



23. Wissenschaftliche Fortbildungstagung  
für Ärzte und Juristen aus den Bereichen  
Sozialmedizin und Sozialrecht  
6. Oktober und 7. Oktober 2010

## **Abstracts**

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

© Gentner Verlag Stuttgart, 2010

---

## Aktuelle Erkenntnisse für die Begutachtung - Erwartungen aus juristischer Sicht

**Joachim Francke, Fachanwalt für Medizin- und Sozialrecht, Düsseldorf**

[www.francke-medizinrecht.de](http://www.francke-medizinrecht.de)

Sowohl aus anwaltlicher als auch aus richterlicher Sicht muss die sozial- oder versicherungsmedizinische Beurteilung des Gutachters schlüssig und nachvollziehbar dargestellt werden. Der Sachverständige hat ein vom Auftraggeber vorzugebendes Anforderungsprofil mit dem von ihm festgestellten Leistungsprofil zu vergleichen. Wenn ihm die Beweisfragen unklar oder unvollständig erscheinen, hat er vor Gutachtenerstellung auf eine Ergänzung der Beweisfragen hinzuwirken. Das gilt auch für das bis heute nicht klar definierte Anforderungsprofil des „allgemeinen Arbeitsmarktes“ in der gesetzlichen Rentenversicherung. In gerichtlichen Verfahren soll der Sachverständige seine medizinische Fachkunde einbringen, aber keine juristischen Ausführungen machen. Er darf nicht ungefragt über das Beweisthema hinausgehen oder ohne vorherige Klärung mit dem Gericht seiner Ansicht nach erhebliche Anknüpfungstatsachen in das Verfahren einführen.

Das Verwaltungsgericht Gießen hat den notwendigen Inhalt psychiatrischer Gutachten in Zwangspensionierungsverfahren jetzt erstmalig nach dem heutigen Standard psychiatrischer Gutachtenspraxis definiert und in der Verletzung des fachlichen Standards einen Verstoß gegen ärztliche Berufspflichten gesehen. Die folgenden Anforderungen an neurologisch- psychiatrische Gutachten nach dieser Entscheidung können auch auf andere Rentenverfahren übertragen werden: 1. Eine differenzierte psychopathologische Befunderhebung ist zwingend erforderlich. 2. Es gehört zum Standard fachlichen Vorgehens, vorhandene Berichte über frühere psychiatrische, psychotherapeutische, psychosomatische, stationäre oder ambulante Therapien einzubeziehen und die bisherigen therapeutischen Ansätze zu würdigen. 3. Aufgrund des allgemein anerkannten klinischen Erfahrungswissens ist vom Sachverständigen eine Hypothese über die störungsbedingten Funktionsbeeinträchtigungen zu entwickeln und die Wahrscheinlichkeit zu benennen, mit welcher die klinische Hypothese zutrifft. 4. Eine individuelle Schweregradbestimmung der psychopathologischen Symptomatik ist erforderlich. 5. Die getroffenen Befunde sind unter einen juristischen Krankheitsbegriff einzuordnen. Deren Diagnosen sind einem von zwei aktuell internationalen Klassifikationssystemen (ICD-10 oder TSM-IV) zu verschlüsseln. 6. Die dem Gutachter obliegende Neutralität erfordert, dass er nachvollziehbar in Erwägung ziehen muss, dass die Angaben des Probanden auch der Realität entsprechen können. 7. Zumindest in den Fällen, in denen es um psychoreaktive Störungen und/oder Persönlichkeitsstörungen geht, sind testpsychologische Untersuchungen erforderlich. 8. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen eines Sachverständigen müssen logisch, konsistent und für den Juristen nachvollziehbar sein.

Das Urteil zeigt weiterhin ein Dilemma für hauptberuflich tätige Gutachter auf: Die von der Rechtsprechung geforderten Qualitätsanforderungen können auf der Basis der in der Entscheidung genannten Pauschalhonorierung des Sachverständigen in der Höhe von 350 Euro je Gutachten nicht erfüllt werden.

---

## Fibromyalgiesyndrom (FMS) Die orthopädisch/psychosomatische Sicht

**M.Schiltenswolf, Heidelberg**

**Stiftung Orthopädische Universitätsklinik, Gutachtenambulanz**

**AG 2 „Sozialmedizin und Begutachtungsfragen“ der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie**

Fibromyalgie wurde zu Beginn der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts durch Rheumatologen definiert, um Patienten mit Ganzkörperschmerzen wissenschaftlich untersuchen zu können. Bei chronisch weit verbreitete Schmerzen des Stammes und der Extremitäten über zumindest drei Monate ohne körperliche Erklärbarkeit sollten so genannte „Tender Points“ überprüft werden; bei positiver Schmerzangabe an zumindest 11 von 18 definierten Punkten sollte die Diagnose der Fibromyalgie gestellt werden können.

Zwanzig Jahre später ist die Kenntnis um die Fibromyalgie nach unzähligen epidemiologischen, pathogenetischen und Therapiestudien weiterentwickelt: es handelt sich um eine Erkrankung einer zentral gestörten Schmerzverarbeitung, die ohne somatisches Korrelat (z.B. krankhaft veränderter Muskelspannung) bleibt. Frauen sind viel häufiger betroffen als Männer. Körperliche Misshandlung in Kindheit und Jugend ist der wichtigste Prognosefaktor für weit verbreitete Schmerzen im Erwachsenenalter. Genetische Anlagen haben sich bislang nicht bestätigen lassen. Dysfunktionale Beziehungsgestaltungen werden ebenso häufig festgestellt wie ausgeprägter Hang zum Perfektionismus und Symptome der Erschöpfung bei nicht erholsamem Schlaf; die Betroffenen sind häufig erheblich dekonditioniert, aber gleichzeitig überzeugt, dass weitere Schonung wichtig wäre. Depression und Angst sind deutlich häufiger als in der Normalbevölkerung. Die Betroffenen kämpfen gerne um die Anerkennung einer körperlichen Gesundheitsstörung. Die Diagnosestellung der Fibromyalgie führt nur vorübergehend zu einer subjektiven Besserung der Beschwerdelast. Während in bevölkerungsbasierten Untersuchungen Betroffene mit guten Umgangsstrategien gefunden werden, können somatisch orientierte Behandlungsansätze die weitere Chronifizierung fördern. Die aktuelle deutsche S3-Leitlinie hat, da eine einheitliche Ätiopathogenese aktuell nicht definiert werden kann, das Beschwerdebild als Fibromyalgiesyndrom (FMS – M79.70) definiert, das bei chronisch weit verbreiteten Schmerzen und nicht erholsamem Schlaf des Nachweises der Tenderpoints nicht mehr bedarf. Als therapeutisch effektiv wurden metaanalytisch Ausdauertraining und Bädertherapie, kognitive Verhaltenstherapie sowie deren Kombination in multimodalen Programmen berechnet, zudem – mit geringeren Effektivitätsraten - trizyklische Antidepressive, Duloxetin und Pregabalin. Alle Therapiestudien wiesen zum Teil erhebliche Mängel auf. Noch immer ungeklärt ist die Übereinstimmung mit der psychosomatische Diagnose der anhaltend somatoformen Schmerzstörung (F 45.40); bislang kann nur ausgeführt werden, dass das FMS eine körperorientierte Perspektive einer auch psychischen Gesundheitsstörung darstellt, die Schmerzstörung dagegen eine psychologische Perspektive eines körperlich empfundenen Beschwerdekompleses.

Gutachtlich ist das FMS insbesondere bei zivilrechtlichen (Berufsunfähigkeit) und sozialrechtlichen (Erwerbsminderung) Rentensachen einzuschätzen. Die Sicherung eines FMS alleine begründet keine Leistungsminderung. Da das FMS nicht durch die Schwere körperlicher Befunde charakterisiert ist, ist insbesondere die psychische Komorbidität abzuklären und deren Auswirkungen auf alle Lebensbereiche darzustellen und ggf. durch Fremdanamnese zu sichern. Selbstauskunftsfragebögen sind hierzu nicht hinreichend, wohl aber die Abklärung aller Aktivitäten und Teilhaben durch Befragung und Reevaluation. Die S2-Leitlinie zur Begutachtung von Schmerzen eignet sich als Grundgerüst des gutachtlichen Vorgehens.

---

## „HWS-Schleudertrauma“

### – Bedeutung für zivilrechtliche Versicherungsansprüche

#### H. Lemcke, Münster

Geht es um die Beurteilung unfallbedingter HWS-Beschwerden, wird unter Ärzten die Frage kontrovers diskutiert, was die Beschwerden verursacht und wie man darauf therapeutisch reagieren soll, unter Juristen dagegen die Frage, wann diese Beschwerden den Tatbestand der Körper- oder Gesundheitsverletzung erfüllen und eine Haftung auslösen.

Der erstbehandelnde Arzt muss berücksichtigen, dass das Ausmaß der biomechanischen Belastung vom Patienten häufig unbewusst übertreibend dargestellt wird; man hat den – evtl. objektiv eher harmlosen – Unfall als dramatisches Geschehen erlebt. Wird die Ausstellung eines Attests über die erlittene Verletzung gewünscht, muss der Arzt die unterschiedliche Aufgabenstellung als Therapeut und als Gutachter beachten; für die Einleitung einer Behandlung reicht evtl. schon der Verletzungsverdacht aus, für die Attestierung einer Verletzung muss diese feststehen. Der Arzt muss dabei in Betracht ziehen, dass evtl. nur durch Schreck und Schreckreaktion verursachte psychische Befindlichkeitsstörungen mit allenfalls geringen physischen Begleiterscheinungen vorliegen; evtl. hat die Psyche die Federführung bei der Entwicklung der Symptome übernommen. Derartige vorwiegend psychische Befindlichkeitsstörungen erfüllen aber juristisch erst dann den Tatbestand der Gesundheitsverletzung, wenn sie Krankheitswert haben.

Für den Verletzungsnachweis ist das Ausmaß der biomechanischen Einwirkung zwar wesentlich, aber nicht entscheidend; Besonderheiten des Unfallhergangs und/oder besondere körperliche Umstände können die Verletzungsgefahr erhöht haben. Techniker und Biomechaniker können das Ausmaß der Verletzungsgefahr beurteilen; die Frage, ob sich diese Gefahr verwirklicht und eine Verletzung verursacht hat, kann allein der orthopädische oder unfallchirurgische Gutachter beurteilen, er hat dabei die technischen und medizinischen Vorbefunde zu berücksichtigen.

Steht mit einem praktisch brauchbaren Grad von Gewissheit – was juristisch ausreicht – fest, dass die unfallbedingten Befindlichkeitsstörungen eine körperliche Ursache haben, steht damit zugleich die unfallbedingte Körperverletzung fest. In diesem Fall haftet der Schädiger auch dann für die Folgen, wenn der Unfall nur Mitursache in einem Ursachenbündel ist; die Lehre von der wesentlichen Bedingung gilt im Haftungsrecht nicht. Der Schädiger haftet dann auch für körperliche und psychische Folgeschäden. Für diese ist das Beweismaß herabgesetzt; eine erhebliche Wahrscheinlichkeit reicht aus. Psychische Folgeschäden müssen zwar nicht mehr selbständig Krankheitswert haben, die Haftung für sie besteht aber nicht, wenn Auslöser eine Bagatelle – ein Bagatellunfall oder eine Bagatellverletzung – ist; dann fehlt der haftungsrechtliche Zurechnungszusammenhang.

---

---

## HWS-„Schleudertrauma“ – aus orthopädischer Sicht

Frank Schröter, Kassel

Eine ordnungsgemäße Begutachtung beruht stets auf Fakten, also vollbeweislich belegte "Tatsachen", zu denen auch Befunde und Diagnosen hinzuzählen. Beim dem sogenannten "Schleudertrauma" der HWS – definitionsgemäß keine strukturelle, sondern nur eine sogenannte "funktionelle" Verletzung – stehen jedoch keine verlässlichen, also dem Vollbeweis entsprechenden Befunde zur Verfügung. Schmerzen bei Bewegung, Muskelverspannungen und eine Druckschmerzhaftigkeit entsprechen einem unspezifischen Cervikalsyndrom, welches sowohl schicksalhaft als auch unfallbedingt entstanden sein kann. Eine subtilere klinische Befunderhebung mit genauer Beschreibung der verkürzten und druckdolenten Muskelanteile mit daraus resultierenden Bewegungsstörungen (Bewegungsrichtung und Winkelgrad) – leider selten beschrieben – ergäbe eine größere Nähe zu einer Unfallgenese, genügen jedoch ebenfalls nicht der Anforderung des Vollbeweises. Die Sicherung des Erstschaubildes, ohne das logischerweise auch keine gesundheitlich nachteiligen Folgen begründet werden können, bedarf somit der Einbeziehung des Heilverlaufes, der bei nicht-strukturellen Verletzungen mit einem raschen Abklingen der Symptomatik und schlussendlich in die folgenlose Ausheilung eintreten muss. Dieser Regelverlauf erlaubt die Zuordnung der Anfangsbeschwerden zum Unfallgeschehen, schließt aber gleichzeitig gesundheitlich nachteilige Dauerfolgen aus. Die radiologische Diagnostik – Nativaufnahmen – kann keinen Beitrag zur diagnostischen Sicherung leisten. Die sogenannte "Steilstellung" entspricht einem Normalbefund. Nur kernspintomographisch lassen sich selbst kleinste Verletzungsanteile durch perifokale Ödeme etc. nachweisen, sodass im Umkehrschluss eine leere Kernspintomographie den fehlenden Verletzungseintritt relevanter Art beweiskräftig zu belegen vermag. Unerklärlich bleibende bunte Beschwerdebilder, häufig mit der Tendenz zur Ausweitung lassen sich damit indirekt identifizieren als Verhaltensstörung im Sinne einer histrionischen Störung oder Begehrenshaltung.

---

## HWS „Schleudertrauma“ Posttraumatischer Schwindel

**Michael Strupp**  
Neurologische Klinik und IFB<sup>LMU</sup>, Universität München  
[Michael.Strupp@med.uni-muenchen.de](mailto:Michael.Strupp@med.uni-muenchen.de)

Schwindel ist nach Kopf- und Nackenschmerz die häufigste Komplikation eines Schädel-Hirn-Traumas oder einer HWS-Distorsion. Schlüssel zur Diagnose sind die sorgfältige Erhebung der Anamnese (Art, Dauer, Auslöser und Begleitsymptome des Schwindels), die klinische Untersuchung der Funktion des Gleichgewichtssystems, der Augenbewegungen, des Hirnstamms und Kleinhirns sowie die Bildgebung, insbesondere die Darstellung des Felsenbeins und Hirnstamms. Die häufigsten posttraumatische Schwindelformen sind:

- a) Benigner peripherer paroxysmaler Lagerungsschwindel, der auf frei in einem Bogengang beweglichen Kristallen, den sog. Otokonien, beruht (Kanalolithiasis). Hier stehen rezidivierende, durch Kopf- oder Körperlageänderung ausgelöste Drehschwindelattacken im Vordergrund.
- b) Akuter einseitiger Labyrinthausfall, z.B. durch eine Felsenbeinfraktur oder Labyrinthkontusion. Leitsymptom ist akuter Drehschwindel mit Scheinbewegungen der Umgebung und Fallneigung.
- c) Sog. Otolithenschwindel, der auf einer Absprengung von Otokonien beruht und sich als bewegungsabhängiger Schwankschwindel und Gangunsicherheit manifestiert.
- c) Perilymphfistel, die zu einer krankhaften Druckübertragung auf das Labyrinth führt. Im Vordergrund stehen durch Druckänderungen, wie Husten oder Pressen, ausgelöste kurze Schwindelattacken.
- d) Seltene zentrale Formen durch Kontusion des Hirnstamms oder indirekt durch eine Dissektion hirnversorgender Gefäße mit Durchblutungsstörungen. Hier finden sich zentrale Augenbewegungsstörungen und Ausfälle anderer Hirnnerven sowie eine Ataxie oder Lähmungen.
- e) Sekundärer psychogen-funktioneller/somatoformer Schwindel: Leitsymptom ist fluktuierender Schwank- und Benommenheitsschwindel, der sich in bestimmten Situationen verstärkt und beim Sport sowie nach leichtem Alkoholgenuss bessert.

Für den oft angenommenen „cervicogenen Schwindel“ ergeben sich weder klinisch und grundlagenwissenschaftlich hinreichend Evidenzen.

## Multiple Chemische Sensibilität - aus epidemiologischer Sicht

### D. Eis, Berlin

Mit dem Begriff „Multiple Chemikaliensensitivität“ (Multiple Chemical Sensitivity, MCS) bezeichnet man eine chronische, symptomatisch unspezifische Gesundheitsstörung, die von den betroffenen Personen mit der Einwirkung von Umweltschadstoffen/-faktoren in Verbindung gebracht wird, wobei nach subjektivem Empfinden unterschiedlichste Agenzien symptomauslösend wirken und die jeweilige Exposition gering ist, sodass andere Personen dadurch in der Regel nicht gesundheitlich beeinträchtigt werden. Die Beschwerden bessern sich bei Expositions-karenz. Teilweise wird der Erkrankungsbeginn mit einer erhöhten, oft beruflichen Schadstoffexposition in Zusammenhang gebracht. Im Laufe der Zeit haben die Patienten das Empfinden, auf immer mehr Chemikalien (teils auch auf andere Einflüsse, wie elektromagnetische Felder) bei immer niedrigeren Konzentrationen zu reagieren. Als Auslöser gelten u. a. Innenraumschadstoffe, wie Lösemitteldämpfe, Tabakrauch, Parfüm- und Deogerüche, frische Druckerzeugnisse, Kraftfahrzeugemissionen oder Waschmittelrückstände in der Kleidung. Neben der Vielfalt der Auslöser wird meist auch eine Vielzahl von (in der Bevölkerung weit verbreiteten) Beschwerden angegeben. Ein charakteristisches Beschwerdebild ist nicht beschrieben. Das Leiden lässt sich nicht durch anerkannte Untersuchungen oder bestimmte pathologische Befunde bestätigen. Da die Ätiologie des MCS-Phänomens nicht näher bekannt ist, wird mitunter die neutrale Bezeichnung „Idiopathic Environmental Intolerances“ (IEI) bevorzugt. IEI/MCS trat bisher hauptsächlich in Nordamerika, Mittel- und Nordeuropa, Australien und Japan in Erscheinung.

Es existieren etliche Falldefinitionen, die sich aber untereinander – nicht zuletzt aufgrund der defizitären theoretischen und empirischen Grundlage – zum Teil erheblich unterscheiden. Die einzelnen Definitionskriterien sind meist uneindeutig formuliert, sodass bei ihrer Anwendung ein beträchtlicher Ermessensspielraum bleibt. Damit können sich von Studie zu Studie (und selbst zwischen den einzelnen Untersuchern) erhebliche diagnostische Diskrepanzen ergeben, was sich wiederum auf Inzidenz- wie Prävalenzschätzungen sowie in Fall-Kontroll-Studien auf die Zusammensetzung der Fallgruppen auswirkt. Bevölkerungsrepräsentative Prävalenzstudien zu IEI/MCS liegen nur in Form einfacher, meist telefonischer Umfragen vor, die sich auf wenige Fragen zur „Chemikalienunverträglichkeit“ stützen (15 % bis nahezu 40 % der Befragten geben dabei an, auf Chemikalien besonders empfindlich zu reagieren); über ärztliche „MCS-Diagnosen“ berichten 0,2–6 % der Befragten. Nach den in umweltmedizinischen Ambulanzen gemachten Erfahrungen, tritt MCS im engeren Sinne (selbst unter Umweltambulanz-Patienten) nur sehr selten, wenn überhaupt in Erscheinung, während MCS im weiteren Sinne, d.h. im Rahmen eines sozio-psycho-somatischen Geschehens und im Kontext mit medizinisch unklaren Gesundheitsbeschwerden (umweltbezogenen Körperbeschwerden) bei einem erheblichen Teil der Umweltambulanz-Patienten beschrieben wird. Ein einheitliches, kohärentes Symptommuster ist bisher für MCS nicht erkennbar. Den Ergebnissen zahlreicher Studien zufolge, lassen die MCS-Patienten deutlich häufiger als die Probanden/Patienten der jeweiligen Kontrollgruppen psychosomatische oder psychiatrische Störungen erkennen, wobei die psychischen Beeinträchtigungen meist schon vor der MCS-Problematik bestanden hatten. Im Vortrag wird u.a. auf die Ergebnisse der MCS-Verbundstudie des RKI eingegangen. Die in vielfältiger Ausformung existierenden (meist hochspekulativen) biomedizinischen Pathogenesemodelle ließen sich in den bisherigen MCS-Studien nicht hinreichend bestätigen. Komplexere psychosomatische Modellvorstellungen werden mittlerweile favorisiert (s. Vortrag Prof. Henningsen).

---

## Multiple Chemische Sensitivität - aus psychosomatischer Sicht

**Prof. Dr. med. Peter Henningsen**  
**Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**  
**Klinikum rechts der Isar der TU München**

Nach derzeitigem Wissensstand ergeben sich keine ausreichenden Hinweise dafür, dass das MCS-Syndrom toxikologisch durch Exposition mit Chemikalien im unterschweligen Bereich ausgelöst wird. Trotzdem ist klar, dass die meisten Patienten, die unter körperlichen und psychischen Beschwerden leiden und diese auf derartige Expositionen attribuieren, erheblich leiden und in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt sind. Das MCS-Syndrom sollte, analog zur Fibromyalgie, dem Chronischen Erschöpfungssyndrom oder auch dem Reizdarmsyndrom, den sog. Funktionellen somatischen Syndromen zugeordnet werden, die häufig überlappen und deren gemeinsames Merkmal erhebliches Leiden an Körperbeschwerden meist in Verbindung mit psychischen Merkmalen wie anhaltender organischer Ursachenüberzeugung, verstärkter Gesundheitsangst, selektiver Aufmerksamkeit für Symptome etc. ist. Derartige psychische Faktoren, die die Intensität und Aufrechterhaltung der Beschwerden miterklären, sind auch beim MCS-Syndrom nachgewiesen. Im Unterschied zu früheren Konzepten wird heute aber nicht mehr davon ausgegangen, dass die sog. funktionellen oder auch somatoformen Störungen als gänzlich psychogen anzusehen sind.

Für gutachterliche Zwecke ist es wichtig zu betonen, dass der mangelnde Nachweis einer organisch-toxikologischen Ursache der Beschwerden nicht bedeutet, dass Probanden nicht erheblich in ihrer Leistungsfähigkeit und ggf. in ihrer Berufsausübung bzw. Erwerbstätigkeit beeinträchtigt sein können. Zur sachgerechten Feststellung dieser möglichen Beeinträchtigung sollte immer auch eine nervenärztlich-psychosomatische Begutachtung erfolgen, auch wenn manche Probanden diese in „selbstschädigender“ Weise ablehnen, weil sie sich dadurch in die Psycho-Ecke abgeschoben fühlen.

---

## **Ladung des medizinischen Sachverständigen zur Erläuterung eines Gutachtens - aus juristischer Sicht**

**S. Bultmann, Hamburg**

Bei einigen Gerichten in der Sozialgerichtsbarkeit ist es üblich, dass der medizinische Sachverständige in die mündliche Verhandlung geladen wird und dort sein Gutachten erläutert. Die Vorträge sollen zeigen, wie sich der Ablauf von der Ladung über die Untersuchung und Erstellung des Gutachtens bis hin zur mündlichen Verhandlung gestaltet.

Es soll aus richterlicher Sicht geschildert werden, ob eine solche gerichtliche Vorgehensweise gegenüber dem herkömmlichen Verfahren einer Beweiserhebung durch rein schriftliche Gutachten Vorteile bringen kann. Es soll aber auch auf mögliche Nachteile eingegangen werden. Die Stichworte wie rechtliches Gehör, Kosten und Erledigungsdruck, aber auch die Schnelligkeit des Verfahrens sowie der Rechtsfrieden spielen eine wichtige Rolle.

Der Mediziner erläutert aus eigener Erfahrung die besonderen Anforderungen an die Tätigkeit als „Terminsachverständiger“.

Die Referenten freuen sich auf eine anregende Diskussion mit den Teilnehmern.

---

## **Ladung des medizinischen Sachverständigen zur Erläuterung eines Gutachtens - aus medizinischer Sicht**

### **M. Meyer-Clement, Hamburg**

Bei einigen Gerichten in der Sozialgerichtsbarkeit ist es üblich, dass der medizinische Sachverständige in die mündliche Verhandlung geladen wird und dort sein Gutachten erläutert. Die Vorträge sollen zeigen, wie sich der Ablauf von der Ladung über die Untersuchung und Erstellung des Gutachtens bis hin zur mündlichen Verhandlung gestaltet.

Es soll aus richterlicher Sicht geschildert werden, ob eine solche gerichtliche Vorgehensweise gegenüber dem herkömmlichen Verfahren einer Beweiserhebung durch rein schriftliche Gutachten Vorteile bringen kann. Es soll aber auch auf mögliche Nachteile eingegangen werden. Die Stichworte wie rechtliches Gehör, Kosten und Erledigungsdruck, aber auch die Schnelligkeit des Verfahrens sowie der Rechtsfrieden spielen eine wichtige Rolle.

Der Mediziner erläutert aus eigener Erfahrung die besonderen Anforderungen an die Tätigkeit als „Terminsachverständiger“.

Die Referenten freuen sich auf eine anregende Diskussion mit den Teilnehmern.

## Passiv-Rauchen als Ursache für eine Berufskrankheit? - aus medizinischer Sicht

**Prof. Dr. med. Dipl.-Chem. G. Triebig**

Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Heidelberg  
Voßstraße 2 69115 Heidelberg

Passivrauch ist ein komplexes Gemisch aus mehr als 4.000 chemischen Stoffen, der sich aus dem Nebenstromrauch und dem exhalieren Hauptstromrauch des Rauchers zusammensetzt. Die Humantoxizität betrifft vor allem chemisch-irritative sowie kanzerogene Wirkungen definierter Inhaltsstoffe. Umfangreiche Analysen haben gezeigt, dass gesundheitsrelevante Inhaltsstoffe mit dem Nebenstromrauch in höheren Mengen freigesetzt werden als über den Hauptstromrauch. Hierbei muss man allerdings den Verdünnungseffekt berücksichtigen, um zu einer validen Expositionsbeurteilung zu kommen. Maßgeblich für die gesundheitliche Gefährdung des „Passivrauchers“ ist nicht die freigesetzte Dosis, sondern die inhalierte bzw. inkorporierte Stoffmenge. Um die Passivrauchexposition zu objektivieren und quantifizieren kann auf etablierte Biomarker, z. B. Nikotin im Urin, Cotinin im Plasma oder Kohlenmonoxidhämoglobin im Blut, zurückgegriffen werden. Diese haben allerdings den Nachteil einer relativ kurzen biologischen Halbwertszeit. In neueren Studien konnte gezeigt werden, dass mit Hilfe von Acrylnitril-Hämoglobin-Addukten auch länger zurückliegende Tabakrauchexpositionen spezifisch bestimmt werden können.

Die Arbeitsstoffkommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft und die International Agency for Research on Cancer (IARC) haben bereits 1998 bzw. 2002 aufgrund der damals vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse gefolgert, dass Passivrauchen gesichert beim Menschen Lungenkrebs verursacht. Darüber hinaus werden aufgrund neuerer epidemiologischer Studien auch Assoziationen zwischen einer Passivrauchbelastung und verschiedenen nicht-kanzerogenen Endpunkten, wie beispielsweise kardio-vaskuläre Erkrankungen, akute Atemwegsinfekte oder chronische Lungenerkrankungen, diskutiert. Ob es sich dabei um kausale Zusammenhänge handelt, ist unter Anwendung der sogenannten HILL-Kriterien zu beurteilen.

Die metaanalytische Auswertung von 55 Fall-Kontroll-Studien sowie Kohortenstudien hat ein gepooltes Risiko für nie-rauchende Frauen durch den Passivrauch des Ehemannes von 1,27 (95 % Konfidenzintervall 1.17-1.37) ergeben (Taylor et al. 2007: Int. J. Epidemiol. 36, 1.048-1.059). Somit ist von einem statistisch signifikanten, gegenüber dem Aktivrauchen allerdings deutlich geringeren Erkrankungsrisiko auszugehen. Für die Beurteilung der Lungenkrebsgefährdung infolge beruflicher Passivrauchexposition ist das Ergebnis einer Metaanalyse unter Einbeziehung von 22 Einzelstudien bedeutsam (Stayner et al. 2007: Am. J. Public Health 97, 545-551). Die Auswertung hat gezeigt, dass die Zahl der Fälle mit zunehmender Expositionsdauer ansteigt und nach rund 40 Jahren relativ hohe Risiken erreicht.

Auf der Grundlage der aktuellen arbeitsmedizinisch-toxikologischen Befunde zum Passivrauch und der umfangreichen epidemiologischen Resultate einschließlich Metaanalysen wird – in Verbindung mit dem Co-Referat des Herrn Dr. jur. Becker zu den rechtlichen Aspekten – diskutiert, ob Passivrauch-assoziiertes Lungenkrebs bei Nierauchern die Voraussetzung einer Berufskrankheit erfüllt.

---

## Passiv-Rauchen als Ursache für eine Berufskrankheit ? - aus juristischer Sicht

**Dr. Peter Becker, Richter am Bundessozialgericht, Kassel**

1. Ausgangspunkt müssen die allgemeinen **Grundlagen des Berufskrankheiten(BK)-Rechts sein**. Nach § 9 SGB VII werden unterschieden Listen-BK und Wie-BKen.

2. Von den heutigen **Listen-BKen** kommt insbesondere die BK 4302 „Durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen ...“ in Betracht. Umstritten dürfte sein, welche Erkrankungen von dem Begriff „obstruktive Atemwegserkrankungen“ in der BK 4302 erfasst sind. Aber auch hinsichtlich des unstrittig umfassten Bronchialasthmas dürften Fragen hinsichtlich des Ursachenzusammenhangs bestehen. Rechtlich steht der Anerkennung eines durch versichertes Passiv-Rauchen z.B. eines Kellners verursachten Bronchialasthmas als BK 4302 aber nichts im Wege.

3. Die Hoffnung auf eine baldige **Bezeichnung einer neuen Listen-BK** „Passiv-Rauchen“ i.V.m. bestimmten Erkrankungen durch den Ordnungsgeber ist unrealistisch, zumal dieser ein normatives Ermessen hat.

4. Bei der Prüfung einer **Wie-BK**, z.B. „Lungenkrebs durch Passiv-Rauchen“, liegen ausgehend vom aktuellen Urteil des BSG vom 27.04.2010 - B 2 U 13/09 R - die entscheidenden Probleme beim 2. Tatbestandsmerkmal „Voraussetzungen für eine Bezeichnung erfüllt“ und hier konkret bei der Ermittlung der Einwirkungen nach Art und Ausmaß sowie den übrigen Kriterien zur Beurteilung der Wesentlichkeit des generellen Ursachenzusammenhangs (konkurrierende Ursachen, Krankheitsbild, Krankengeschichte).

**Zusammenfassend** kann gesagt werden, dass die juristischen Fragen und Probleme dem Grunde nach geklärt sind. Entscheidend ist die Klärung tatsächlicher Fragen: Insbesondere wie kann eine Dosis fürs Passiv-Rauchen ermittelt werden und welche Kriterien gibt es zur Beurteilung des Ursachenzusammenhangs ?

---

## Versorgung mit Hilfsmitteln „Möglichkeiten der Technik“

**Dr. med .B. Biglari, Ludwigshafen**

Die Hilfsmittelversorgung der Behinderten ist gesetzlich gesichert und die Behinderten haben ein Recht auf die adäquate und notwendige Versorgung damit ihrer Behinderung zumindest teilweise ausgeglichen ist.

Unter Hilfsmittel versteht sich:

„Gegenstände, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind.“ **§33 SGBV**

EN ISO 9999:Hilfsmittel für Menschen mit Behinderung:

„Produkte, Geräte, Ausrüstungen oder technische Systeme, die von behinderten Menschen benutzt werden, seien sie Sonderanfertigungen oder allgemein verfügbar, die Schädigung, Fähigkeitsstörung oder Beeinträchtigung verhindern, ausgleichen, überwachen, erleichtern oder neutralisieren.“

Das Gebiet der technischen Orthopädie und prothetischen Versorgung lässt keine Wunschvorstellungen aus. Der Wunsch und die Realität liegen jedoch weit auseinander, obwohl der Fortschritt und Technik ständig uns an die Grenzen des Unvorstellbaren bringen. Durch die moderne Technik und täglichen neuen Entwicklungen und Innovationen steigen auch die Erwartungen der Betroffenen und damit auch enorme Kosten für die Kostenträger, die nicht immer bereit sind die hohe Kosten zu tragen, die jedoch Dank der Gerichte immer wieder auch teuerste Hilfsmittel bei Notwendigkeit und Eignung der Betroffenen zusprechen. Eine der teuersten Spalten der Hilfsmittel ist die prothetische Versorgung der Amputierten.

In der heutigen Zeit sind durch die Elektronik der Wunsch und die Erwartungen noch weiter gestiegen, da durch die Medien ständig von neuen Errungenschaften berichtet wird.

Gliedmassenverluste an den Extremitäten bedeuten für den Betroffenen trotz heutiger moderner Exoprothetik einen erheblichen Verlust an körperlicher Integrität. Etwa 70-80% sind Folge von Erkrankung wie Diabetes mellitus, Gefäßserkrankungen, Tumoren etc.. Durch moderne Entwicklungen bei Prothesenantrieben ist ein hohes Maß an Funktionalität erreichbar. Gleichfalls ist im Rahmen neuer Verfahren der Oberflächenbehandlung eine hervorragende Kosmetik möglich. Das Spektrum der Versorgungsmöglichkeiten ist breit und orientiert sich im Wesentlichen an der zu fordernden Funktionalität und der zu erwartenden Patient compliance jedoch sollte jede Verordnung mit Sorgfalt und bedacht erfolgen.

---

## Versorgung mit Hilfsmitteln, Zugang zur Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Ingo Doneth, Essen

Die Rechtsgrundlagen der Versorgung mit Hilfsmitteln in der gesetzlichen Krankenversicherung finden sich im Sozialgesetzten SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung).

### Rechtsgrundlagen für Hilfsmittelversorgung im SGB V

#### § 33 Hilfsmittel

Paragraph 33 regelt die Ansprüche der Versicherten. Demnach haben Versicherte Anspruch eine auf Versorgung mit Hilfsmitteln die erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit sie nicht als allg. Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach §34 Abs. 4 ausgeschlossen sind und soweit sie nicht durch eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach §92 Abs. 1 ausgeschlossen sind. Wählen Versicherte zusätzlich Leistungen, die nicht verordnet wurden, haben sie die Mehrkosten selber zu tragen.

Krankenkassen können Hilfsmittel auch leihweise überlassen. Der Versicherte hat bei der Versorgung eine Mitwirkungspflicht und muss sich das Hilfsmittel anpassen und sich in den Gebrauch einweisen lassen. Versicherte müssen ab dem 18. Lebensjahr eine Zuzahlung leisten.

Versicherte können nur Leistungen von Vertragspartnern der gesetzl.- Krankenkassen in Anspruch nehmen. Ggf. benennt die Krankenkasse dem Versicherten einen Vertragspartner.

#### § 23 Medizinische Vorsorgeleistungen

Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese notwendig sind, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken, Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

#### § 15 Ärztliche Behandlung, ...

Ärztliche Behandlung darf nur von Ärzten erbracht werden. Wird sie von anderen Personen erbracht, ist eine ärztliche Anordnung erforderlich. Unter Berücksichtigung der Hilfsmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht immer die Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung für Hilfsmittel.

#### § 12 Wirtschaftlichkeitgebot

Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Nicht notwendige Leistungen dürfen Versicherte nicht in Anspruch nehmen und Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben zum Hilfsmittelbereich ein gemeinsames Rundschreiben veröffentlicht, das den Begriff Hilfsmittel erläutert und Ansprüche der Versicherten und Pflichten der Krankenkassen konkret definiert.

Im Vortrag werden neben den Kernaussagen der einzelnen Paragraphen auch die konkreten Regelungen der Krankenkassen und des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Versorgung mit Hilfsmitteln vorgestellt und zwar aus der Sicht der Versicherten, der Ärzte, der Leistungserbringer und der Krankenkassen, um das Spannungsfeld der Versorgung im Hilfsmittelbereich in der gesetzlichen Krankenversicherung darzustellen. Weitere interessante Paragraphen in diesem Zusammenhang sind:

#### § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

#### § 126 Versorgung durch Vertragspartner

#### § 127 Verträge

#### § 128 Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten

#### §139 Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln, aus dem auch berichtet wird.

---

## **Versorgung mit Hilfsmitteln**

### **-Zugang zur Versorgung in der gesetzlichen Unfallversicherung**

**Rainer Weichbrodt; Bochum**

Die Unfallversicherungsträger sind wie die übrigen Sozialversicherungsträger auch bei Anträgen zur Versorgung mit Hilfsmitteln nach den Vorschriften des SGB IX innerhalb einer kurzen Frist gehalten, ihre Zuständigkeit festzustellen. In einer gemeinsamen Empfehlung haben Sozialversicherungsträger die Ausgestaltung des in § 14 SGB IX bestimmten Verfahrens vereinbart.

Gemeinsame örtliche Servicestellen der Rehabilitationsträger bieten den behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, ihren Vertrauenspersonen und Personensorgeberechtigten nach § 60 SGB IX Beratung und Unterstützung an.

In der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 27 Abs. 1 Nr. 4 SGB VII ein Teil der Heilbehandlung. Auch die Versorgung mit Hilfsmitteln innerhalb der Heilbehandlung ist daher von den Unfallversicherungsträgern mit allen geeigneten Mitteln vorzunehmen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und dabei den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

Ergänzend zu den Vorschriften des SGB VII regeln die Verordnung über die Orthopädische Versorgung Unfallverletzter und die Gemeinsamen Richtlinien der Unfallversicherungsträger über Hilfsmittel Details zur Hilfsmittelversorgung in der Gesetzlichen Unfallversicherung. So wird z.B. dargestellt, welche Ziele mit der Hilfsmittelversorgung innerhalb der medizinischen, der beruflichen und der sozialen Rehabilitation erreicht werden sollen.

In einer Rahmenvereinbarung über die Versorgung mit Hilfsmitteln, an der die Spitzenverbände der Unfallversicherungsträger beteiligt waren, wird u.a. der Wiedereinsatz geeigneter gebrauchter Hilfsmittel gesteuert.

Weitere Zugangsmöglichkeiten zur Hilfsmittelversorgung in der Gesetzlichen Unfallversicherung schaffen die Landesverbände der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) durch ihre koordinierenden Arbeiten. Orthopädische Beratungsstellen und orthopädische Beratungsärzte, berufsgenossenschaftliche Kliniken, ein ausschließlich auf die Hilfsmittelberatung – und Versorgung spezialisiertes Berufsgenossenschaftliches Versorgungsteam Reha (BVT) der Berufsgenossenschaft Rohstoffe und Chemische Industrie (BG RCI) sowie private Beratungsdienste tragen mit ihrem Sachverstand dazu bei, dass die Hilfsmittelberatung und -versorgung auf den einzelnen Versicherten abgestimmt und mit allen geeigneten Mitteln erfolgt.

Es wird auf Besonderheiten der Hilfsmittelversorgung in der gesetzlichen Unfallversicherung wie Hilfsmittel-Versorgungspauschalen, Festbeträge, Eigenanteile und persönliche Budgets eingegangen.

---

## **Versorgung mit Hilfsmitteln** **- aus anwaltlicher Sicht**

**Rechtsanwältin und Fachanwältin für Sozialrecht D. Gräfin von Kageneck,  
Kanzlei Holterman & Fischer, München**

Rechtsanwälte befassen sich in den verschiedensten Zusammenhängen mit der Hilfsmittelversorgung:

- bei der Vertretung der Hersteller von Hilfsmitteln in Zusammenhang mit der Eintragung ihrer Produkte in das Hilfsmittelverzeichnis,
- bei der Vertretung von Leistungsträgern bei Streitigkeiten darüber, wer für die Kosten eines Hilfsmittels aufkommen muß
- und – last but not least – mit der Vertretung von Versicherten im Falle der Ablehnung einer Hilfsmittelgewährung.

Die Fallgestaltungen sind dabei so vielfältig wie die Gegenstände, die als Hilfsmittel zu qualifizieren sind. Daher gibt es zum Thema Hilfsmittel bereits eine Fülle an Entscheidungen der höchsten Gerichte. Da es jedoch gerade im Hilfsmittelrecht besonders auf die Umstände des spezifischen Falles ankommt, lohnt es sich meist, den Mandanten im Ernstfall zu der Klärung ihrer Rechtsangelegenheit mithilfe der ihnen zustehenden Rechtsbehelfe zu raten.

Bei allen positiven Erfahrungen, die wir als Anwälte immer wieder bei der Hilfsmittelversorgung durch Kostenträger machen durften, drängt sich leider auch manches Mal der Eindruck auf, daß trotz der offensichtlichen Notwendigkeit eines Hilfsmittels Kostenaspekte im Vordergrund stehen.

Der Vortrag gibt Beispiele aus der aktuellen Rechtsprechung und regt zur Diskussion an.

## **Das Konstrukt des allgemeinen Arbeitsmarktes – Bedeutung für die Bundesagentur für Arbeit**

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

Allgemein haben Ärztinnen und Ärzte sich gutachterlich zu medizinischen Fragen zu äußern. Auf der Basis verschiedener Sozialgesetzbücher wird in den Fragen an die Gutachterinnen und Gutachter allerdings oft Bezug genommen auf die „üblichen Bedingungen des allgemeinen (oder: für ihn in Betracht kommenden) Arbeitsmarktes“. Die Kenntnis der rechtlichen Hintergründe ist u. a. für die Rechtskreise SGB III (Arbeitsförderung) und SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) unverzichtbar – wie auch vermutlich nicht ausreichend verbreitet.

In dem einleitenden Referat zum Thema wird aus ärztlich-gutachterlicher Sicht ein Überblick gegeben zu Begriffen wie Arbeitsmarkt (fachlich und räumlich), Zumutbarkeit (einschließlich eines Umzuges), Arbeitsentgelt, -ort und -zeit (Dauer, Lage und Verteilung). Gerade bei der Zumutbarkeit spielen das körperliche und geistige Leistungsvermögen und die sozialmedizinischen Einschätzungen dazu eine große Rolle. Über die „Arbeitsmarktüblichkeit“ entscheidet selbstverständlich nicht der jeweilige Gutachterdienst. Dennoch ist es in vielen Fällen bei geeigneter Formulierung angemessen, auch in diesem Kontext verantwortbar gutachterlich Stellung zu nehmen.

---

## **Das Konstrukt des allgemeinen Arbeitsmarktes - Bedeutung in der Rentenversicherung**

**Sylvia Dünn,  
Deutsche Rentenversicherung-Bund**

Anknüpfungspunkt für die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente ist in der gesetzlichen Rentenversicherung seit der Reform des Jahres 2001 das verbliebene individuelle Leistungsvermögen „unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes“. Dabei erfasst der Begriff „allgemeiner Arbeitsmarkt“ alle denkbaren selbständigen oder unselbständigen Tätigkeiten, für die Angebot und Nachfrage besteht und damit auch – vor allem, aber nicht nur – solche Arbeiten, die keine berufliche Qualifikation voraussetzen und, wenn überhaupt, nur eine kurze Einarbeitung erfordern. Die „üblichen Bedingungen“ des allgemeinen Arbeitsmarktes betreffen die konkrete Ausgestaltung von Tätigkeiten, wie sie in gesetzlichen Regelungen, Tarifverträgen, Betriebsvereinbarungen etc. zum Ausdruck kommen. Von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang vor allem die Dauer und Verteilung der Arbeitszeit.

Die Erwerbsfähigkeit unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes kann zu verneinen sein, wenn das Leistungsvermögen quantitativ zwar nicht begrenzt ist, wenn aber bestimmte qualitative Leistungseinschränkungen gegeben sind. Die Rechtsprechung hat dazu Fallgruppen entwickelt (z. B. Vorliegen einer schweren spezifischen Leistungsbehinderung, Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen). In diesen Fällen wird eine Erwerbsminderungsrente nur versagt werden, wenn der Rentenversicherungsträger dem Versicherten zumindest eine seinem Leistungsvermögen entsprechende Verweisungstätigkeit konkret benennen kann. Voraussetzung ist dabei, dass entsprechende Arbeitsplätze nicht so selten sind, dass faktisch keine – auch keine schlechte – Chance mehr besteht, einen solchen Arbeitsplatz zu erhalten.

In der Verwaltungspraxis markiert das Konstrukt des allgemeinen Arbeitsmarktes eine Schnittstelle zwischen medizinischer Beurteilung und juristischer Bewertung: Aufgabe des ärztlichen Dienstes ist die Ermittlung und Feststellung medizinischer Fakten und die medizinische Wertung dieser Befunde bezüglich der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben. Der Jurist entscheidet auf der Grundlage der medizinischen Feststellung, ob volle oder teilweise Erwerbsminderung vorliegt. Für die juristische Entscheidung ist dabei elementar, dass der Arzt seine medizinische Beurteilung in eine Sprache bringt, die sich in juristische Kategorien einordnen lässt. Die Aussagen des Arztes müssen sich an den definierten Anforderungen orientieren, die zur Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung entwickelt wurden. Oder – wie es in einem der Standardwerke zu dem Thema formuliert ist: Der Arzt muss die „Verstehensmöglichkeiten der Auftraggeber in der Verwaltung“ berücksichtigen.