

Heidelberger § Gespräch §



31. Wissenschaftliche Fortbildungstagung
für gutachterlich tätige Ärzte, Psychologen,
Pflegefachkräfte sowie Juristen in den Bereichen
Sozialmedizin und Sozialrecht

29. Oktober und 30. Oktober 2018

Abstracts

Veranstaltet vom
Alfons W. Gentner Verlag
mit der Fachzeitschrift

Med Der medizinische **§**
Sach Sachverständige **§**

Unsere Referenten



Dr. Maren Abu-Amasheh, Abteilungsärztin Rente, Bereich Sozialmedizin, Referatsleitung DRV-Bund, Berlin



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



Dipl.-Med. Katrin Breuninger, Leiterin Team Rehabilitation/Heilmittel, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), Essen



C. Drechsel-Schlund, Verwaltungsdirektorin Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Bezirksverwaltung Würzburg



Dr. med. E. Losch, Chefredakteur „Der medizinische Sachverständige“



Dr. med. Wiebke Martinsohn-Schittkowski, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung M-V e.V., Rostock



Dr. Christopher Osiander, Stabsstelle Forschungskoordination, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg



Christine Osterland, Richterin Sozialgericht, Hannover



Prof. Dr. med. William S. Sax, Universität Heidelberg, South Asia Institute, Heidelberg



Prof. Dr. M. Schiltenswolf, Leiter der konservativen Orthopädie, Schmerztherapie, Gutachtenambulanz, Klinik für Orthopädie, Universitätsklinikum Heidelberg



Ralf Schönberger, Ärztlicher Referent bei der DRV-Bund, Berlin



Dr. A. Seiter, Organisationsbeauftragte Ärztin der ÄD-Agenturverbund Nord-Rostock, Agentur für Arbeit Rostock



Jens-Oliver Siebold, Rechtsanwalt, Ebener & Siebold, Gelsenkirchen



Dr. jur. Christian Stotz, Richter Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Celle



Prof. Dr. med. K.-D. Thomann, Institut für Versicherungsmedizin, Frankfurt



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

Dipl. Med. K. Breuninger, MDS Essen, Sprecherin der AG Leitlinien des FB II der DGSMP

Qualitätssicherung und -überprüfung in der Begutachtung

Sozialmedizinische Sicht auf die AWMF-Leitlinie „Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ der DGNB

Zum Thema „Ärztliche Begutachtung“ stehen eine Fülle von Lehrbüchern und Literatur zur Verfügung. Diese bearbeiten das Thema entweder allgemein oder beziehen sich beispielsweise auf die Fragestellungen und Aufgaben bestimmter Sozialleistungsträger, wie Unfallversicherung oder Deutsche Rentenversicherung.

Auch gibt es zahlreiche Leitlinien zur Begutachtung einzelner Krankheitsbilder.

Im Juli 2013 wurde erstmals die AWMF Leitlinie S2k „Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ der Deutschen Gesellschaft für neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB) veröffentlicht.

Diese wurde nach nunmehr 5 Jahren einer Überprüfung und Aktualisierung unterzogen.

Waren im Jahr 2013 noch 11 weiteren Fachgesellschaften beteiligt, erfolgte die Überarbeitung diesmal in Zusammenar-

beit mit 42 medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der Gesellschaft für Neuropsychologie. Die DGSMP ist eine der beteiligten Fachgesellschaften.

Die Konsensbildung erfolgte im Delphi-Verfahren, die Verabschiedung der LL durch die Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften soll noch in 2018 erfolgen.

Der Beitrag stellt den aktuellen Stand der überarbeiteten LL im Überblick vor und betrachtet diese aus sozialmedizinischer Sicht.

Dabei wird unter anderem folgenden Fragen nachgegangen: Welche Kapitel sind grundsätzlich übergreifend für alle Fragen der Begutachtung von Relevanz?

Wo hätte man sich eine stärkere sozialmedizinische Ausrichtung gewünscht?

J.-O. Siebold, Rechtsanwalt, Ebner & Siebold, Gelsenkirchen

Qualitätssicherung und -überprüfung in der Begutachtung

Die Würdigung von Gutachten aus anwaltlicher Sicht

Ist das Gutachten in einem sozialgerichtlichen Verfahren oder einem Verwaltungsverfahren im Sinne des Zieles des Mandanten positiv ausgefallen, so ist es gut und überzeugend.

Unsere Position als Parteivertreter im Prozess gebietet es, diese Schlussfolgerungen immer zu ziehen in den entsprechenden Fällen, auch wenn das Gutachten noch so schlecht und wenig überzeugend sein mag.

Die Würdigung von Gutachten aus anwaltlicher Sicht bezieht sich also ausschließlich auf solche Gutachten, die nicht im Sinne des Zieles, welches unsere Mandantschaft erstrebt, ausgefallen sind. Anwälte sind aus dem Mandatsvertrag mit dem Mandanten verpflichtet, ein gerichtliches Gutachten anzugreifen, wenn der Mandant das Ergebnis der gerichtlich angeordneten Begutachtung nicht hinnehmen will.

Hierbei müssen wir als Anwälte zwischen dem unterscheiden, was wir theoretisch leisten könnten und dem, für das wir bezahlt werden.

Der Fall des Mandanten, der in einem sozialrechtlichen Klageverfahren finanziell in der Lage ist, seinen Anwalt beispielsweise im Rahmen einer Stundensatz-Vergütung zu zahlen, stellt leider die große Ausnahme dar. Es soll daher aufgezeigt werden, welche Möglichkeiten der Würdigung von Gutachten auch in den Fällen des Mandates auf Basis von gesetzlicher Vergütung beziehungsweise Prozesskostenhilfvergütung möglich sind.

Hierbei wird auch zu differenzieren sein zwischen den teilweise begrenzten Mitwirkungsmöglichkeiten des Mandanten in tatsächlicher Hinsicht und in Hinblick auf rechtsschutzversicherte Mandate mit der Möglichkeit der Begutachtung nach §109 SGG.

Anders als die übrigen am Verfahren Beteiligten sind wir nicht verpflichtet, einen möglichst objektiven Erkenntnisgewinn im Sinne von Antworten auf Beweisfragen zu erhalten, sondern sind verpflichtet, das Klageziel unseres Mandanten durchzusetzen.

Prof. Dr. med. K.-D. Thomann, Landesarzt für Menschen mit Körperbehinderung in Hessen

Neues zu GdS/GdB und MdE

Die Entwicklung von den „Anhaltspunkten für die Minderung der Erwerbsfähigkeit“ nachdem Reichsversorgungsgesetz zur Versorgungsmedizin-Verordnung

Die seit dem 1. Januar 2009 gültige Versorgungsmedizin-Verordnung hat eine 90-jährige Vorgeschichte. Sie ist heute die Grundlage für die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sozialen Entschädigungsrecht und des Grades der Behinderung nach dem Schwerbehindertenrecht. Ihre Wurzeln reichen bis in den 1. Weltkrieg zurück. Seit Verabschiedung des Reichsversorgungsgesetzes am 12. Mai 1920 wurden die „Anhaltspunkte“ über fast ein Jahrhundert immer wieder aktualisiert, ohne dass sich die Grundlagen geändert hätten.

Das Reichsversorgungsgesetz war seiner Zeit weit voraus.

Es entstand aus der Notwendigkeit, hunderttausende von Kriegsbeschädigte medizinisch und beruflich zu rehabilitieren. Mannschaften und Offiziere erhielten erstmals in der Geschichte die gleiche Entschädigung. Maßgeblich für deren Höhe waren nicht mehr der soziale Rang, sondern der gesundheitliche Schaden. Das RVG trug damit zur Nivellierung von Klassengegensätzen bei. Dem verwundeten Soldaten wurde das Recht auf fachärztliche Behandlung garantiert. Ziel war die bestmögliche Wiederherstellung der Gesundheit und die berufliche Wiedereingliederung. Der Leierkastenmann und Steichholzverkäufer waren ein Sujet der bildenden Kunst - in der sozialen Wirklichkeit blieben sie eine Ausnahmeerscheinung. Der Verordnungsgeber erkannte, dass sich die durch die Kriegsbeschädigung eingeschränkte körperliche Belastbarkeit nur durch eine höhere berufliche Qualifikation kompensieren ließ.

Die Folgegesetze der 20-iger Jahre ebneten den Weg für grundlegende Elemente einer bis heute gültigen Sozialpolitik: Sie verpflichteten Betriebe, schwerbehinderte Menschen einzustellen, erschwerten ihre Kündigung, begründeten die Institution der Hauptfürsorgestellen (heute: Integrationsämter), ermöglichten eine Gleichstellung von leichter behinderten Menschen mit Schwerbeschädigten, um diese besser sozial abzusichern. Durch die Kapitalisierung der Renten konnten unvermögende Kriegsbeschädigte ein Wohnhaus bauen oder erwerben. Die gesetzlichen Regelungen waren auch ein Ergebnis des sozialpolitischen Einflusses der Kriegsbeschädigtenverbände. 1924 waren 654.055 Beschädigte mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mehr als 25% versorgungsberechtigt. Allein dem Reichsbund der Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen gehörten 1922 rund 830.000 Personen an. Die wichtigsten Organisationen der Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen hatten zu diesem Zeitpunkt mehr als 1.370.000 Mitglieder. Die „Anhaltspunkte“ waren bis 1945 die Grundlage der Gleichbehandlung der Kriegsbeschädigten, unabhängig von Ansehen und sozialem Stand.

Nach dem 2. Weltkrieg stand die Rehabilitation von zwei Millionen Kriegsbeschädigten in Westdeutschland und von 500.000 Schwer-

beschädigten in Ostdeutschland im Vordergrund der Sozialpolitik. Nachdem sich die Siegermächte 1945 anfangs gegen eine eigenständige Kriegsopferversorgung ausgesprochen hatten, wurden in den Westzonen im Jahre 1947 die Kriegsbeschädigten-Leistungsgesetze verabschiedet. Das Bundesversorgungsgesetz passierte 1950 den Bundestag. Es wurde immer wieder aktualisiert und schließt eine Vielzahl von Folgegesetzen ein. Bei der Feststellung des schädigungsbedingten Körperschadens griff man wieder auf die seit Jahrzehnten bewährten „Anhaltspunkte“ zurück. Diese wurden von Zeit zu Zeit vorsichtig an neue medizinische Erkenntnisse angepasst. In der Ostzone und der späteren DDR baute die Regierung keine besondere Kriegsbeschädigtenfürsorge auf.

Mit der Verabschiedung des Schwerbehindertengesetzes im Jahre 1974 wurden die „Anhaltspunkte“ zugleich Maßstab für die Feststellung jeder Behinderung – unabhängig von der Ursache. Auch eine zivile Behinderung wurde nun mit einer MdE bewertet, obwohl viele Betroffene noch nicht - oder nicht mehr - im Erwerbsleben standen. Die „Anhaltspunkte“ galten somit für Kriegsbeschädigte und für Schwerbehinderte. Bereits nach den AHP 1983 waren sie Grundlage der MdE-Bewertung trotz des Wortlauts die Auswirkungen einer Schädigungsfolge in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben.

Der Begriff MdE wurde 1986 im Schwerbehindertenrecht durch den „Grad der Behinderung“ (GdB) und 2007 im Sozialen Entschädigungsrecht durch den „Grad der Schädigungsfolge“ (GdS) ersetzt. Anfang 2009 wurden die Anhaltspunkte durch die „Versorgungsmedizin-Verordnung“ verrechtlicht. In der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersmedV) wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass GdB und GdS „die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkung im allgemeinen Erwerbsleben“ abbilden. GdB und GdS werden damit nach gleichen Gesichtspunkten unter Anlehnung an die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) nach den Lebensbereichen Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, häusliches Leben, Hilfe für andere, Bildung, Arbeit, Beschäftigung, wirtschaftliche Sicherheit, gemeinschaftliches, soziales und staatsbürgerliches Leben, Informationsaustausch und Einbindung in soziale Beziehungen beurteilt.

Im Vortrag wird die Entwicklung und Stabilität der Beurteilungskriterien körperlicher Beeinträchtigungen über ein Jahrhundert an Beispielen dargestellt. Eingegangen wird zudem auf den grundlegenden Wandel der Einschätzung seelischer Störungen.

C. Osterland, Richterin, Sozialgericht Hannover

Neues zu GdS/GdB und MdE

Welche Rechtsfragen stellen sich bei der MdE-Bemessung?

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) ist eines der maßgeblichen Kriterien zur Bestimmung der Höhe der Verletztenrente im Recht der Gesetzlichen Unfallversicherung (§ 56 SGB VII).

Die Bemessung der MdE ausgehend von MdE-Tabellen ist rechtlich problematisch. Das SGB VII sieht weder die Erstellung derartiger Tabellen vor, noch ordnet das Gesetz an, wer sie erstellen darf und welches Verfahren hierfür eingehalten werden muss. Urheberschaft und Zustandekommen bleiben regelmäßig im Dunkeln.

Die Rechtspraxis wendet die MdE-Tabellen, die in jedem Standardwerk zur sozialgerichtlichen Begutachtung abgedruckt sind, in der weit überwiegenden Zahl der Fälle als rechtsverbindliche Größen an, ohne auf das Problem der fehlenden Transparenz einzugehen. Dabei beginnt die Fragestellung bereits bei der rechtlichen Einordnung der Tabellen.

Der Beitrag zeigt auf, dass es sich bei den MdE-Tabellen um Rechtssätze handelt, die einer gesetzlichen Grundlage bedürfen. Am Beispiel einer Sprunggelenksversteifung wird dargestellt, wie sich die MdE-Bemessung in den vergangenen Jahren verändert und welche Auswirkungen dies auf den Anspruch der Versicherten auf Verletztenrente hat.

Die Verortung der MdE-Tabellen im Bereich der Rechtsnormen hat zur Folge, dass die aktuelle Rechtslage als

verfassungsrechtlich bedenklich einzuschätzen ist. § 56 SGB VII bedürfte einer Verordnungsermächtigung, die den Anforderungen des Art. 80 GG genügt. Dieses Ergebnis soll jedoch keine Aufforderung sein, die bisherige Praxis der MdE-Bemessung ersatzlos entfallen zu lassen. Trotz aller Kritik dienen die MdE-Tabellen der Gleichbehandlung gleichgelagerter Fälle und fördern somit die Akzeptanz und Berechenbarkeit behördlicher und gerichtlicher Entscheidungen.

Darüber hinaus wird das Vorgehen des Ausschusses „Rehabilitation“ der DGUV diskutiert, der 2012 eine Expertengruppe zur Neubestimmung der MdE-Werte bei Gliedmaßenverlusten einberufen hat und die Ergebnisse einer breiten Fachöffentlichkeit im Juni 2018 im Rahmen eines Hearings im Unfallkrankenhaus Berlin vorstellte.

Es wird weiter dargestellt, dass, sofern der Gesetzgeber nicht handelt, ggf. ein eigenes Beurteilungsgefüge zur Bemessung der MdE etabliert werden kann. Notwendiger Bestandteil dieses Gefüges wäre ein definiertes Gremium mit eigener Verfahrensordnung und Organisation.

Im Ergebnis muss sich der Anwender der MdE-Tabellen vergegenwärtigen, dass es sich bei den Werten nur um Anhaltspunkte bzw. Schätzungen handeln kann, an die er nicht strikt gebunden ist.

C. Drechsel-Schlund, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege Geschäftsführerin der Bezirksverwaltung Würzburg

Neues zu GdS/GdB und MdE

Die Weiterentwicklung der MdE-Bemessung aus Sicht der gesetzlichen Unfallversicherung

In der Sozialgerichtsbarkeit, den medizinischen Fachgesellschaften aber auch innerhalb der gesetzlichen Unfallversicherung wurde in der jüngeren Vergangenheit diskutiert, ob die MdE-Erfahrungswerte (sog. MdE-Tabellen) für Funktionsstörungen nach Arbeits- und Wegeunfällen noch dem aktuellen wissenschaftlichen Stand entsprechen. Kritisiert werden die mangelnde Transparenz und fehlende Begründungen, sodass kaum nachvollziehbar sei, auf welcher medizinischen Grundlage die Einschätzungen beruhen würden und inwieweit eine Prothesenversorgung bzw. die Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes berücksichtigt würden. Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung hat deshalb einen Vorschlag des Deutschen Sozialgerichtstags aufgegriffen und für die Weiterentwicklung der MdE-Bemessung ein unabhängiges, neutrales und ehrenamtlich tätiges Gremium multiprofessioneller Experten einberufen, die von unterschiedlichen medizinischen Fachgesellschaften bzw. Institutionen benannt wurden.

Die „MdE-Expertengruppe“ hat ihre Beratungen im Sommer 2015 aufgenommen und Anfang 2018 einen Abschlussbericht vorgelegt. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die MdE-Feststellung nach § 56 Abs.2 SGB VII und die Limitationen bei der Rechtsanwendung wurden eingehend beleuchtet. Zu den aktuellen Anforderungen des Arbeitsmarktes wurden eine Literaturrecherche und das Expertenwissen der maßgeblichen arbeitswissenschaftlichen Institute der Bundesrepublik einbezogen. Es fand eine systematische Überprüfung der wichtigsten MdE-Werte bei Amputationen

statt. Basierend auf der ICF erfolgte eine Einstufung der verschiedenen Gliedmaßenverluste entsprechend vergleichbarer Funktionsstörungen sowie eine Bewertung hinsichtlich der Anforderungen des Arbeitsmarktes. Aktuelle Entwicklungen im Bereich der Versorgungsmedizinverordnung (GdB/GdS) wurden berücksichtigt. Auf dieser Basis wurden neue MdE-Einschätzungen (MdE-Eckwerte) für Amputationsverletzungen der oberen und unteren Extremitäten aufgestellt.

Die Ergebnisse der Expertengruppe wurden in einer Veranstaltung am 27.06.2018 präsentiert und zusammen mit den Sozialpartnern, den medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden, der Sozialgerichtsbarkeit sowie Betroffenenverbänden diskutiert. Diskussionspunkte der Teilnehmer waren u.a. die Rechtsqualität und die rechtliche Legitimation von MdE-Tabellen, der Zeitplan für den weiteren Prozess über den Zeitpunkt für das „Inkrafttreten“ bis zur einheitlichen Anwendung und Umsetzung neuer MdE-Eckwerte bei allen UV-Trägern und schließlich auch die Handhabung bei Bestandsrenten bzw. Renten-Altfällen.

Vom Bundessozialgericht wird gefordert, dass MdE-Erfahrungswert breite Akzeptanz finden und eine Gleichbehandlung von Versicherten mit vergleichbaren Funktionseinschränkungen sicherstellen sollen. Mit der überfälligen Revision von teilweise über mehr als 100 Jahre unveränderten MdE-Werten will die gesetzliche Unfallversicherung diesen fundamentalen Grundsätzen auch in der aktuellen Zeit gerecht werden.

Prof. Dr. M. Schiltenswolf, Heidelberg, Zentrum für Orthopädie, Unfallchirurgie und Paraplegiologie; Universitätsklinikum Heidelberg

Neues zu GdS/GdB und MdE

Die Weiterentwicklung der MdE-Bemessung aus Sicht des ärztlichen Gutachters

Da die Legaldefinition des verschlossenen Arbeitsmarkts als Grundlage der MdE-Bemessung regelhaft nicht umzusetzen ist, hat eine interdisziplinäre MdE-Expertengruppe der DGUV MdE-Eckwerte nach medizinischen Gesichtspunkten vergleich-

barer Beeinträchtigungen nach der ICF von 10% bis 100% entwickelt.

Diese medizinisch begründeten Eckwerte zeigen starke Übereinstimmung mit den GdB/GdS-Tabellen der VersMedV.

Dr. Ch. Osiander, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) Nürnberg

Zumutbarkeit von Erwerbstätigkeit und Verschllossenheit des Arbeitsmarktes

Wie sieht der allgemeine Arbeitsmarkt heute aus?

Der Vortrag gibt einen kurzen Überblick über die aktuelle Lage am deutschen Arbeitsmarkt. Insgesamt hat sich der Arbeitsmarkt in den letzten Jahren günstig entwickelt – die Arbeitslosigkeit sinkt, die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nimmt weiter zu. Dennoch gibt es weiterhin zahlreiche Herausforderungen: Die Arbeitslosigkeit unter Geringqualifizierten – d.h. Personen ohne Berufsabschluss – ist überdurchschnittlich hoch. Die Zuwanderung durch Fluchtmigration stellt die Gesellschaft insgesamt und die Arbeitsverwaltung

vor bisher unbekannte Herausforderungen. Zudem sinken Langzeitarbeitslosigkeit und Leistungsbezug im SGB II – der Grundsicherung für Arbeitslose – weiterhin nur in geringem Ausmaß. Schließlich verändern auch Prozesse wie die Digitalisierung die Tätigkeitsanforderungen in vielen Berufsfeldern, wodurch sich auch Anforderungen an berufliche Weiterbildung ergeben. Der Vortrag beleuchtet diese Aspekte und erläutert arbeitsmarktpolitische Strategien und Instrumente, die zur Lösung dieser Probleme beitragen können.

Dr. jur. C. Stotz, Richter am Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Celle

Zumutbarkeit von Erwerbstätigkeit und Verschlossenheit des Arbeitsmarktes

– aus juristischer Sicht

1. Unter dem Begriff „Verschlossenheit des Arbeitsmarktes“ werden im Recht der gesetzlichen Rentenversicherung nach dem SGB VI diejenigen Fallgestaltungen gefasst, in denen eine Rente wegen voller Erwerbsminderung gezahlt wird, obwohl der Versicherte noch drei Stunden oder mehr täglich arbeiten kann.
2. Hierzu gehören nach der Rechtsprechung des BSG neben den Fallgruppen, bei denen bei den Versicherten entweder schwere spezifische Leistungseinschränkungen oder eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen vorliegen, vor allem diejenigen Fälle, in denen Versicherte noch drei bis unter sechs Stunden täglich arbeiten können, aber weder über einen Teilzeitarbeitsplatz tatsächlich (also nicht nur „vergönungshalber“) verfügen noch einen solchen, von ihrer Wohnung aus erreichbaren Arbeitsplatz innerhalb eines Jahres seit Stellung des Rentenanspruchs von der Rentenversicherung oder von der Agentur für Arbeit angeboten bekommen haben (sog. konkrete Betrachtungsweise).
3. In den Gemeinsamen Rechtlichen Anweisungen der Deutschen Rentenversicherung hatte diese für den Zeitraum bis 2018 festgelegt, dass eine Prüfung des Teilzeitarbeitsmarktes unter Beteiligung der Agenturen für Arbeit in der Vergangenheit nicht stattzufinden hatte, weil die Vermittlungschancen von teilweise Erwerbsgeminderten von der Bundesagentur für Arbeit als gering eingeschätzt worden waren. Es erscheint vor dem Hintergrund der Wandlung des Teilzeitarbeitsmarktes von einem Nischenmarkt (84.000 Beschäftigte im April 1967) zu einem Massenmarkt (8,94 Millionen Beschäftigte im Juni 2017) fraglich, ob diese Einschätzung noch zutreffend ist.
4. Sofern bei arbeitslosen, teilweise erwerbsgeminderten Versicherten der Arbeitsmarkt nicht mehr automatisch als verschlossen angesehen werden sollte, entfällt jedoch nicht die Verpflichtung der Rentenversicherung, dem Betroffenen einen von seiner Wohnung aus erreichbaren, leidensgerechten Arbeitsplatz innerhalb eines Jahres seit Stellung des Rentenanspruchs anzubieten. Die vom Großen Senat des BSG entwickelte und mittlerweile im Gesetz verankerte konkrete Betrachtungsweise bleibt weiterhin maßgeblich.
5. Sollte es zukünftig zu einer verstärkten Integration teilweise erwerbsgeminderter Personen in den Teilzeitarbeitsmarkt kommen, besteht für diese die Möglichkeit, Aufstockungsleistungen nach dem SGB II zu erhalten. Zugleich steht auf diesem Weg das gesamte arbeitsmarktrechtliche Instrumentarium zur Verfügung, um diese Personen bei Verbesserung ihres Gesundheitszustandes in den Vollzeit-arbeitsmarkt zu überführen. Über § 10 SGB II, der die Zumutbarkeit der Erwerbstätigkeit für die Betroffenen regelt, ist ein ausreichender Schutz der teilweise erwerbsgeminderten Personen davor gewährleistet, Tätigkeiten aufnehmen zu müssen, die ihrer physischen oder psychischen Leistungsfähigkeit nicht entsprechen.

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

Zumutbarkeit von Erwerbstätigkeit und Verschlossenheit des Arbeitsmarktes

– aus gutachterlicher Sicht

Zumutbarkeit von Erwerbstätigkeit und Verschlossenheit des Arbeitsmarktes werden nach der wissenschaftlichen Einführung und den juristischen Ausführungen vertieft aus gutachterlicher Sicht besprochen. Der Schwerpunkt liegt auf der Begutachtung für die Agenturen für Arbeit – Sozialgesetzbuch (SGB) III – und für die Jobcenter – SGB II. Dem Selbstverständnis entsprechend tun Ärztinnen und Ärzte gut daran, sich bei der Beratung und Begutachtung grundsätzlich auf Aussagen in ihrem medizinischen Fachgebiet zu beschränken. Allerdings darf ein Bezug auf „die üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes“ vom Auftraggeber erwartet werden. Der rechtliche Rahmen für die

Zumutbarkeit ist schon in beiden genannten SGB unterschiedlich. Der arbeitsmarktliche Rahmen ist schon heute erkennbar anders als vor 10 Jahren und wird sich rasant weiterentwickeln.

Wie hat sich das auf die ärztliche Begutachtung auszuwirken? Welche Kriterien sind – künftig – bei der Erstellung des Leistungsbildes zu beachten?

Was können/sollen/dürfen Ärztinnen und Ärzte gutachterlich zur Zumutbarkeit von Erwerbstätigkeit und zur Verschlossenheit des Arbeitsmarktes gutachterlich formulieren?

Diese und andere Fragen werden beantwortet und zur Diskussion gestellt.

**Prof. Dr. med. W. Sax, Head Department of Anthropology
and executive Director South Asia Institute, Universität Heidelberg**

Psychiatrische Begutachtung und interkulturelle Kompetenz

– aus kulturanthropologischer Sicht

Sind „Krankheiten“ wie Schizophrenie, Borderline-Persönlichkeitsstörung oder dissoziative Identitätsstörung universell? Sind sie „Naturtatsachen“, die in verschiedenen Kulturen nur unterschiedlich benannt sind, oder hat jede Kultur ihre eigenen Normen für Konformität und Abweichung, ihre eigene Maßnahmen für psychische Gesundheit und Krankheit? Kulturanthropologen, die die Vielfalt von Kulturen, Weltanschauungen und Kosmologien erforschen, neigen dazu zu denken, dass jede Kultur eine Reihe von mehr oder weniger konsistenten Ideen und Praktiken in Bezug auf mentale und körperliche Gesundheit und Krankheit hat, und dass diese nicht notwendigerweise vergleichbar mit den Theorien und Praktiken

der westlichen Psychiatrie sind. Kulturanthropologen stehen daher den Kategorien der psychiatrischen Nosologie lange Zeit skeptisch gegenüber. Auf der anderen Seite sind Psychiater und Psychotherapeuten, die mit der Realität psychischen Leidens konfrontiert und durch gesetzliche Vorschriften und professionelle Standards eingeschränkt sind, dazu verpflichtet, Diagnosen zu stellen, die effektive und humane Interventionen ermöglichen sollen. In diesem Vortrag illustriere ich diesen Gegensatz, indem ich die Diagnosetechniken eines traditionellen Heilers in Indien beschreibe, und am Schluss mache ich einige bescheidene Vorschläge dazu, wie man diese Herausforderung am besten angehen könnte.

**Dr. M. Abu-Amasheh, Abteilungsärztin Rente, Bereich Sozialmedizin, Referatsleiterin DRV-Bund, Berlin
und R. Schönberger, Ärztlicher Referent, DRV-Bund, Berlin**

Psychiatrische Begutachtung und interkulturelle Kompetenz

– aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung

Angesichts von Globalisierung und anhaltender Migrations- und Fluchtbewegungen ist interkulturelle Kompetenz und Multiperspektivität auch in der sozialmedizinischen Begutachtung von großer Bedeutung, um die Kriterien von Gleichbehandlung, Objektivität und Neutralität abbilden zu können. Derzeit hat in Deutschland knapp jede vierte Person einen Migrationshintergrund (Quelle: Statistisches Bundesamt 2018). Menschen mit Migrationshintergrund haben besondere gesundheitliche, psychosoziale und ökonomische Belastungen (Razum et al. 2008). Kulturelle Aspekte, migrationsspezifische und soziale Faktoren können dabei Auswirkungen haben auch auf die Manifestation sowie den Verlauf von psychischen Erkrankungen (Bhugra et al. 2014), da sie spezifische Umstellungs-, Anpassungs-, Bewältigungs- und Problemlösungsfähigkeiten fordern. Insbesondere Depression, psychosomatische Beschwerden, posttraumatische Belastungen sowie psychotische Störungen spielen unter den psychischen Erkrankungen von Menschen mit Migrationshintergrund eine Rolle und weisen in der Symptomatologie und Häufigkeit transkulturell zum Teil erhebliche Variationsbreiten auf (Hollander et al., 2016; Möller et al. [Hrsg] 2017). In Schweden konnte darüber hinaus ein erhöhtes Erwerbsminderungsrisiko von Migranten festgestellt werden, wobei keine Unterschiede zwischen somatischen und

psychischen Erkrankungen - bezogen auf das Gewährungsleiden - bestanden (Di Thiene et al., 2017).

Vor diesem Hintergrund sehen sich psychiatrische Gutachter der Anforderung gegenüber, kultursensibel und vorurteilsfrei zu beurteilen, auch sozio-kulturelle Unterschiede bei Krankheitssymptomen und -erleben („Idioms of distress“) sowie bei Therapiezugang und -erfolg zu berücksichtigen und dabei oft über Sprach- und Kulturbarrieren hinweg zu agieren. Neben der klaren medizinisch-psychiatrischen Fragestellung nach dem Vorliegen und der Einordnung einer psychischen Erkrankung muss auch die Frage nach Funktionseinschränkungen, Prognose und Glaubhaftigkeit beantwortet werden.

Der Einschätzung einer Störung als psychopathologisch relevant und im Sinne des SGB VI wesentlich für eine Leistungsminderung im Erwerbsleben sollte auch eine differenzierte Betrachtung kultureller Besonderheiten zugrunde liegen. Interkulturelle Kompetenz bedeutet darüber hinaus in der psychiatrischen Begutachtung zudem die Arbeit mit professionellen, vereidigten Dolmetschern, um Verständigungsbarrieren auszugleichen und Einflüsse und Folgen durch beliebige Laiendolmetscher in der psychiatrischen Exploration zu vermeiden. Daraus wird nicht selten ein erhöhter Zeitaufwand für die Begutachtung resultieren.

**Dr. A. Seiter, Organisationsbeauftragte Ärztin,
Agentur für Arbeit, Rostock**

Psychiatrische Begutachtung und interkulturelle Kompetenz

– aus Sicht der Bundesagentur für Arbeit

Der Ärztliche Dienst (ÄD) der Bundesagentur für Arbeit (BA) soll Ratsuchende mit deren Einverständnis ärztlich untersuchen und begutachten, soweit dies für die Feststellung der Berufseignung und Vermittlungsfähigkeit erforderlich ist. Das betrifft Menschen unterschiedlichen Alters und grundsätzlich aller Herkunftsländer. Mit dem Thema „Interkulturelle Kompetenz“ ist der ÄD der BA vertraut. Schon in den 50er Jahren wurden Arbeitsmigrantinnen und -migranten durch den ÄD der BA begutachtet. Bis heute besteht durchgehend ein qualitativ wie quantitativ unterschiedliches Erfordernis, sich mit interkulturellen Aspekten im Rahmen der Begutachtung zu beschäftigen. Aktuell ergeben sich zusätzliche Anlässe, sich mit dem möglichen Krankheitsverständnis der begutachteten Personen auseinanderzusetzen.

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung wie auch die prognostische Einschätzung seitens des ÄD beruhen in aller

Regel nicht auf einer Primärdiagnostik von Erkrankungen, so auch nicht von psychischen Erkrankungen. Die sozialmedizinische Beurteilung und Beantwortung der Fragestellungen aus den Agenturen für Arbeit und den Jobcentern erfolgen zum überwiegenden Teil auf der Grundlage beigezogener Befundunterlagen aus vertragsärztlicher oder klinischer Diagnostik und Behandlung. Wesentlich ist dabei die Bewertung der hieraus folgenden Funktionsstörungen im Sinne der ICF (Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) mit dem ihr zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modell der WHO.

Neben der Symptomatik einer psychischen Erkrankung können Kontextfaktoren die Diagnosefindung, die Behandlung, die Prognose und natürlich auch die sozialmedizinische Begutachtung und die nachfolgenden Integrationsbemühungen beeinflussen.

Dr. med. Wiebke Martinsohn-Schittkowksi, Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie der MDK-Gemeinschaft und des GKV-Spitzenverbandes, Rostock

Psychiatrische Begutachtung und interkulturelle Kompetenz

– aus Sicht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)

Der MDK ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. In gesetzlichem Auftrag stellt er sicher, dass medizinische und pflegerische Leistungen des SGB V nach objektiven medizinischen Kriterien allen Versicherten zu gleichen Bedingungen zugutekommen. Neben vielen anderen Aufgabenbereichen enthält die Arbeit des MDK auch Begutachtungsfelder mit direktem Patientenkontakt. Eine dieser Aufgaben ist die psychiatrische Begutachtung im Rahmen von Arbeitsunfähigkeitsbegutachtungen im Auftrag der Krankenkasse oder auch des Arbeitgebers. Begutachtet werden arbeitsunfähige Menschen, die eine versicherungspflichtige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausüben, ausgeübt haben und/oder künftig ausüben wollen.

In eine psychiatrische Begutachtung mit persönlichem Kontakt kommen also vorrangig psychisch kranke Menschen, bei denen eine Beratung oder Begutachtung bei Arbeitsun-

fähigkeit erforderlich ist. Das Ziel besteht darin, Maßnahmen aufzuzeigen, die geeignet sind, die Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen. Psychisch kranke Menschen stellen bereits für sich genommen eine hochsensible Patientengruppe dar. Handelt es sich um zugewanderte Menschen, finden sich häufig zusätzlich sprachliche Barrieren und ein kulturspezifisches Krankheitsverständnis. Seitens der Gutachter sind Offenheit, Interesse und respektvolle Neugier geboten. Erklärungen und Behandlungsempfehlungen müssen sprachlich und kulturell passend vermittelt werden mit dem Ziel, auch Menschen mit Zuwanderungshintergrund einen gleichwertigen und gleichberechtigten Zugang zum Sozial- und Gesundheitswesen zu ebnen. Das Fort- und Weiterbildungsprogramm im Medizinischen Dienst hält jährlich einen 2-tägigen Workshop zur kultursensiblen Begutachtung bei Menschen mit Migrationshintergrund vor, um die GutachterInnen entsprechend zu unterstützen.

TAGUNGSPROGRAMM



MONTAG, 29. OKTOBER 2018

Uhrzeit	Referenten / Vorträge
12.00 – 12.30	Eröffnung der Tagung, einleitende Worte <i>Triebig, G., Heidelberg</i>
Qualitätssicherung und -überprüfung in der Begutachtung	
Vorsitz: <i>Triebig, G., Heidelberg / Krauß, J., Darmstadt</i>	
12.30 – 13.00	Sozialmedizinische Sicht auf die AWMF-Leitlinie „Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ der DGNB <i>Breuninger, K., Essen</i>
13.00 – 13.30	Die Würdigung von Gutachten aus anwaltlicher Sicht <i>Siebold, J.-O., Gelsenkirchen</i>
13.30 – 14.15	Diskussion
14.15 – 15.00	P A U S E
Neues zu GdS/GdB und MdE	
Vorsitz: <i>Weber, A., Dortmund / Köhler, Th., Heidelberg</i>	
15.00 – 15.30	Die Entwicklung von den „Anhaltspunkten“ zur „Versorgungsmedizin-Verordnung“ <i>Thomann, K-D., Frankfurt</i>
15.30 – 16.00	Welche Rechtsfragen stellen sich bei der MdE-Bemessung? <i>Osterland, C., Hannover</i>
16.00 – 16.30	Diskussion
16.30 – 17.00	Die Weiterentwicklung der MdE-Bemessung aus Sicht der gesetzlichen Unfallversicherung <i>Drechsel-Schlund, C., Würzburg</i>
17.00 – 17.30	Die Weiterentwicklung der MdE-Bemessung aus Sicht des ärztlichen Gutachters <i>Schiltenswolf, M., Heidelberg</i>
17.30 – 18.45	Diskussion
18.45 – 21.00	Abendimbiss

DIENSTAG, 30. OKTOBER 2018

Uhrzeit	Referenten / Vorträge
Zumutbarkeit von Erwerbstätigkeit und Verschlossenheit des Arbeitsmarktes	
Vorsitz: <i>Abu-Amasheh, M., Berlin / Schur, O., Celle</i>	
09.00 – 09.30	Wie sieht der allgemeine Arbeitsmarkt heute aus? <i>Osiander, Ch., Nürnberg</i>
09.30 – 10.00	Zumutbarkeit von Erwerbstätigkeit und Verschlossenheit des Arbeitsmarktes – aus juristischer Sicht <i>Stotz, C., Celle</i>
10.00 – 10.30	Zumutbarkeit von Erwerbstätigkeit und Verschlossenheit des Arbeitsmarktes – aus gutachterlicher Sicht <i>Bahemann, A., Nürnberg</i>
10.30 – 11.00	Diskussion
11.00 – 11.30	P A U S E
Psychiatrische Begutachtung und interkulturelle Kompetenz	
Vorsitz: <i>Bahemann, A., Nürnberg / Siebold, J.-O., Gelsenkirchen</i>	
11.30 – 12.00	■ aus kulturanthropologischer Sicht <i>Sax, W., Heidelberg</i>
12.00 – 12.20	■ aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung <i>Abu-Amasheh, M., Berlin / Schönberger, R., Berlin</i>
12.20 – 12.40	■ aus Sicht der Bundesagentur für Arbeit <i>Seiter, A., Rostock</i>
12.40 – 13.00	■ aus Sicht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung <i>Martinsohn-Schittkowski, W., Rostock</i>
13.00 – 13.30	Diskussion
13.30 – 14.00	Zusammenfassung der Tagung, abschließende Worte <i>Losch, E., Frankfurt/Main</i>