste Studien erbringen Hinweise, dass Gewalt- und Bedrohungserfahrungen werdender Mütter sich epigenetisch auf deren Kinder auswirken und so die spätere psychische Entwicklung negativ beeinflussen können.

Prof. Dr. R. Manz
Fachhochschule des Bundes für öffentl. Verwaltung, Mannheim

Psychische Störungen nach Gewalterleben und Bedrohung – am Arbeitsplatz

Mit Gewalt am Arbeitsplatz galt lange Zeit als Exotenthema. Vor allem Arbeitsplätze im Zusammenhang mit der öffentlichen Sicherheit wie die Polizei oder Justizanstalten galten als Risiko behaftet. Nachdem das lange vorherrschende Tabu durchbrochen wurde standen auch Pflegeberufe im Fokus der Aufmerksamkeit und die Zahl der einschlägigen Unfallmeldungen von Beschäftigten, die Opfer von Patientenübergriffen wurden nahm sprunghaft zu. Heute verzeichnen die Unfallversicherungsträger nur noch wenige Branchen, in denen keine Gewaltübergriffe vorkommen.

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalt am Arbeitsplatz lässt sich der anhand der Präventionslogik von primärer Prävention, Akutversorgung, Behandlung bis hin zur Rehabilitation bzw. Rückkehr an den Arbeitsplatz beschreiben. Aufgrund der Besonderheiten von Gewalt als zwischenmenschliches Geschehen sind die Rehabilitationserfolge aber häufig eher dürftig. Hinzu kommen eine Vielzahl komplizierender psychischer, somatischer aber auch sozialer Faktoren, die den Behandlungs- und Rehabilitationsprozess beeinflussen.

Schließlich sind die rechtlichen Aspekte zu nennen: Sie reichen von Fragen der Kausalität bis hin zu Fragen der Entschädigung. Das deutsche Arbeitsschutzrecht kennt keine Berufskrankheit aufgrund psychischer Störungen und auch die Einstufung einer etwaigen Erwerbsminderung geschieht häufig eher Holzschnitt.

Nach einem qualitativen und quantitativen Überblick über Gewalt am Arbeitsplatz wird die Problematik der Versorgung von Gewaltopfern aus Sicht der Unfallversicherungsträger anhand eines anonymisierten Falles dargestellt.

**Biesold, Karl-Heinz, Dr. med., Oberstarzt, Bundeswehrkrankenhaus Hamburg
Abt. Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotraumatologie**

**Psychische Störungen nach Gewalterleben und Bedrohung
- militärische Auslandseinsätze
Einsatzbedingte psychische Störungen bei Soldaten der Bundeswehr**

Abstract:

Seit nunmehr fast 20 Jahren sind deutsche Bundeswehrsoldaten im Rahmen des erweiterten militärischen Aufgabenspektrums weltweit eingesetzt. Die friedenssichernden oder -schaffenden internationalen Einsätze im Rahmen von UN-, EU- und NATO-Missionen stellen seit Anbeginn außergewöhnliche Anforderungen an die Soldaten der Bundeswehr. Sie werden mit Not und Elend, Auswirkungen von Gewalt, Leichen und Verstümmelungen, mit Chaos und Zerstörung, unklaren Konfliktlagen evtl. Gefangenschaft, mit fremden Kulturen, lang dauernder Trennung von zu Hause und dienstlich hohen Anforderungen konfrontiert. In Afghanistan herrschen kriegsähnliche Zustände, Bundeswehrsoldaten sind Opfer terroristischer Angriffe und werden mehr und mehr in Kampfhandlungen verwickelt. Lebensbedrohung, dauerhafte Stressbelastung und das Gefühl von Ohnmacht und totaler Hilflosigkeit gegenüber den Verhältnissen im Einsatzland fordern eine hohe psychische Belastbarkeit.

Schon die alltäglichen Gegebenheiten eines Auslandseinsatzes bergen zahlreiche Belastungen in sich. Treten zusätzlich kurzfristige oder länger dauernde Extremsituationen (sogenannte potenziell traumatisierende Ereignisse) auf, kann die Fähigkeit zur Belastungsverarbeitung Einzelner überfordert werden. Traumafolgestörungen (z.B. Posttraumatische Belastungsstörungen) treten nicht selten verzögert auf und entfalten ihre schädigende Wirkung oft erst, wenn der Einsatz längst vorbei ist und die Soldaten wieder in der Heimat sind. Typische Symptome sind wiederkehrende, sich aufdrängende Bilder in Flashbacks oder Alpträumen, ein dauerhaft erhöhtes Erregungsniveau mit ausgeprägten Schlafstörungen, Vermeidungsverhalten und andere psychische Störungen, aber auch die Erschütterung des soldatischen Selbstverständnisses bis hin zum Motivationsverlust oder nachfolgender Dienstunfähigkeit.

Die klinischen Erfahrungen zeigen jedoch, dass die PTBS nicht das einzige Krankheitsbild ist, auf das wir unser Augenmerk richten müssen, sondern mittlerweile sind zahlreiche andere einsatzbedingte psychische Erkrankungen, wie z.B. Depressionen, schwerwiegende Anpassungsstörungen, Angststörungen und Suchterkrankungen in den Behandlungseinrichtungen der Bundeswehrkrankenhäuser in den Vordergrund getreten.

M. Grensemann-Arnold, Unfallkasse des Bundes, Wilhelmshaven
Psychische Störungen nach Gewalterleben und Bedrohung bei zivilen Auslandseinsätzen
I. Versicherter Personenkreis

Grundsätzlich : Für **Beschäftigte** der Botschaften, Auslandsvertretungen (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB V), Konsulate (§ 2 Abs. 3 Satz 1 SGB VII), Lehrkräfte des Auswärtigen Amtes in Schulen im Ausland und entwicklungspolitischer Freiwilligendienst sowie Ortskräfte (§ 3 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII)

Versichert sind nur Beschäftigte, nicht „wie-Beschäftigte“.

1. **Ehrenamtlich Tätige:** a) Entwicklungshelfer (§ 2 Abs. 3 Nr. 2a SGB VII) mit den besonderen Ansprüchen des Entwicklungshelfergesetzes (§ 10 EhfG) sind keine unfallvers.rechtl. Ansprüche). Entwicklungshelfer ist, wer sich verpflichtet, ohne Erwerbsabsicht für Leistungen nach §§ 3, 4 EhfG eines anerkannten Trägers des Entwicklungsdienstes für eine ununterbrochene Zeit für mind. zwei Jahre Dienst zu leisten oder darauf vorbereitet wird. Entschädigt werden auch Gesundheitsstörungen oder der Tod des Helfers, der auch außerhalb des Dienstes bei privaten Verrichtungen entstanden sein kann, wenn sich hierdurch eine besondere dem Entwicklungsland eigentümliche Gefahr realisiert hat (je nach Reisewarnung, Sicherheitshinweis des Auswärtigen Amtes, Beispiel : Schotterpisten in Afrika).
- b) Freiwillige anderer Hilfsorganisationen zur Hilfe bei Unglücksfällen oder im Zivilschutz (z. B. „Weltwärts“, Technisches Hilfswerk, Deutsches Rotes Kreuz, Freiwilligendienst aller Generationen, Jugendfreiwilligendienst- § 2 Abs. 1 Nr. 10 u. 12 SGB VII, § 2 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 b) SGB VII) sind unfallversicherungsrechtlich den Arbeitnehmern gleichgestellt. Durch Satzung des Unfallversicherungsträgers erhalten sie manchmal zudem Mehrleistungen (§ 94. Abs. 1 S. 1 SGB VII).

Normzweck : Durchbrechung des sog. „Ausstrahlungsprinzips“ des § 4 SGB IV , sog. Ortskräfte im öffentlichen Interesse

II. Umfang des Versicherungsschutzes

1. **Einzelereignisse** : Grundproblem : Vorliegen eines Versicherungsfalles m Sinne des SGB VII (§§ 8,9). Hierbei ist nur eine Anerkennung als Arbeitsunfall aufgrund eines zeitlich begrenzten Ereignisses grundsätzlich möglich (Definition § 8 SGB VII.). Versichert sind jedoch nur die traumatisierenden Einzelereignisse, die einen Bezug zur versicherten Tätigkeit haben. Bei Einbrüchen, Überfällen und anderen Übergriffen, denen vermeintlich wohlhabende Europäer besonders ausgesetzt sind, besteht im Falle privater Verrichtungen grundsätzlich kein Versicherungsschutz. Ausnahme : **besondere Gefahrenlage**
Der Aufenthalt in den Privaträumen ist im Ausland nur dann versichert (auch auf Dienstreisen), wenn eine besondere Gefahrenlage vorliegt. (Z.B. Lehrer in Kuala Lumpur - als nicht gefährlich eingestuft) und typischer Überfall in der Privatwohnung durch Räuber, weil Schulgeld dort vermutet wird.
2. **Traumatisierende Belastungen über einen längeren Zeitraum** :
Problem **ständige** psychische Belastung
Durch ständige Bedrohung z.B. auf dem Weg zum täglichen Einsatzort, durch bewaffnete Straßengangs , Militär, Hungersnot, Einsatz in Krisengebieten etc..
a) Definition des Versicherungsfalles nach § 9 Abs. 1 SGB VII
a1) Listenberufskrankheit (§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII)
a2) Wie- Berufskrankheit (§ 9 Abs. 2 SGB VII) scheidet am Vorliegen der engeren Voraussetzungen (Fallbeispiele).
Die Rechtsprechung des BSG erkennt maximal zwei Arbeitsschichten als Arbeitsunfall an, die Erkrankung darf nicht kausal durch die immer wiederkehrende psychische Exposition entstanden sein, sondern muss auch einem Ereignis zugeordnet werden können. D.H. ein Ereignis muss der Schwere nach geeignet gewesen sein, diese Erkrankung zu verursachen.
- b) Dienstreisen ins Ausland : Im Einzelfall Anerkennung eines Arbeitsunfalles im Rahmen einer längeren Dienstreise im Hotel etc. möglich, wenn der durch die versicherte Tätigkeit bedingte Aufenthalt im Ausland keinen eigenwirtschaftlichen Bezug hatte und sich gerade diese Gefahr verwirklicht hat.
- 3.) **Leistungen** der gesetzlichen Unfallversicherung im Versicherungsfall
(Präventive Leistungen ,Psychotherapeutische Behandlung, Geldleistungen)

R. Dettmeyer,
Institut für Rechtsmedizin, Justus-Liebig-Universität Gießen

Kindesmissbrauch und Opferentschädigung – aus medizinischer Sicht

Die medizinische Befunderhebung und Begutachtung gesundheitlicher Schädigungen beim sexuellen Missbrauch von Kindern ist nicht nur, aber auch eine Maßnahme der Beweissicherung. Diese Maßnahmen müssen berücksichtigen, dass im Opferentschädigungsgesetz (OEG) die Feststellung eines „vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriffs“ auf eine Person oder gesundheitliche Schädigungen durch die „rechtmäßige Abwehr“ eines solchen Angriffs verlangt wird. Im Ergebnis kann hier ein medizinisches Gutachten verlangt werden, welches entsprechenden Beweisanforderungen gerecht wird, auch wenn weitere Beweismittel (Zeugenaussagen, spurenkundliche Nachweise etc.) herangezogen werden. In der Praxis kommen eindeutige Verletzungsbefunde vor, aber auch Befundkonstellationen mit interpretierbaren Verletzungen (Schlag-, Sturz-, Abwehr- und/oder Penetrationsverletzungen, sog. Bagatelverletzungen etc.), die im Zusammenhang mit weiteren Indizien eine gutachterliche Aussage aus medizinischer Sicht erlauben. Der Begriff „Kindesmissbrauch“ kann unterschiedlich weit gefasst werden. Beim akuten Kindesmissbrauch im Sinne von „Hands-on“-Taten können Verletzungen sowie spurenkundliche Beweise (Ejakulat, Spermien, Kondombenutzung, Zellen mit Täter-DNA) im Vordergrund stehen, aber auch relativ diskrete Befunde. Posttraumatische physische wie psychische Befunde, auch nach sog. „Hands-off“-Taten können ebenso wie sexuell übertragbare Krankheiten von Bedeutung sein. Gesondert zu betrachten ist die Frage der Kausalität zwischen psychischen bzw. psychiatrischen Erkrankungen im späteren Lebensalter und einem zurückliegenden Kindesmissbrauch. Im Einzelfall ist eine fachmedizinische Begutachtung zur Heilbehandlung der Schädigung und zur medizinischen Beurteilung von Schädigungsfolgen erforderlich. Entscheidend ist auch dann die Qualität der Dokumentation von Befunden, Symptomen und weiteren Indizien.

Dr. Gudrun Doering-Striening
Fachanwältin für Sozial- und Familienrecht, Essen

Kindesmissbrauch und Opferentschädigung – aus juristischer Sicht

Der Vortrag konkretisiert und begrenzt das Thema auf die erwachsenen Opfer sexuellen Missbrauchs in der Kindheit. Von Betroffenen im Erwachsenenalter werden Therapie und Beratung am häufigsten als ihr konkreter Bedarf genannt. In der Kritik stehen zu lange Wartezeiten und die begrenzten Stundenkontingente bei der psychotherapeutischen Behandlung. U.a. wird deshalb eine evidenzbasierte Anpassung der für die Behandlung der Betroffenen zur Verfügung stehenden Stunden von der Unabhängigen Beauftragten für den sexuellen Missbrauch gefordert. Die Leistung von Therapie setzt aber grundsätzlich die Anerkennung als Opfer im Sinne des OEG voraus. Die Feststellung des tätlichen Angriffs und die Kausalitätsnachweise sind mit größten Schwierigkeiten verbunden. Die Anwendbarkeit der Glaubhaftigkeitsbegutachtung nach strafrechtlichen Kriterien - insbesondere in den Fällen des delayed recall - im Opferentschädigungsgesetz ist fraglich; Die Kausalitätsbeurteilung psychischer Störungen nach sexuellem Kindesmissbrauch – insbesondere die Bedeutung der Brückensymptome – bedarf zusätzlicher Forschung und neuerer aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse, wenn der Gesetzgeber nicht den Weg einschlägt, die Kausalitätsfragen zwischen Missbrauch und psychischen Folgestörungen rechtlich zu regeln.

Dr. med. Andreas Bahemann
Zentrale der Bundesagentur für Arbeit, Ärztlicher Dienst

Grenzen zulässiger Fragen an den Gutachter – Einführung zum Thema

Die rechtlichen und sonstigen Rahmenbedingungen sind für sozialmedizinisch begutachtende Ärztinnen und Ärzte bei gesetzlichen Trägern und im privaten Bereich teilweise sehr unterschiedlich. Gemeinsam ist ihnen jedoch allgemein, dass sie sich gutachterlich zu Fragen aus ihrem Fachgebiet zu äußern haben. Bekanntermaßen entscheidet die Gutachterin bei der gesetzlichen Rentenversicherung ebenso wenig über die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben bei einem Versicherten wie der Gutachter bei der Arbeitsagentur über deren Leistungen. Trotz aller Bedeutung im Einzelfall nimmt auch der Gutachter für das Sozialgericht nicht den Ausgang des Verfahrens vorweg.

Im vergangenen Jahr waren Gegenstand beim Heidelberger Gespräch die „üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes“. Jetzt soll aus unterschiedlichen ärztlich-gutachterlichen und juristischen Blickwinkeln vorgetragen und diskutiert werden zu den Grenzen zulässiger Fragen an den Gutachter – und an die Gutachterin.

Im Ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit nimmt die Sensibilisierung für dieses Thema großen Raum ein schon bei der Einführung neu eingestellter Kolleginnen und Kollegen. Bestimmte vorformulierte und fachlich abgestimmte Fragen können das Vorgehen und die eigene Entscheidung erleichtern. Hier wie überall verbleibt aber eine Vielzahl von Grenzfällen, die beispielhaft aufgezeigt und besprochen werden.

Insgesamt darf die Auftraggeber-bezogene „Kundenorientierung“ nicht dazu führen, dass im Gutachten über die ärztliche Fachlichkeit hinaus Stellung genommen wird.

Dr. med. Reinhard Legner
Bereich Sozialmedizin der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd

Grenzen zulässiger Fragen an den Gutachter- am Beispiel der Wegefähigkeit

Eingegangen wird auf den Begriff der Wegefähigkeit aus sozialmedizinischen Sicht.

Der Gutachter wird nicht nach der Wegefähigkeit (ein juristisch definierter Begriff) gefragt, sondern nach der Möglichkeit eines Probanden, viermal täglich 500 m in angemessener Zeit (20 min) zu Fuß zurückzulegen.

Es gibt unterschiedliche Methoden, die mögliche Gehstrecke eines Probanden festzustellen. Immer ist der Gutachter jedoch auf Angaben des Probanden, die subjektiv sein müssen, angewiesen. Der Gutachter muss also die Plausibilität der Aussagen des Probanden zu zum Beispiel einer Limitierung der Gehstrecke durch Schmerzen überprüfen. Hier wird auch der Begriff der Zumutbarkeit bedeutsam, da der Gutachter auch zu beurteilen hat, welche Schmerzen für den Probanden aus Sicht des Gutachters noch erträglich sind.

Hinzu kommt, dass die mögliche Gehstrecke nicht auf den Meter genau bestimmt werden kann. Hier ist, ähnlich wie bei der Festlegung des zeitlichen Leistungsvermögens in Stunden beziehungsweise Minuten durch den Gutachter eine Genauigkeit gefordert, die nicht erreicht werden kann.

Es verbleibt also in vielen Fällen eine Unsicherheit in der Beurteilung. Diese wird ein geringes oder ein größeres Ausmaß haben, je nachdem welche Befunde er bei der körperlichen Untersuchung des Probanden erhoben hat.

Wenn aus juristischer Sicht eine Aussage des Arztes gefordert wird, die entweder die Voraussetzungen eines Vollbeweises erfüllt oder mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit getroffen werden kann, wird dies bei Fragen nach der Wegefähigkeit häufig nicht erfüllbar sein. Der Gutachter sollte über die Anforderungen seines Auftraggebers bezüglich der Sicherheit seiner Beurteilungen in Kenntnis gesetzt werden

Die Frage ist also nicht "unzulässig", sie kann nur aus gutachterlicher Sicht nicht immer mit der geforderten Sicherheit beantwortet werden.

Die Frage mit welchem Ausmaß an Unsicherheit bei der Festlegung rentenrelevanter Leistungseinschränkungen die Verwaltung oder das Sozialgericht einen Bescheid begründen oder ein Urteil fällen können ist von juristischer Seite zu beantworten.

Dr. jur. Carsten Schütz
Direktor des Sozialgerichts

Grenzen zulässiger Fragen an den Gutachter – juristische Lösungsvorschläge

Der Sachverständige erscheint bei akademischer Betrachtung als „Gehilfe des Richters“. Die Realität des gerichtlichen Verfahrens sieht jedoch anders aus: Regelmäßig tritt der Sachverständige faktisch an die Stelle des Richters, da er gerade zu solchen Fragen herangezogen wird und nur herangezogen werden darf, die das Gericht selbst nicht beurteilen kann. Daher fehlt dem Richter auch die Fachkompetenz zur Infragestellung des sachverständig gefundenen Ergebnisses. Ihm bleibt herkömmlich nur dessen Übernahme. Entsprechendes dürfte für Sachbearbeiter von Behörden gelten. Daher nimmt der Sachverständige im gerichtlichen wie behördlichen Verfahren eine zentrale Rolle ein. Das Gericht hat den Sachverständigen anzuleiten und kann ihm Weisungen für seine Tätigkeit erteilen (§ 404a ZPO); im Verwaltungsverfahren ist die Unabweisbarkeit der Gutachtenerstattung für die zu treffende Entscheidung Voraussetzung für die Pflicht zur Gutachtenerstattung (§ 21 Abs. 3 S. 2 SGB X). Da Gerichts- wie Verwaltungsverfahren auf die Anwendung von Rechtsnormen ausgerichtet sind, über die nicht der Gutachter, sondern Richter und Sachbearbeiter allein zu entscheiden haben, geben Letztere auf der Basis des Amtsermittlungsgrundsatzes den Umfang der Tätigkeit des Sachverständigen vor, ohne dass er sich von diesen Vorgaben lösen kann. Ihm fehlt ein eigenes Abwehrrecht gegenüber dem Auftraggeber.

Anders erscheint es aus Sicht eines Betroffenen im typischen Sozialgerichts- oder Sozialverwaltungsverfahren: Der Gutachtauftrag ist regelmäßig auf Rechtseingriffe gerichtet – seien es solche betreffend die körperliche Integrität, sei es in Bezug auf Persönlichkeitsrechte. Allerdings tritt auch hier die Zielrichtung hin auf eine juristische Entscheidung in den Vordergrund. Die begehrten Rechtsfolgen einer Norm sind untrennbar geknüpft an das Vorliegen ihrer tatbestandlichen Voraussetzungen. Können diese nur mittels eines Rechtseingriffs bewiesen werden, ist er zu dulden. Dies schließt die faktische Weigerung zur Hinnahme der Eingriffe außerhalb von zwingenden Rechtsvorschriften nicht aus. Der Betroffene hat dann aber die Folgen einer Unerweislichkeit notwendiger tatsächlicher Voraussetzungen zu tragen, wenn diese aus Gründen der Beweislast zu seinem Nachteil zu werten ist.

Soweit also Fragen an den Gutachter nicht darauf hinauslaufen, auch die juristische Entscheidung auf den Sachverständigen zu übertragen, dürften sich höchstens weit gezogene Grenzen ziehen lassen.

Dr. med. Tobias Vaitl

Orthopädische Klinik für die Universität Regensburg, Asklepios Klinikum Bad Abbach

Neue BK Gonarthrose? – aus orthopädischer Sicht

Als Gonarthrose wird der vorzeitige Verschleiß des Gelenkknorpels des Kniegelenkes bezeichnet. Es gibt viele Ursachen, die zu einer Gonarthrose führen können. Grundsätzlich unterscheidet man eine primäre (ohne erkennbare Ursache) von einer sekundären (als Folgekrankheit) Gonarthrose. Die Ursache der primären Gonarthrose ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt wissenschaftlich noch nicht endgültig erforscht. Der sekundären Gonarthrose liegen physikalisch- mechanische aber auch stoffwechselbedingte Ursachen zugrunde. Epidemiologische Studien zum Gonarthroserisiko in verschiedenen Berufsgruppen wie Steinkohlebergleuten, Bauarbeitern und Werftarbeitern, bei denen es nach arbeitsmedizinischer Erkenntnis teilweise zu hohen Belastungen durch Arbeiten im Knien oder vergleichbaren Kniebelastungen kommt, konnten erhöhte Raten des Kniegelenksverschleißes feststellen. Orthopädischerseits ist es unmöglich, das Vollbild einer primären von einer sekundären Gonarthrose zu unterscheiden. Erschwerend kommt hinzu, dass es keine Korrelation zwischen röntgenologischem und klinischem Schweregrad gibt. 50 % der röntgenologisch verifizierbaren Arthrosen sind asymptomatisch. Die fehlende Definition eines belastungskonformen Schadensbildes erschwert weiterhin den gutachterlichen Prozess. Eine erhöhte Druckkraft auf den Knorpel führt zu entsprechenden Veränderungen, die in einer Gonarthrose enden können. Ob jedoch kniende Tätigkeiten zu einer typischen Veränderung in einem einzelnen Kompartiment des Kniegelenkes führen können, bedarf erst noch eines Nachweises durch Studien. Bei Vorliegen der technischen und medizinischen Voraussetzungen einer Begutachtung zur BK Gonarthrose bleibt nun eine Abwägung und Differenzierung der konkurrierenden Faktoren. Zum einen gibt es eindeutig belegbare Faktoren, wie z.B. eine komplette Meniskusentfernung in der Anamnese, aber auch Frakturen mit Gelenkbeteiligung und nachfolgender Stufenbildung. Andere Ursachen, wie eine Beinachsenfehlstellung, können durch Studien nicht als möglicher Faktor verifiziert werden, obwohl dies vielleicht aus biomechanischen Sicht erklärbar wäre. Somit muss im Einzelfall entschieden werden.

Prof. Dr. med. Bernd Hartmann, BG der Bauwirtschaft – ASD Hamburg

Neue BK Gonarthrose? - aus arbeitsmedizinischer Sicht

Die Verursachung der BK Gonarthrose orientiert sich an der BK-Definition. Ein pathophysiologischer Kausalitätsbeweis wird dort nicht gefordert. Verursachend für eine BK 2112 sollen Tätigkeiten sein, bei denen „der Körper durch das Knie und die Vorderseite des Unterschenkels abgestützt wird und der Winkel zwischen Ober- und Unterschenkel etwa 90° be trägt.“ Die relevante berufliche Belastung liegt vor, wenn Arbeiten im Knien oder vergleichbarer Kniebelastung über 13.000 Stunden im Arbeitsleben bei mindestens 1 Stunde pro Schicht ausgeführt worden sind.

Seit dem Jahr 2005 hat durch die DGUV mehrere Studien initiiert, um die Entstehung des belastungstypischen Schadens zu erkennen. Da biomechanischen Untersuchungen über die Druckkraft auf die Gelenkflächen bei Arbeiten im Knien, im Hocken, im Fersensitz und beim Kriechen fehlen, wurden biomechanische Modellüberlegungen angestellt und mit MRT-Kurzzeitsimulationen der Beanspruchung des Kniegelenkknorpels durch entsprechende Körperhaltungen untersucht. Sie zeigen erhöhten Druck auf das Retropatellar- und Tibiofemoralgelenk nur während des Niederknies oder Aufstehens, jedoch nicht während der Phasen des Knies (Glitsch 2011). Untersuchungen über die kurzfristigen (Hornig 2010) und langfristigen Folgen der Arbeiten im Knien (Hofmann 2011) geben derzeit keine Hinweise auf ein belastungstypisches Schadensbild, wie es nach der wissenschaftlichen Begründung vermutet worden war (Hartmann 2007).

Zur Ermittlung der realen Belastungen in den vorwiegend betroffenen Tätigkeiten ist im Projekt Gonkatast eine Datenbank über die Dauer der Kniebelastungen und die Verteilung der Kniewinkel an 252 Arbeitsplätzen (Ditchen 2011) entwickelt. Es deckt erhebliche Abweichungen zwischen den realen und den von Beschäftigten angegebenen Belastungen auf, darunter insbesondere eine vielfache Überschätzung der Dauer von Arbeiten im Hocken. Ein Vorwiegen der Kniebeugewinkel bei 90 Grad konnte nicht bestätigt werden, vielmehr liegen die Maxima im Bereich zwischen 100 und 140 Grad.

Zusammenfassung: Behauptungen in der wissenschaftlichen Begründung über die Art der Druckwirkung sind nachträglich nicht zu belegen. Die Unterscheidung zwischen Verursachung der Gonarthrose durch besondere Belastungen und klinischen Folgen für Betroffene in kniebelastenden Tätigkeiten ist schwer zu treffen. Die Ermittlung der Belastungen wird durch „Gonkatast“ gesichert.

R. Rosenow

RAe Fritz und Kollegen, Sozialrecht in Freiburg

Begutachtungsprobleme im Betreuungsverfahren - aus juristischer Sicht

Seit 1.7.2005 lautet § 1901 Abs. 1a BGB: „Gegen den freien Willen des Volljährigen darf ein Betreuer nicht bestellt werden.“ Die Vorschrift nimmt Bezug auf § 104 Nr. 2 BGB: Wer sich in „einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit“ befindet, ist nicht geschäftsfähig. Wer sich auf Geschäftsunfähigkeit beruft, muss deren Vorliegen beweisen. Damit waren bislang Fälle *zweifelhafter* Authentizität von Willenerklärungen unproblematisch, denn ein zweifelhafter Willensmangel kann im Zivilprozess in der Regel jedenfalls nicht bewiesen werden. Deshalb ist normativ ungeklärt, wo genau die *Grenze* freier Willensbildung verläuft. Geklärt ist allenfalls, wo die Grenze *beweisbarer* Geschäftsunfähigkeit zu ziehen ist.

Im Betreuungsverfahren gilt jedoch die *Offizialmaxime*: Das Gericht muss in jedem Fall, in dem ein Betroffener sich gegen eine Betreuung ausspricht, entscheiden, ob dies aufgrund freier Willensbildung geschieht. Eine Beweislastentscheidung ist nicht möglich. In der Praxis führt das dazu, dass Entscheidung über die Frage, ob eine Willenserklärung des Betroffenen im Betreuungsverfahren als authentisch – „frei“ – akzeptiert oder als nur „natürlich“ verworfen wird, an medizinische Gutachter delegiert wird, obwohl die Medizin kein Konzept hat und auch keines haben kann, anhand dessen zwischen freiem und (nur) natürlichem Willen unterschieden werden werden könnte.

Denn die Frage, unter welchen Voraussetzungen ein Betreuer auch gegen den Willen des Betroffenen zu bestellen ist, ist eine *normative* Frage. Vermittels der Begriffe des „freien“ und „natürlichen“ Willens wird sie in die Medizin verlagert und damit einem kritischen *normativen Diskurs* entzogen. Die Medizin sollte sich der Auslagerung normativer Entscheidungen verweigern, indem sie ihre gutachterliche Aufgabe deskriptiv und präzise erledigt. So kann sie den Ball zurück in die Justiz spielen, denn dort und nicht beim Gutachter haben Rechtsgüterabwägungen stattzufinden. Die Justiz sollte die Medizin gar nicht erst in die Rolle des Richters drängen und ihre Gutachtaufträge auf medizinische Fragen beschränken. Die Frage, ob eine Willensäußerung frei oder bloß natürlich sei, ist selbst keine medizinische Frage, sondern muss vom Richter auf der Grundlage medizinischer Erkenntnisse entschieden werden.

Dr. med. Stephan Bork

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen

Begutachtungsprobleme im Betreuungsverfahren – aus medizinischer Sicht

Das Referat beleuchtet das Spannungsverhältnis zwischen Patientenautonomie und ärztlicher Fürsorgepflicht.

Mit der Einführung des Betreuungsrechts 1992 stiegen die Anzahl der Begutachtungen, der Betreuungen und der betreuungsrechtlichen Unterbringungen (einschließlich der unterbringungsähnlichen Maßnahmen, §1906 Abs. 4 BGB) kontinuierlich an. Zum einen ist dies auf die demographische Entwicklung mit Zunahme dementieller Syndrome, die Betreuungsbedürftigkeit begründen, zurückzuführen. Zum anderen spiegelt sich in der Zunahme der Betreuungsfallzahlen aber auch eine (begrüßenswerte) gesellschaftliche Entwicklung mit Zunahme von Transparenz und dem Wunsch nach Rechtssicherheit, insbesondere in Kliniken und Pflegeeinrichtungen. Dem entspricht die Rückführung eines traditionell paternalistischen Selbstverständnisses der Ärztinnen und Ärzte auf ein zeitgemäßes Niveau von partnerschaftlicher Interaktion. Die mit Zwang verbundene Durchsetzung von ärztlich notwendiger Fürsorge soll außermedizinisch normiert und vorallem kontrolliert werden.

Anhand von Fallvignetten wird auf die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit und der Unterbringungsbedürftigkeit bei psychiatrischen Erkrankungen eingegangen. Auf mögliche Kollisionen zwischen dem 2009 neu eingeführten sogenannten „Patientenverfügungsgesetz“ und dem mit psychiatrischer Unterbringung verbundenem Behandlungsauftrag wird hingewiesen

Prof. Dr. med. Harald Dreßing
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, J 5, 68159 Mannheim

Das Problem der zumutbaren Willensanspannung - aus medizinischer Sicht

Bei sozialrechtlichen Begutachtungen ist die Beweisfrage, ob ein Antragsteller sogleich oder innerhalb eines gewissen Zeitraums allein oder mit ärztlicher Hilfe bei „zumutbarer Willensanspannung“ die bestehenden Störungen überwinden kann eine gängige Fragestellung. Der psychiatrische Sachverständige muss sich bei dieser Fragestellung sowohl mit dem Begriff der Zumutbarkeit als auch mit krankheitsbedingten Einschränkungen der Willensbildung auseinandersetzen. Die Frage nach der „zumutbaren Willensanspannung“ adressiert zentrale Probleme der psychiatrischen Begutachtung. Zwar kann der psychiatrische Gutachter zur philosophischen Thematik, ob es überhaupt einen freien Willen gibt keine empirischen Untersuchungsergebnisse beitragen. Aufgrund der psychiatrischen Fachkunde können jedoch Angaben dazu gemacht werden, ob aufgrund psychopathologischer Symptome die grundsätzliche Befähigung zur Willensanspannung beeinträchtigt ist. Dabei sind auch Fragen der Motivation zu diskutieren und es muss eine differentialdiagnostische Abgrenzung krankheitswertiger psychischer Symptome von aggravierten oder simulierten Symptomen vorgenommen werden. Für diese Aufgaben sind der sorgfältig erhobene psychopathologische Befund und die Verhaltensbeobachtung in der Untersuchungssituation die zentralen Erkenntnisquellen.

B. Meelfs, Richter am Sozialgericht

Das Problem der zumutbaren Willensanspannung - aus juristischer Sicht

Das Problem der sogenannten „zumutbaren Willensanspannung“ stellt bei der Beurteilung von Gesundheitsstörungen und der Gewährung von sozialrechtlichen Leistungen eine Herausforderung dar. Dies betrifft sowohl die medizinischen Sachverständigen, vornehmlich auf psychiatrischem Fachgebiet, als auch die juristisch Tätigen, die - ausgehend von den und angewiesen auf die Feststellungen der Ärzte – eine Entscheidung über die Gewährung von Sozialleistungen zu treffen haben: Kann die betroffene Person noch Arbeiten verrichten und welche Einschränkungen sind dabei wegen einer Unzumutbarkeit einer Willensanspannung zu beachten?

Der Autor wird dieser Fragestellung nachgehen, vor allem praxisbezogen auf dem Gebiet der Erwerbsminderungsrente. Hier hat das Bundessozialgericht bereits (oder erst?) Mitte der 1960er Jahre entschieden, dass „seelische Störungen (neurotische Hemmungen), die der Versicherte – auch bei zumutbarer Willensanstrengung – aus eigener Kraft nicht überwinden kann“, eine Krankheit darstellen, die zur Rentengewährung führen kann. Der Vortrag stellt die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und der Instanzgerichte dar, versucht hieraus eine juristisch klare Definition des Begriffes der Willensanspannung und ihrer Zumutbarkeit zu entwickeln, beschäftigt sich mit dem Verhältnis zwischen den medizinischen und juristischen Aspekten, vornehmlich bei der Würdigung des Sachverständigenbeweises, und zeigt als Ausblick und Diskussionsgrundlage eine Zusammenfassung praktikabler Kriterien zur Lösung des Problems.