

# Heidelberger § Gespräch §



30. Wissenschaftliche Fortbildungstagung  
in den Bereichen Sozialmedizin und Sozialrecht  
für Gutachter wie Ärzte, Psychologen, Pflegefachkräfte sowie Juristen  
**14. September und 15. September 2017**

## Abstracts

Veranstaltet vom  
Alfons W. Gentner Verlag  
mit der Fachzeitschrift

Med Der medizinische  
Sach Sachverständige § S

## Unsere Referenten



**Dr. med. Andreas Bahemann,**  
Itd. Arzt der Bundesagentur  
für Arbeit, Nürnberg



**Dr. med Wolfgang Cibis,** Wöllstadt



**Dr. jur. Gunnar Formann,**  
Sozialgericht, Gießen



**Joachim Francke,**  
Francke & Partner  
Rechtsanwälte, Düsseldorf



**Prof. Dr. med. Ernst Hallier,**  
Institut für Arbeits-, Sozial- und  
Umweltmedizin, Göttingen



**Stella Keil,** Rechtsanwältin,  
Rechtsanwälte Plagemann, Frankfurt



**Ulrike Kissels,** Medizinischer  
Dienst der Krankenversicherung  
Nordrhein, Düsseldorf



**Dr. med Stephan Knoblich,**  
Medizinischer Dienst der Kranken-  
versicherung Westfalen-Lippe, Münster



**Losch, E.,** Dr. med., Hauptschriftleiter  
„Der medizinische Sachverständige“



**Dr. phil. Britta Matthes,** Leiterin  
der Forschungsgruppe „Berufliche  
Arbeitsmärkte“ am Institut für Arbeits-  
markt- und Berufsforschung, Nürnberg



**Stefanie Palfner,** Bereichsleiterin  
Berufskrankheiten, Deut. Gesetz-  
liche Unfallversicherung, Berlin



**Dr. med. Matthias Schmidt-Ohle-  
mann,** Itd. Arzt Rehafachdienste, Stiftung  
Kreuznacher Diakonie, Bad Kreuznach



**Dr. Oliver Schur,** Landessozial-  
gericht Niedersachsen-Bremen, Celle



**Prof. Dr. jur. Wolfgang  
Spellbrink,** VorsR am BSG  
Bundessozialgericht, Kassel



**Prof. Dr. med. Dipl.-Chem. Gerhard  
Triebig,** Universitätsklinikum Heidelberg

**Stella Keil, Rechtsanwältin, Rechtsanwälte Plagemann, Frankfurt**

## **Bundesteilhabegesetz – juristische Einführung**

### **Der Behinderungsbegriff nach § 2 Abs. 1 SGB IX sowie das Rehabilitations- und Teilhabeverfahren nach dem SGB IX ab dem 01.01.2018**

Der Gesetzgeber hat das Bundesteilhabegesetz als Paradigmenwechsel von der Integration zur Inklusion angekündigt. Damit soll die UN-BRK als bereits geltendes Recht weiter umgesetzt werden. Die gesetzgeberischen Ziele bestehen hauptsächlich darin, den Menschen mit Behinderungen eine selbstbestimmte und eigenständige Lebensführung zu ermöglichen.

Das Bundesteilhabegesetz wird schrittweise seit dem 01.01.2017 bis zum 01.01.2020 umgesetzt; die wesentlichsten Änderungen erfährt das SGB IX, das vollständig neu strukturiert wird, und insbesondere das Eingliederungshilferecht, das aus dem SGB XII herausgelöst und im SGB IX als Leistungsgesetz eingefügt wird. Dementsprechend enthält das neue SGB IX drei Teile: Das Reha- und Teilhaberecht für alle Reha-Träger, das Eingliederungshilferecht und das Schwerbehindertenrecht.

Zum 01.01.2018 tritt die neue Definition des Behinderungsbegriffs gemäß § 2 Abs. 1 SGB IX in Kraft. Der Begriff soll an die Definition der UN-BRK, die sich an der ICF orientiert, angeglichen werden. Entgegen der ursprünglichen Intention ist der leistungsberechtigte Personenkreis in der Eingliederungshilfe nicht geregelt worden. Hier werden Evaluationen durchgeführt, die mit einer neuen Regelung bis zum 01.01.2023 abgeschlossen sein sollen.

Die Rehabilitationsträger werden ab 01.01.2018 zwar weiterhin nach den eigenen Fachgesetzen die Rehabilitationsbedarfe feststellen, allerdings soll der Prozess durch Regelungen zur Einleitung, der Erkennung und Ermittlung der Bedarfe sowie die Koordinierung der Leistungen vereinheitlicht werden. Auch die Leistungserbringung durch verschiedene Träger „wie aus einer Hand“ soll verbindlicher zwischen den Trägern gestaltet werden. Beispielsweise sollen Mehrfachbegutachtungen durch verschiedene Träger vermieden und auf Grundlage gemeinsam vereinbarter Grundsätze durchgeführt werden. In diesem Zusammenhang kommt dem Teilhabeplan gemäß § 19 SGB IX besondere Bedeutung zu, der durch das BTHG erheblich aufgewertet worden ist. Dieser ist bei Leistungen verschiedener Reha-Träger aufzustellen und das Teilhabeplanverfahren – in dessen Rahmen auch mit Zustimmung des Leistungsberechtigten eine Teilhabekonferenz (§ 20 SGB IX) durchgeführt werden kann – wird für alle beteiligten Träger verpflichtend. Der Teilhabeplan bildet schließlich die Voraussetzung, um über die beantragten Leistungen per Verwaltungsakt zu entscheiden. Die Vorteile für die Leistungsberechtigten durch das BTHG für das Rehabilitationsverfahren werden sich maßgeblich daran zeigen, wie die Behörden die Änderungen in der Praxis umsetzen, denn die grundsätzlichen Ideen hierzu sind dem SGB IX nicht neu.

**Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann, ltd. Arzt Rehafachdienste,  
Stiftung Kreuznacher Diakonie, Bad Kreuznach**

## **Bundesteilhabegesetz – sozialmedizinische Perspektive**

Das Bundesteilhabegesetz stellt im Wesentlichen die Weiterentwicklung des SGB IX dar und umfasst, zeitlich gestaffelt, neben zahlreichen Änderungen in Teil I die Aufnahme der Eingliederungshilfe als Teil II in das SGB IX sowie die Änderung zahlreicher weiterer Gesetze und Verordnungen. Aus sozialmedizinischer Perspektive sind besonders relevant die Neufassung des Behindertenbegriffs (§ 2), die Vorschriften zu Instrumenten zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs (§§ 13, 118), die Vorschriften zur Begutachtung (§ 17), die Teilhabeplanung (§§ 19–22) bzw. das Gesamtplanverfahren im Rahmen der Eingliederungshilfe (§§ 117–122) sowie die Neudefinition des leistungsberechtigten Personenkreises (Art. 25a, § 99 SGB IX ab 2023 vorbehaltlich der Bewertung einer wissenschaftlichen Untersuchung der rechtlichen Wirkungen dieser Paragraphen unter Beibehaltung des leistungsberechtigten Personenkreises und Verabschiedung eines entsprechenden Gesetzes, Art. 26). Das Gesetz übernimmt nicht durchgängig korrekt die Begriffe des biopsychosozialen Modells der ICF, die weiterhin als Orientierung der Bedarfsfeststellung in Teil I dient, deren Verwendung aber für Teil II zwingend vorgeschrieben ist. Insofern bestehen hier besondere Herausforderungen für die sozialmedizinische Sachverhaltsbeschreibung sowie die sozialmedizinische Beratung, Beurteilung und Begutachtung. Diese bestehen auch

in den Vorschriften zur Ermittlung des Rehabedarfs und der regelhaften Einführung von Teilhabekonferenzen, innerhalb derer auch die sozialmedizinischen Stellungnahmen zur Diskussion stehen. Im Rahmen der Eingliederungshilfe ist das Verfahren u. a. konsensorientiert, individuell, lebensweltbezogen, sozialraumorientiert und zielorientiert zu gestalten. Dies wird sich auch auf die sozialmedizinische Sachverhaltsermittlung und damit die sozialmedizinische Praxis auswirken müssen. Dabei stellen die z. T. kurzen Fristen eine Barriere dar. Im BTHG fehlen Aussagen zur Angemessenheit bzw. zur Bemessung des notwendigen Bedarfs – es ist offen, welche Rolle die sozialmedizinische Beurteilung hier einnehmen wird. Die Leistungsgewährung wird u. a. an zu erwartende Wirksamkeit von Leistungen und damit an prognostische Aussagen gebunden. Auch dies wird eine Herausforderung für die Sozialmedizin darstellen.

Der Beitrag diskutiert die sich ergebenden Anforderungen an die Sozialmedizin und zeigt einen erheblichen Forschungs-, Diskussions- und Klärungsbedarf auf. So stellen sich u. a. Fragen nach der Bedeutung und Anwendung der ICF und die, ob sozialmedizinische Experten neben der begutachtenden Funktion auch innerhalb des Bedarfsermittlungsverfahrens und der Teilhabe- bzw. Gesamtplanung selbst benötigt werden.

**Stefanie Palfner, Bereichsleiterin Berufskrankheiten,  
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin**

## **Was gibt es Neues bei den Berufskrankheiten? – aus rechtlicher Sicht**

Fortentwicklungen im Berufskrankheitenrecht gibt es eigentlich ständig. Zum einen durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse, die z. B. in wissenschaftliche Empfehlungen des Ärztlichen Sachverständigenbeirats für Berufskrankheiten (ÄSVB) beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) münden. Da diese regelmäßig durch Änderungen der Berufskrankheitenverordnung in die so genannte BK-Liste „überführt“ werden, sind sie, so betrachtet, auch rechtliche Neuerungen. Die 4. BKV-ÄndV trat zum 01.08.2017 in Kraft.

Rechtliche Neuigkeiten werden auch immer wieder durch die Rechtsprechung beigetragen.

Mit besonderem Interesse werden aber zurzeit die Diskussionen zu einer Weiterentwicklung des Berufskrankheiten-

rechts verfolgt. Hier gab es in den vergangenen zwei Jahren besonders intensive Diskussionen. Nach dem Schwarzbuch der IG Metall, in dem viele kritisch gesehene Punkte beleuchtet wurden, gibt es inzwischen das so genannte Weißbuch der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), das konkrete Änderungsvorschläge der Sozialpartner der DGUV als Gesamtpaket beinhaltet.

Auch die Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales (ASMK) hat sich mit dem Thema befasst und in ihrer letzten Sitzung im Dezember 2016 verschiedene Prüfaufträge an das BMAS beschlossen.

Die wesentlichen Gemeinsamkeiten oder Unterschiede in der aktuellen Debatte werden kurz vorgestellt.

**Prof. Dr. med. Ernst Hallier,  
Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Göttingen**

## **Was gibt es Neues bei den Berufskrankheiten? – aus medizinischer Sicht**

Am 1. August 2017 wurde die Liste der Berufskrankheiten um drei Krankheitsbilder erweitert: Die BK Nr. 1320 erfasst chronisch-myeloische oder chronisch-lymphatische Leukämien durch 1,3-Butadien. Butadien ist ein wichtiger Ausgangsstoff in der chemischen Industrie zur Herstellung von synthetischem Kautschuk und verschiedenen Kunststoffen; gefährdet sind Beschäftigte in der chemischen Produktion. Die BK Nr. 1321 erfasst Krebserkrankungen der Harnwege und der Harnblase durch polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAK), die vor allem bei unvollständiger Verbrennung organischer Materialien gebildet werden, aber auch im Teer enthalten sind. Somit ist neben den aromatischen Aminen

(BK Nr. 1301) ein weiterer Ursachenfaktor für diese Krankheit bestätigt. Die BK Nr. 2115 hat die fokale Dystonie zum Gegenstand. Hierbei handelt es sich um eine Veränderung des Gehirns durch langjähriges intensives Musizieren mit Instrumenten. Die Feinmotorik wird so stark geschädigt, dass professionelle Musiker zur Berufsaufgabe gezwungen sind. Weitere Neuerungen betreffen die Erweiterung der BK Nr. 4104 um Eierstockkrebs durch Asbeststaub und der BK Nr. 4113 um Kehlkopfkrebs durch PAK. Im Vortrag wird auch der Ärztliche Sachverständigenbeirat „Berufskrankheiten“ vorgestellt und dessen aktuelle wissenschaftliche Stellungnahmen zu den Berufskrankheiten Nr. 1301 und Nr. 2109 erläutert.

**Dr. Oliver Schur,**  
**Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Celle**

## **Einsichtnahme in Gutachten – aus juristischer Sicht**

1. Grundlagen des Akteneinsichtsrechts
2. Änderungen durch die Einführung des elektronischen Rechtsverkehrs
3. Akteneinsicht außerhalb eines laufenden Verfahrens
4. Änderungen durch die Einführung des Informationsfreiheitsgesetzes
5. Einschränkung der Akteneinsicht oder des Informationszugangs durch das Urheberrecht?
6. Gefahr der extensiven Verbreitung medizinischer Gutachten?
7. Erfolgversprechende Möglichkeiten der Begrenzung von Einsicht und Weitergabe?

Sowohl in sozialrechtlichen Verwaltungs- als auch in Gerichtsverfahren besteht ein umfassendes gesetzliches Recht des Beteiligten auf Akteneinsicht (§§ 25 SGB X, 120 SGG). Die Einsichtnahme in Akten wird sich in den nächsten Jahren deutlich ändern. Nach den Behörden werden in den nächsten Jahren die elektronischen Akten auch in der Sozialgerichtsbarkeit Einzug halten. Die Teilnahme am elektronischen Rechtsverkehr ist zwar nur für Gerichte und berufsmäßige Prozessbeteiligte, nicht aber für Sachverständige verpflichtend. Sachverständige sollten das Thema aber im eigenen Interesse nicht gänzlich aus den Augen verlieren.

Außerhalb eines laufenden Verfahrens besteht zwar nach dem Gesetz kein Anspruch auf Akteneinsicht. Abgesehen davon, dass sich hieraus schon früher faktisch kaum eine Beschränkung ergab, besteht jetzt ein weitreichender Zugang zu amtlichen Informationen nach dem Informationsfreiheitsgesetz (IFG). Der Gesetzgeber möchte hiermit eine größere Transparenz der Arbeit von Behörden und Gerichten erreichen.

Da medizinische Gutachten in aller Regel nicht urheberrechtlich geschützt sind, steht ein Urheberrecht weder der Akteneinsicht, noch dem Informationszugang nach dem IFG entgegen. Das gilt auch für eine spätere Weitergabe eines Gutachtens an Dritte.

Eine extensive Verbreitung erstatteter Gutachten ist auch durch die erweiterte Aktenöffentlichkeit nicht zu befürchten. Bei der Diskussion sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass soziale Risiken heute in deutlich höherem Maße privat abgesichert werden müssen.

Eine Einschränkung der Einsichtnahme oder Weitergabe ist vom Sachverständigen rechtlich und praktisch kaum mit Erfolg zu realisieren.

Dr. med Wolfgang Cibis, Wöllstadt

## Neugestaltung der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ der BAR – aus sozialmedizinischer Sicht

Die Gemeinsame Empfehlung (GE) nach § 13 Abs. 1 i. V. m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen (Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“) vom 1. Juli 2004 wurde von der BAR überarbeitet und ist zum 01.12.2016 in der geänderten Fassung in Kraft getreten.

Im Kern enthält sie eine Präambel, sieben Paragraphen und erstmals einen Anhang, in dem auf neun Seiten Ausführungen zum biopsychosozialen Ansatz in der Begutachtung und insbesondere zur Struktur und Konzeption und den einzelnen Komponenten der ICF gemacht werden.

Die Präambel verdeutlicht den Sinn und Zweck der nachfolgenden Regelungen: Sofern ein Gutachten zur Feststellung des Reha-Bedarfs erforderlich ist, ist gemäß § 14 SGB IX eine „umfassende sozialmedizinische und bei Bedarf auch psychologische Begutachtung“ notwendig, um den betroffenen Menschen passende Leistungen zur Teilhabe anbieten zu können. Das ärztliche Gutachten enthält Aussagen zum Gesundheitsproblem und zu krankheits- und behinderungsbedingten Auswirkungen auf alltagsrelevante Aktivitäten/ Teilhabe sowie zur Prognose vor dem jeweiligen individuellen Lebenshintergrund und den Zielen der betroffenen Person. In § 1 wird verdeutlicht, dass das Gutachten durch ärztliche Sachverständige erstellt wird und die relevanten sozialmedizinischen Sachverhalte transparent und der Fragestellung angemessen darstellen soll.

In § 2 wird u. a. der Begriff des Gutachtens definiert, und es werden die Qualitätskriterien des Gutachtens und die Funktion des Gutachters aufgeführt. Es werden Aussagen zur Barrierefreiheit und den Möglichkeiten einer Begleitperson gemacht. Mit Bezug auf die GE „Reha-Prozess“ der BAR von 2014 werden die fünf Phasen des Reha-Prozesses aufgelistet, in denen ggf. auch ein Gutachten erforderlich werden kann. Der § 3 geht auf allgemeine inhaltliche Grundsätze für die Gutachtenerstellung ein. Hier ist hervorzuheben, dass darauf hingewiesen wird, dass dabei auch krankheitsbedingte Gefährdungs- und Belastungsfaktoren zu berücksichtigen sind, die sich im biopsychosozialen Modell nicht umfassend abbilden lassen. Sozialmedizinisch zu prüfen sind u. a. die Kriterien Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und die Rehabilitationsprognose.

In § 4 werden die Gliederung und das Anforderungsprofil des Gutachtens angeführt. Dabei ist bei der Sozialanamnese mit orientierender Arbeitsanamnese besonderer Bezug zur ICF bzw. zu den umwelt- und personbezogenen Faktoren genommen worden.

In § 5 wird die Beteiligung der Betroffenen erläutert.

Der § 6 bezieht sich auf die Berichterstattung der Reha-Träger gemäß § 13 Abs. 8 SGB IX.

In § 7 wird letztlich das Inkrafttreten der GE geregelt und das Verfahren für eine zukünftige Überprüfung dieser GE beschrieben.

**Joachim Francke, Francke & Partner Rechtsanwälte, Düsseldorf**

## **Erste Erfahrungen mit dem Pflegestärkungsgesetz 3 – juristische Erfahrungen**

Nachdem der Bundesrat dem 3. Pflegestärkungsgesetz (PSG III) zugestimmt hat, ist der mit dem PSG II eingeführte neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ab dem 01.01.2017 nicht nur in der Pflegeversicherung, sondern auch in der Hilfe zur Pflege (§§ 61 bis 66 SGB XII) Grundlage für die Begutachtung zur Feststellung des Pflegegrads. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff soll vor allem die Ermittlung des Hilfebedarfs von Personen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen verbessern und ihnen dadurch einen gleichrangigen Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung verschaffen.

Für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit bedeutet dies einen fundamentalen Paradigmenwechsel: Statt einer Ermittlung des Zeitaufwands für den konkreten Unterstützungsbedarf bei gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen wird nunmehr auf die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder von Fähigkeiten, die für die eigenständige Bewältigung von Aktivitäten

des täglichen Lebens notwendig sind, abgestellt. In sechs Bereichen bzw. Modulen sollen die Beeinträchtigungen mit einem Punktesystem bewertet werden. Eine Addition der Einzelpunkte führt allerdings noch nicht zur Zuordnung zu Pflegegraden. § 15 Abs. 3 Satz 1 SGB XI schreibt hierfür vielmehr eine „mehrschrittige Berechnungsfolge auf der Basis einer pflegfachlich begründeten Bewertungssystematik unter Berücksichtigung der „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ vor.

In der Begutachtungspraxis des MDK und von Medicproof kommen hier EDV-gestützte Berechnungsprogramme zum Einsatz. Sozialgerichte und Anwaltschaft werden sich fragen müssen, welche Ansatzpunkte das neue Bewertungssystem für Überprüfungen und Korrekturen bietet und wie sich etwaige Korrekturen auf die Bestimmung des Pflegegrads auswirken.

**Dr. med Stephan Knoblich,  
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe, Münster**

## **Erste Erfahrungen mit dem Pflegestärkungsgesetz 3 – ärztliche Erfahrungen**

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bedingt ein erhebliches Umdenken in der gutachtlichen Bewertung der Pflegebedürftigkeit. Das (neue) Begutachtungsinstrument (BI) eröffnet den Blick auf eine ressourcenorientierte Sichtweise; beurteilt werden Selbstständigkeits- und Fähigkeiten von Versicherten und nicht wie bisher der Fremdhilfebedarf. Damit entfällt die bisherige Bewertung in Minuten. Darüber sind der individuelle Wohnkontext, die Häufigkeit von Hilfestellungen sowie die örtliche und zeitliche Gebundenheit von Pflegepersonen unerheblich.

Eine weitere wesentliche Änderung besteht darin, dass der gutachtliche Fokus erheblich erweitert wurde. Umfassender wurden Einschränkungen der Selbstständigkeits- und Fähigkeiten bei kognitiv eingeschränkten bzw. psychisch erkrankten Versicherten berücksichtigt. Erstmals fließt auch der Umgang mit Krankheiten (früher als Behandlungspflege nicht zu bewerten) und die Alltagsgestaltung in die Bewertung mit ein.

Das neue Begutachtungsinstrument verlangt eine hohe fachliche Expertise von den Gutachterinnen und Gutachtern. Aus ärztlicher Sicht stellt sich das Begutachtungsinstrument erheblich umfassender und differenzierter dar als das alte Verfahren, denn es bezieht alle Lebensbereiche des täglichen Lebens ein. Das BI ist in sich logisch aufgebaut und daher leicht nachvollziehbar. Allerdings ist das Instrument komplex, da einzelne Verrichtungen (z. B. Gehen) in verschiedenen Kriterien bei verschiedenen Modulen bewertet werden (Modul 1 „Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches“ und Modul 4 „Benutzung einer Toilette“). Insbesondere die Bewertungssystematik ist ohne technische Hilfsmittel kaum nachvollziehbar. Schließlich sind besonders im Modul 2 (kognitive und kommunikative Fähigkeiten), aber auch im Modul 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) und im Modul 6 (Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte) eine Vielzahl von anamnestischen Kriterien beachtlich, die zum einen gutachtlich erfasst, zum anderen aber auch hinsichtlich der inneren Schlüssigkeit bewertet werden müssen.

**Ulrike Kissels, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nordrhein, Düsseldorf**

## **Erste Erfahrungen mit dem Pflegestärkungsgesetz 3 – Aufgaben von Ärzten und Pflegefachkräften bei der Begutachtung**

Im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit prüfen die Medizinischen Dienste im Auftrag der Pflegekassen, ob die Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Die Feststellung von Pflegebedürftigkeit erfolgt unter Anwendung eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments. Hierzu muss der Gutachter den Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in sechs elementaren Lebensbereichen feststellen. Die gutachterliche Einschätzung zu den Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten erfolgt in den Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte sowie dem Vorliegen einer besonderen Bedarfskonstellation. Die Einzelergebnisse zu den Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten werden nach den in § 15 SGB XI festgelegten Berechnungsregeln zusammengeführt und bestimmen das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit.

Darüber hinaus sind im Rahmen der Begutachtung durch die Ärzte und Pflegefachkräfte weitere versorgungsrelevante In-

formationen zu erheben, hier für Bereiche Haushaltsführung und Teilhabe (außerhäusliche Aktivitäten).

Pflegebedürftigkeit ist kein unveränderbarer Prozess, sondern durch Maßnahmen der Pflege, Krankenbehandlung, Einzelmaßnahmen mit präventiver und rehabilitativer Zielsetzung oder durch Leistungen der medizinischen Rehabilitation beeinflussbar.

Die Gutachter haben daher im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit Stellung zu nehmen, ob über die bisherige Versorgung hinaus

- Leistungen der medizinischen Rehabilitation,
- Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel,
- wohnumfeldverbessernde Maßnahmen,
- edukative Maßnahmen,
- Beratung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention

erforderlich und erfolgsversprechend sind.

Darüber hinaus müssen die Gutachter der Pflegekasse Hinweise zur Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation geben und auch Aussagen treffen, ob die häusliche Pflege sichergestellt ist.

**Dr. phil. Britta Matthes,**  
**Leiterin der Forschungsgruppe „Berufliche Arbeitsmärkte“ am Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg**

## **Arbeitswelt 4.0: Arbeiten in der digitalen Welt – wissenschaftliche Grundlagen**

Die Digitalisierung hat die Arbeitswelt in den letzten Jahren weitreichend verändert. Die zunehmende Vernetzung von Wertschöpfungsketten in Form von Smart Factories oder Cyber-Physischen Systemen, der wachsende Einsatz von Big-Data-Analysetools zur Echtzeitprognose oder die steigende Nutzung von Online-Märkten sind Beispiele, die zeigen, wie das Arbeiten in der digitalen Welt aussehen könnte. Jedoch ist man sich in der Forschung nicht einig darüber, welche Folgen die fortschreitende Digitalisierung für die zukünftige Arbeitswelt insgesamt haben wird. Der Vortrag will dazu einen Überblick über die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse geben.

Beispielsweise werden – angesichts der enormen Automatisierungspotenziale digitaler Technologien – immer wieder massive Beschäftigungsverluste prognostiziert. Doch verkennen solche Prognosen, dass durch die Entwicklung verbesserter Produkte oder kostengünstigere Produktionsweisen zusätzliche Beschäftigung entstehen kann. Darüber hinaus sind der Umfang und das Tempo des Einsatzes neuer Technologien auch von den Investitionsentscheidungen der Unternehmen und von der Verfügbarkeit entsprechend ausgebildeten Fachpersonals auf dem Arbeitsmarkt abhängig. Theoretisch ist also völlig offen, ob durch den Einsatz neuer Technologien Beschäftigung entsteht oder verloren geht. Vor dem Hintergrund dieser Diskussion werden im Vortrag

die aktuellsten Erkenntnisse und Prognosen über die Effekte der Digitalisierung für die Beschäftigungsentwicklung in Deutschland vorgestellt.

Andere Studien verweisen darauf, dass Arbeitende durch die Digitalisierung von körperlich schwerer oder monotoner Arbeit entlastet und die zu erledigenden Tätigkeiten durch den Einsatz digitaler Technologien abwechslungsreicher und interessanter werden, dass sich größere Gestaltungsspielräume (z. B. wo und wann man arbeitet) eröffnen, dass die Digitalisierung also insgesamt zu menschengerechterem Arbeiten beiträgt. Andererseits wird betont, dass die Einführung digitaler Technologien auch mit einer zunehmenden Arbeitsintensität verbunden ist. Gezeichnet wird ein Bild von einer sich zunehmend polarisierenden Gesellschaft: einerseits jene, die den Einsatz der digitalen Technologien planen, steuern, überwachen (digital Arbeitende) und von der Einführung digitaler Technologien profitieren, andererseits jene, die durch die digitalen Technologien überwacht und kontrolliert (analog Arbeitende) oder überflüssig gemacht werden und als Verlierer des technologischen Wandels gelten können.

Im Vortrag wird dazu der gegenwärtige Forschungsstand dargestellt und diskutiert, warum nicht die digitalen Technologien darüber bestimmen, wie sich die Arbeitsbedingungen verändern, sondern dass die Gestaltung der Arbeitsprozesse dafür ausschlaggebend ist.

**Dr. med. Andreas Bahemann,  
Itd. Arzt der Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg**

## **Arbeitswelt 4.0: Arbeiten in der digitalen Welt – sozialmedizinische/gutachterliche Aufgaben**

„Arbeiten 4.0“ – nicht zu verwechseln mit „Industrie 4.0“ – ist von kaum zu überschätzender Bedeutung für den Arbeitsmarkt in Deutschland; das gilt aus der Sicht von Politik, Arbeitgebern, Gewerkschaften und Wissenschaft. Aber es trifft auch zu für die Sozialmedizin und die ärztliche Begutachtung in diesem Zusammenhang. Wenn sich arbeitsmarktliche Rahmenbedingungen und durchschnittliche Erwerbsbiografien verändern, wenn flexible und „selbstbestimmte“ Arbeitszeit-

gestaltungen mehr Verbreitung finden, wenn „coworking spaces“ und externes „crowdsourcing“ gängige Begriffe werden, dann spielt diese Entwicklung nicht nur für die Wissenschaft sowie Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, sondern auch für die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung – später sicher auch für die Sozialgerichtsbarkeit – eine zunehmende Rolle. Auf aktuelle Entwicklungen hierzu wird eingegangen als Grundlage für einen fachlichen Austausch.

Prof. Dr. jur. Wolfgang Spellbrink,  
VorsR am BSG Bundessozialgericht, Kassel

## Arbeitswelt 4.0: Arbeiten in der digitalen Welt – juristische Fragen

Die Ende des 19. Jahrhunderts geschaffene Gesetzliche Unfallversicherung (GUV) ist dadurch geprägt, dass sie dem Unternehmer/Arbeitgeber das Haftungsrisiko für Arbeitsunfälle auf dessen Betriebsstätte abnimmt. Wegen dieser haftungsersetzenden Wirkung hat der Unternehmer die Beiträge zur GUV allein zu tragen. Erleidet der Arbeitnehmer einen Arbeitsunfall, so wendet er sich folglich an den Unfallversicherungsträger (BG), einen immer zahlungsfähigen Schuldner, und der Betriebsfrieden wird nicht durch direkte Auseinandersetzungen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer gestört. Im Jahre 1925 wurde dieser Haftungszusammenhang auch auf Wege nach und von dem Ort der Tätigkeit erweitert, der Versicherungsschutz beginnt damit schon mit dem vollständigen Durchschreiten der Außentür des Wohnhauses durch den Versicherten. Grundsätzlich nicht geschützt ist der Versicherte im häuslichen Bereich.

Durch die Modernisierung der Arbeitswelt / Digitalisierung löst sich diese klare Dreiteilung

*privater Bereich – Weg zur Arbeit – Verrichtung der Tätigkeit auf der Betriebsstätte*

auf. Arbeiten werden nunmehr weitgehend zu Hause (im sog. „Home Office“) oder „unterwegs“ (damit auch gleichsam „rund um die Uhr“) verrichtet. Hierdurch wird das bisherige Haftungsregime in Frage gestellt, war es doch Grund der Haftung, dass der Arbeitgeber die Verantwortung für die von ihm gestellten Arbeitsmittel und den Zustand der Betriebsstätte trägt. Von daher wirft eine Ausweitung der Möglichkeit, außerhalb der eigentlichen Arbeitsstätte zu arbeiten, die Frage auf, inwiefern Arbeitgeber und Unfallversicherungsträger noch die Möglichkeit haben, präventiv tätig zu werden. Hier

ist eine klare arbeitsvertragliche Gestaltung des Arbeitens 4.0 auch in Bezug auf die Arbeitsstätte und deren Gestaltung im häuslichen Bereich (u.U. auch hinsichtlich der Arbeitszeiten) von Nöten. Gegebenenfalls ist eine Erweiterung der Aufsichtsmöglichkeiten der BGen auch im Privatbereich zu diskutieren.

Der individuelle Versicherungsschutz in der GUV darf im „Home Office“ nicht geringer, aber auch nicht stärker ausgeprägt sein als bei einer Tätigkeit auf der Betriebsstätte. Grundsätzlich gilt dort kein „Betriebsbann“, d.h. nicht jeder zufällig an dem Ort der Tätigkeit sich ereignende Unfall ist als Arbeitsunfall zu entschädigen. Eben solches gilt im „Home Office“: Nur Verrichtungen, deren Handlungstendenz darauf gerichtet ist, eine versicherte Tätigkeit auszuüben, sind versichert. Ausgehend von dem Grundsatz einer Gleichbehandlung von „Home Office“ und Betriebsstätte ist es also nicht geboten, die „objektive“ Widmung des jeweiligen Unfallortes zu bestimmen, maßgebend ist ausschließlich die objektivierbare Handlungstendenz des Versicherten zur Zeit des Unfallereignisses.

Am Beispiel eines Treppensturzes im „Home Office“ wird anhand mehrerer Fallvarianten aufgezeigt, dass Unfälle bei einer Tätigkeit im privaten Bereich auch de lege lata (nach dem gegenwärtigen Rechtszustand) einer befriedigenden Lösung zugänglich sind. Abschließend wird auf den Versicherungsschutz bei Rufbereitschaft eingegangen, wobei der Zwang zur permanenten Erreichbarkeit als grundsätzlich im Verantwortungsbereich des Arbeitgebers liegend Einfluss auf den Umfang des Versicherungsschutzes nach dem SGB VII haben muss.

**Dr. jur. Gunnar Formann, Sozialgericht, Gießen**

## **Neuigkeiten im JVEG – juristische Aspekte**

Der Vortrag befasst sich mit den wesentlichen Problemen der Vergütung von Sachverständigen. Dabei werden jeweils die Gesetzesänderungen durch das Zweite Kostenrechtsmodernisierungsgesetz und die aktuelle Rechtsprechung vorgestellt.

### **1. Höhe des Honorars**

Die Vergütung von gerichtlich beauftragten Sachverständigen richtet sich nach dem JVEG. Das Honorar ergibt sich dabei aus dem Zeitaufwand und der jeweiligen Honorargruppe. Schwierigkeiten bei der Abrechnung bereitet vor allem die Kontrolle des erforderlichen Zeitaufwands durch die jeweiligen Gerichte. Einen bundeseinheitlichen Maßstab gibt es nicht. Die Anforderungen der jeweiligen Landessozialgerichte an den durchschnittlichen Sachverständigen unterscheiden sich stark und werden häufig unzureichend nach außen kommuniziert. Der Vortrag gibt einen kurzen Überblick über die Rechtsprechung und stellt aktuelle Probleme bei der Honorarbestimmung dar.

### **2. Entschädigung von Aufwand und Ersatz für Aufwendungen**

Die Regelungen zum Fahrtkostenersatz, zu den Schreibgebühren, zu Kopien, zu Fotos, zur Umsatzsteuer, zu Porto und sonstigen notwendigen Auslagen werden kurz dargestellt und es wird auf neue Entscheidungen hingewiesen.

### **3. Kürzung oder Wegfall der Vergütung**

Durch das Zweite Kostenrechtsmodernisierungsgesetz ist § 8a JVEG neu geschaffen worden. Dieser schafft eine Rechtsgrundlage dafür, den Vergütungsanspruch des Sachverständigen wegfallen zu lassen oder ihn zu beschränken.

### **4. Geltendmachung des Anspruchs**

Das JVEG schafft für die Geltendmachung des Anspruchs auf Vergütung nur geringe Hürden. Einzuhalten ist aber jedenfalls die Dreimonatsfrist. Auch die Überprüfung der Festsetzung der Vergütung durch den Kostenbeamten ist nur an geringe formelle Voraussetzungen geknüpft. Zu beachten ist aber, dass der Antrag auf richterliche Entscheidung auch mit Nachteilen verbunden sein kann.

