

Umgang mit widerstreitenden Lehrmeinungen in der Begutachtung

Historische und aktuelle Aspekte zu einem aktuellen Thema

Deutscher Kongress für Orthopädie
und Unfallchirurgie

Berlin, 25.10.2016

Klaus-Dieter Thomann

Institut für Versicherungsmedizin, Frankfurt am Main

Unterschiedliche Lehrmeinungen im Hinblick auf **medizinische** Tatbestände

- **Welche Krankheit liegt vor?**
 - Diagnostik
- **Wie ist die Krankheit zu behandeln?**
 - Therapie

Wissenschaftliche Ebene - Medizin

Universitäten – Leitlinien - Praxis

- Auswertung von Studien
- Ergebnis eines differenzierten Austausch- und Abstimmungsprozesses : Publikationen, Vorträge, Kongresse, Fachgesellschaften, Kongresse
- In der Regel: Konsens, ggf. mit Abweichungen - Minderheitenmeinungen, z. B. Leitlinien der AWMF
- **„Am Ende“: Gesellschaftlicher Filter**
- Abstimmung und Übernahme der Kosten für Diagnostik und Therapie durch den „Gemeinsamen Bundesausschuss Ärzte – Krankenkassen“
- Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (gesetzliche V.), des Bundesgerichtshofs (private V.)

Wissenschaftliche Ebene - Begutachtung

Vorgaben: Versicherungsträger, Staat, Gerichte

Engagement einzelner Ärzte - Fachgesellschaften Empfehlungen -
gelegentlich Leitlinien

- Unterschied: Einordnung medizinischer Tatbestände in **vorgegebene** Rechtssysteme
- Kausal
- Versorgungsrecht
- Gesetzliche Unfallversicherung
- Private Unfallversicherung
- Haftpflichtrecht

- Final
- Rentenversicherungen
- Krankenversicherungen
- Schwerbehindertenrecht

- **Hauptproblem: Hat der Gutachter die rechtlichen Vorgaben verstanden und zutreffend umgesetzt?**

Wissenschaftliche Ebene - Begutachtung

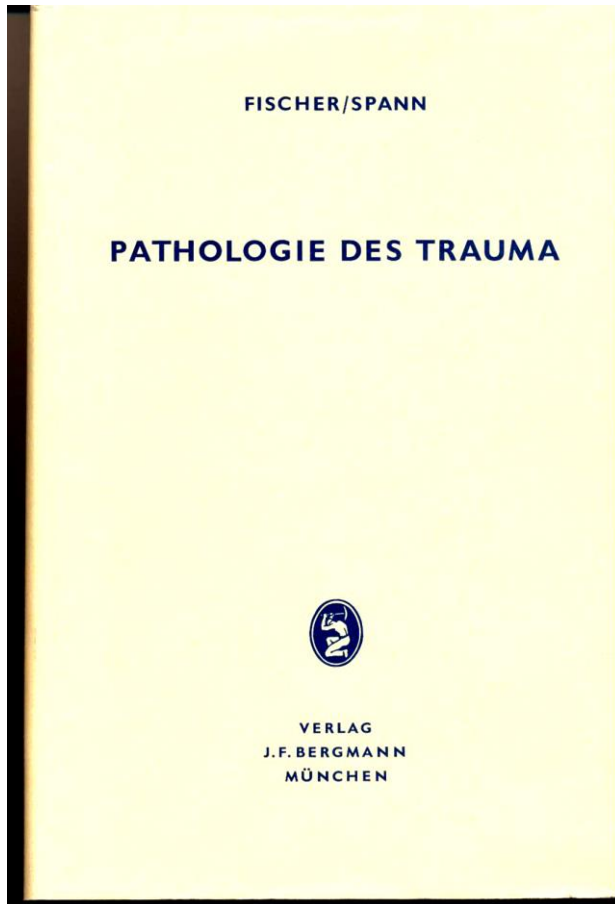
Versicherungsträger, Staat, Gerichte -Engagement einzelner Ärzte -
Fachgesellschaften - Empfehlungen - gelegentlich Leitlinien

- **„Am Anfang“: Gesellschaftlicher Filter**
- Gesellschaftlicher Konsens – öffentliche Meinung
- Kausalitätsregeln
- Versicherungsbedingungen
- Rechtsprechung der Gerichte, Bundessozialgericht , des Bundesgerichtshof
- **Begutachtungsrichtlinien enthalten an zentraler Stelle rechtliche Vorgaben die der Bewertung des Gutachters entzogen sind**
- Austausch- und Abstimmungsprozesses : Publikationen, Vorträge, Kongresse, Fachgesellschaften - **stark von Gerichtsentscheidungen und politischen Vorgaben abhängig**
- Auf Tagungen häufig Konsens, im konkreten Fall (z. B. im Widerspruchsverfahren, vor Gericht unterschiedliche Meinungen - Schlussfolgerungen der Sachverständigen)

Widerstreitende Lehrmeinungen - in der Begutachtung

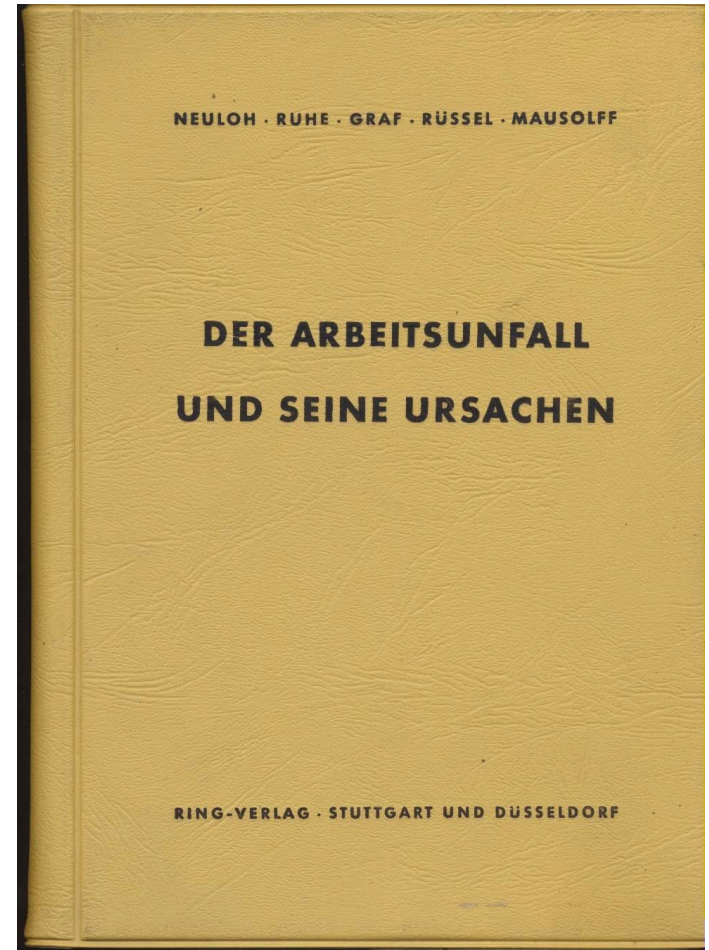
- **Worauf beziehen wir uns?**
- **Medizinische Studien?**
- **Lehrbücher der Fachgebiete?**
- **Lehrbücher der Begutachtung?**
- **Wer schreibt Lehrbücher und warum?**
- **- gesetzliche Unfallversicherung: Schönberger, Mehrrens, Valentin**
- **- private Unfallversicherung**
- **Begutachtung steht im öffentlichen Fokus**
- **Innermedizinische Kritik: Deutsches Ärzteblatt: Leitlinien zur Begutachtung bei psychosomatischen Erkrankungen**

(Rechts-)Medizinische Diskussion über Traumen und Kausalitäten



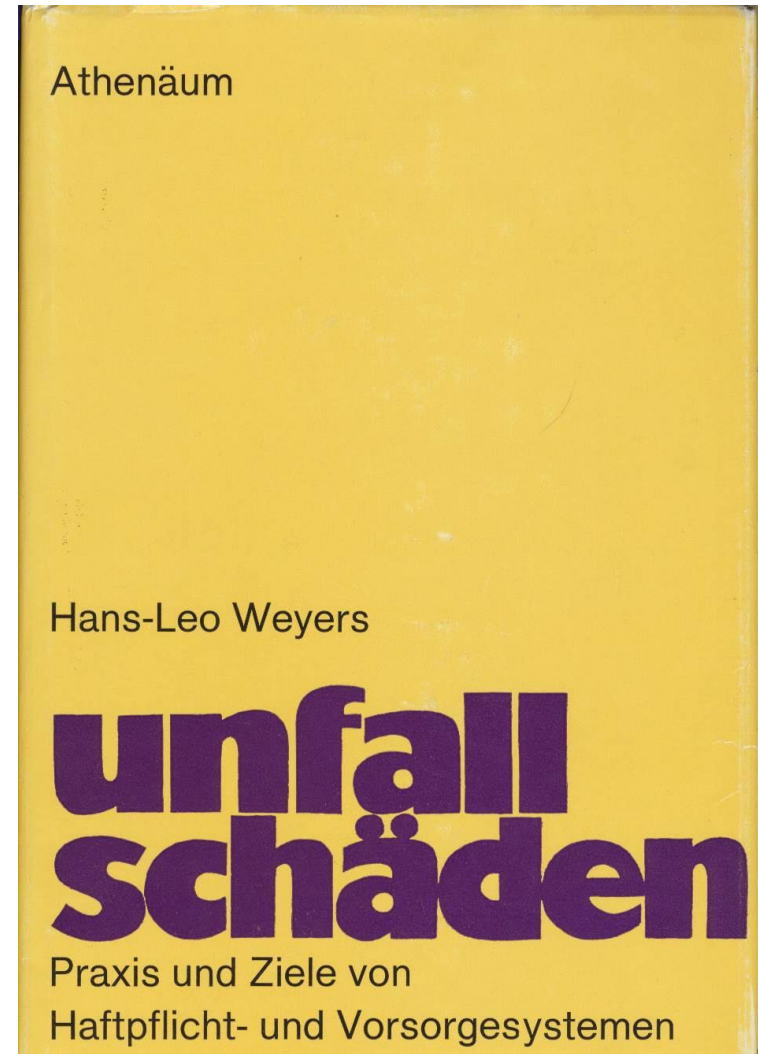
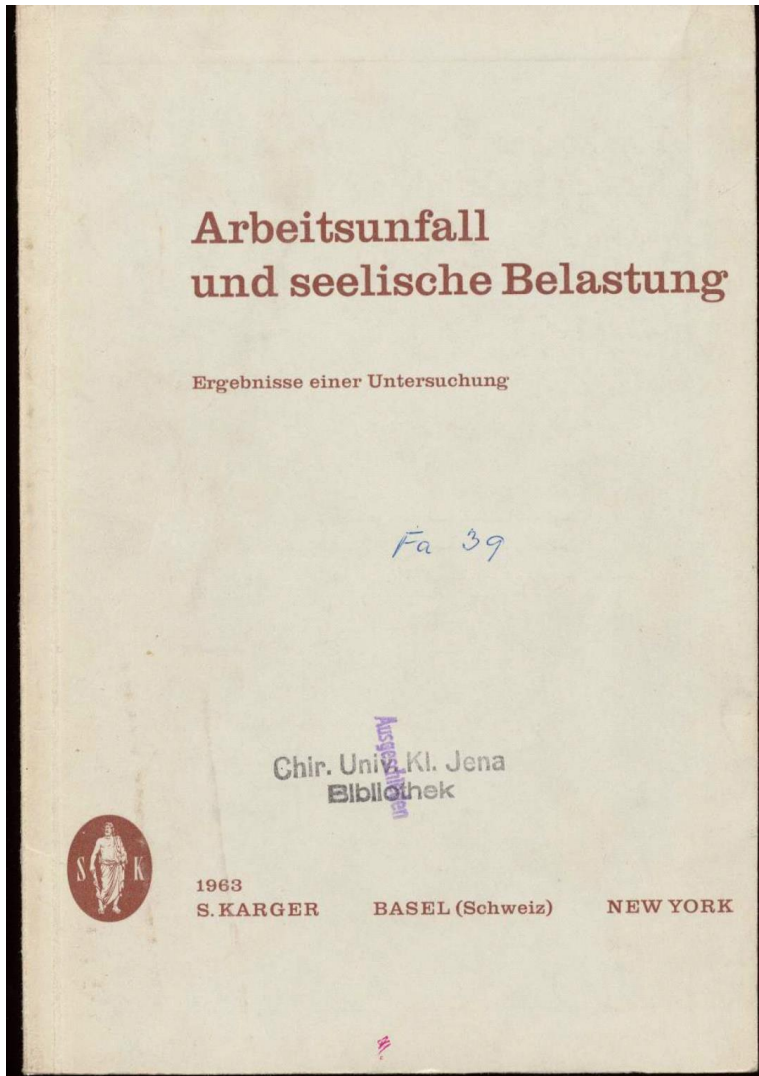
Aktuell: Hempfling, Krenn

Gesellschaftliche und juristische über „Traumen“, Kausalitäten, Anerkennungen



Gesellschaftliche und juristische Interpretationen über „Traumen“, Kausalitäten, Anerkennungen wandeln sich

Offener Diskussionsprozess



Seismograph des
gesellschaftlichen
Aushandlungsprozesses:

Höchststrichterliche
Rechtsprechung

Soeben erschien:

**Entscheidungen
des
Reichsversicherungsamtes
über den
Zusammenhang
zwischen Unfall
und
Erkrankungen**

Herausgegeben von

Dr. med.

Paul Rostock

Oberarzt der chirurgischen
Abteilung des Krankenhauses
Bergmannsheil in Bochum

Mit einem Vorwort von
Professor Dr. Georg Magnus

204 Seiten. Gr.-8°. 1931. Geh. RM. 7.—; in Leinen geb. RM. 8.50

Bei Sammelbezug von 20 und mehr Exemplaren
ermäßigt sich der Preis pro Exemplar um 10%, bei
Sammelbezug von mindestens 117 Exempl. um 25%.

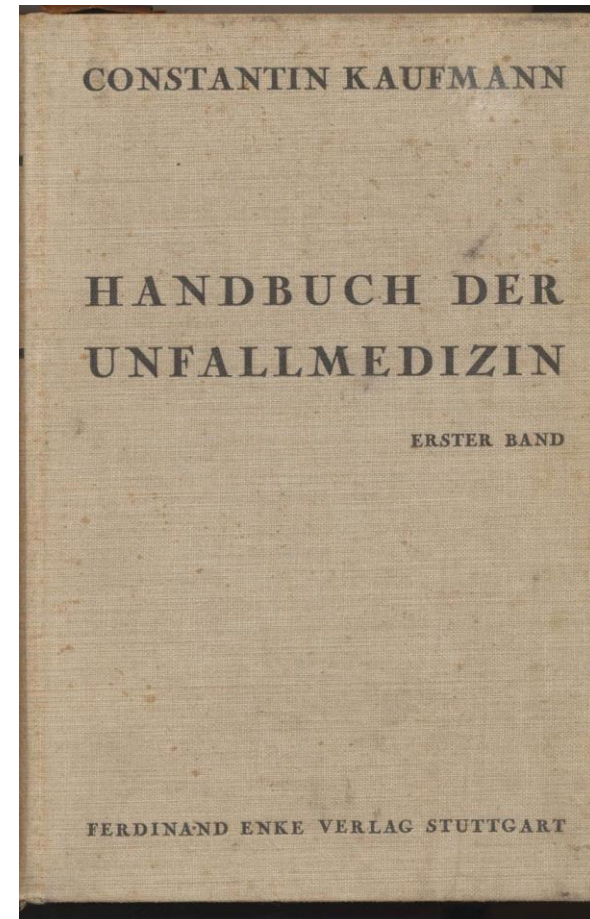
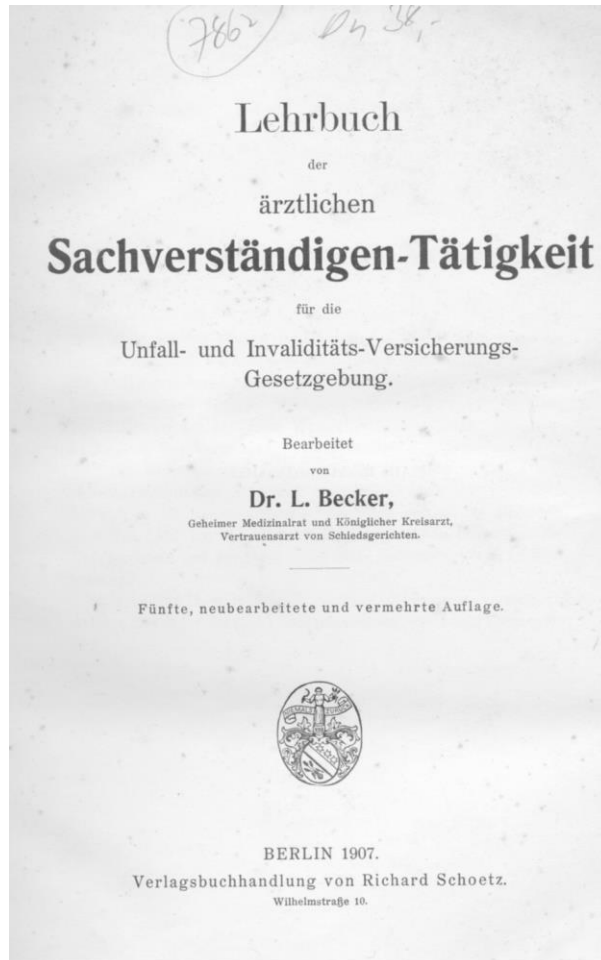
Die Frage des ursächlichen Zusammenhanges zwischen
Unfall und körperlichem Leiden nimmt im ärztlichen

Bitte wenden!

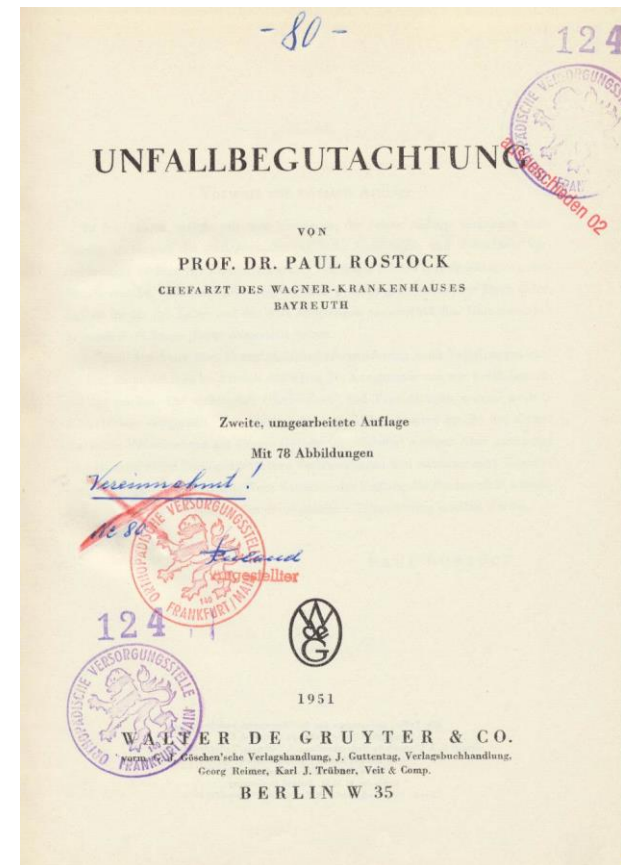
Ferdinand Enke / Verlag / Stuttgart

Medizinische Sachverständigentätigkeit:

Häufig Anwendung **rechtlich ausgehandelter**
Kausalitätsregeln auf den Einzelfall



Kausalität 1951



mittelbarer.

Für die Annahme eines ursächlichen Zusammenhangs genügt es nicht, daß das Ereignis nur den äußeren Anlaß oder den natürlichen Abschluß einer vom Unfall unabhängigen Entwicklung darstellt, die den Schluß berechtigt, daß die Schädigung in absehbarer Zeit von selbst aufgetreten wäre.

Kausalitätsnormen I

- „Juristische Kausalität (ist) ein flexibles höchst wert- und damit zeitgebundenes Zurechnungsinstrument ..“
- „Kausalität (ist) immer ein besonders wichtiges Herrschafts- bzw. Steuerungsinstrument gewesen ...“
- „Kausalität erscheint als eines der zentralen legalistisch/normativen Steuerungselemente moderner Rechtsordnungen“ S. 11
- „Heinz Barta: Kausalität im Sozialrecht 1983

Kausalitätsnormen II

- „Kausalität ist ein leistungsfähiges Zurechnungssieb“
- “Recht ist ein wertendes gesellschaftliches Konflikt-Steuerungsmittel ..“ S. 15
- „Die im einzelnen Entschädigungsverfahren herausprozessierten Einzelschicksale ... müssen vor dem Hintergrund der allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklung bewertet und betrachtet werden“ S. 29
- Heinz Barta: Kausalität im Sozialrecht 1983

Aktuell: Forderung der Politik und der Rechtsprechung Kausalitätsanforderungen herabzusetzen

*

„Die haftungsbegründende Kausalität in der aktuellen Entwicklung“

Dr. Thomas Molkentin

Leiter des Referats Unfallversicherung im BMAS „Der Unfallbegriff im Wandel
der Rechtsprechung“

Tagung der Fachgesellschaft für Interdisziplinäre Medizinische Begutachtung
am 3. November 2012 in Kassel

Moltenkin: Erweiterung der haftungsbegründenden Kausalität durch Rechtsprechung? (Teil I)

- **Gehirnblutung nach außergewöhnlicher Kraftanstrengung kann Arbeitsunfall sein.**



- Fall: Steinmetz versucht, einen festgefrorenen, 70 Kilo schweren Grabstein anzuheben. Ergebnis dieses Versuchs war eine Gehirnblutung mit nachfolgendem Bluthochdruck und anderen Folgeerkrankungen. Gutachten hatten die außergewöhnliche Kraftanstrengung zumindest als wesentliche Mitursache der folgenden Gehirnblutung bestätigt.
- BSG: Die für einen Arbeitsunfall erforderliche äußere Einwirkung kann auch darin bestehen, dass durch die betrieblichen Einflüsse eine krankhafte Störung im Körperinneren hervorgerufen wird (Az: B 2 U 27/04 R).

Moltenkin: Folgerungen aus der BSG-Rechtsprechung (vorstehend 3.) zu Apophysenverletzungen im Schulsport

(Teil II)

- **Neuere Rechtsprechung zum Versicherungsschutz bei Apophysenausriss, hier zutreffend SG Halle.**



- **SG Halle: Erleidet ein 16-jähriger Schüler beim Schulsport während des Anlaufens und Abspringens zum Hochsprung einen Apophysenausriss, liegt ein Arbeitsunfall bzw. Schulunfall vor (Az: S 6 U 175/02).**
- **Folgt damit dem Erziehungsberechtigten und dem behandelnden Chirurgen: „Vorschäden haben nicht vorgelegen. Vorgelegen hat eine überdurchschnittliche Belastung. Wer zum Hochsprung ansetzt, mobilisiert seine körperlichen Kraftreserven.“**

Ausgewählte Themen: „Widerstreitender Lehrmeinungen“

1. Bewertung psychischer Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen
2. Berufskrankheiten
3. Schäden der Rotatorenmanschette

Bewertung psychischer Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen

GUV, Versorgungsrecht bis ca. 1960 keine Anerkennung

- **Keine direkte Korrelation zwischen der Schwere des Ereignisses und der seelischen Störung**
- Seelische Störungen werden subjektiv empfunden, sind schwer objektivieren
- Seelische Störungen unterliegen einer Beschwerdeausgestaltung - Aggravation und Simulation sind möglich
- Schwer zu kalkulieren (PUV)
- **MdE, GdS, GdB, Invalidität beliebig (????)**

Kernfrage der Begutachtung bis 1960: Abgrenzung von organischen gegenüber funktionellen Störungen

- **Lehrmeinung** spätestens seit 1920
- „Fehlen bei längerer Beobachtung Zeichen, die wir mit unseren jetzigen klinischen Untersuchungsmethoden als organisch bezeichnen (Störungen der Reflexe, der Sensibilität, Motilität, Intellektveränderung), so ist dies für die Beurteilung des Falles maßgebend, nicht aber die hypothetische Annahme, daß trotz Fehlens von klinisch nachweisbaren organischen Veränderungen möglicherweise organische Veränderungen feinster Art vorhanden sein können.“
Finkelnburg (1920), S. 506.
- Parallele zu Sehnenschäden

Lehrmeinung 1920: Rechtliche Ansprüche, Begutachtung und der Entschädigungsprozess können seelische Störungen verursachen oder verstärken

- „Die nach Unfällen auftretenden **nervösen Symptomenkomplexe** gewinnen nun sehr häufig dadurch ein besonderes Gepräge, daß im Laufe der Zeit zu den primären, unmittelbar durch den Unfall selbst ausgelösten nervösen Störungen, sekundäre sich hinzugesellen. **Diese entstehen durch Befürchtungs- und Begehrungsvorstellungen, die das ursprüngliche Krankheitsbild durch Hinzutritt von hypochondrisch querulierenden Zügen, durch Neigung zur Aggravation und Simulation verwischen. Unter Umständen schließt sich auch an anfänglich nur geringfügige nervöse Erscheinungen im Laufe der Jahre im Kampf um die Rente das ausgesprochene Bild einer Rentenhyserie oder Rentenneurasthenie an,** so daß der Begutachter stets möglichst scharf die primären Unfallfolgen von den sekundär zur Entwicklung gekommenen abtrennen muß. Denn letztere werden unter Umständen, wenn der Rentenkampf unberechtigterweise geführt worden ist, als nicht entschädigungspflichtig abgelehnt werden müssen.“
- Finkelnburg (1920), S. 509.

Urteil des RVA vom 24.9.1926: Prägend für die Praxis der Begutachtung für 40 Jahre

- „Hat die Erwerbsunfähigkeit eines Versicherten ihren Grund lediglich in seiner Vorstellung, krank zu sein, oder in mehr oder minder bewußten Wünschen, so ist ein vorangegangener Unfall auch dann nicht eine wesentliche Ursache der Erwerbsunfähigkeit, wenn der Versicherte sich aus Anlaß des Unfalls in den Gedanken, krank zu sein, hineingelebt hat, oder wenn die sein Vorstellungsleben beherrschenden Wünsche auf eine Unfallentschädigung abzielen oder die schädigenden Vorstellungen durch ungünstige Einflüsse des Entschädigungsverfahrens verschärft worden sind.“

Praktische Frage mit finanziellen Auswirkungen:

Welche seelischen Folgen hat der Krieg hinterlassen?

Ist die menschliche Psyche tatsächlich unendlich belastbar?



Prof. Panse beantwortet die Frage mit einem uneingeschränktem „Ja“

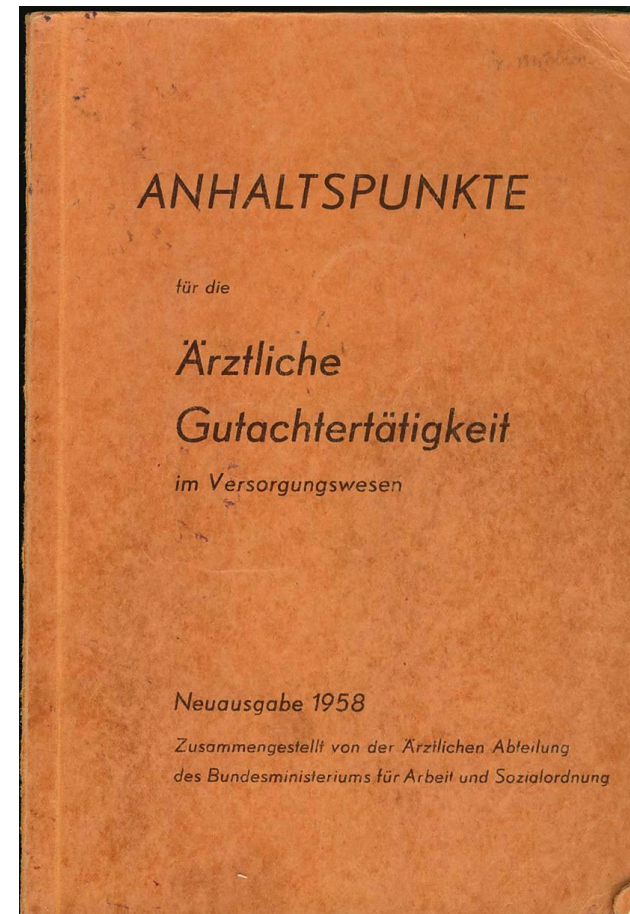
Georg Schöneberg (Hg.) 1952

„Die ärztliche Beurteilung Beschädigter“

- Berliner Nervenarzt W. Schellworth verfaßte das Kapitel „Psychogene Dauerreaktionen (sog. Neurosen)“
- **„Krankheit (gibt es)nur im Bereich des Körperlichen“:**
- „Zustände, die nur in der Vorstellung bestehen oder (sonst) seelisch bedingt sind, gelten nicht als Gesundheitsschädigung. Die Abgrenzung ist nicht willkürlich auf die Absichten des Gesetzgebers zugeschnitten, sondern entspricht vollkommen der Begriffsbestimmung der Gesundheitsschädigung, die jeder wissenschaftlichen (einschließlich erkenntniskritischen) Analyse standzuhalten vermag.“

1958 : „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit“

- “Neurosen stehen mit einem schädigenden Ereignis, einem Erlebnis oder einer Schädigung und Schädigungsfolge nicht in ursächlichem Zusammenhang, da wesentliche Bedingung für die Entwicklung nicht ein schädigender Vorgang ist, sondern die in der Persönlichkeit beruhende zweckgerichtete Reaktionsbereitschaft.“
- Hieraus ist „die logische Folgerung, daß Neurosen in keinem ursächlichen Zusammenhang mit schädigenden Einflüssen des Wehrdienstes, der kriegseigentümlichen Verhältnisse oder der Gefangenschaft stehen“ könnten, abzuleiten.
- S. 135.



1958 in der Minderheit:



- **Ulrich Venzlaff**

**„Die psychoreaktiven
Störungen nach
entschädigungspflichtigen
Ereignissen (die sogenannten
Unfallneurosen)“**

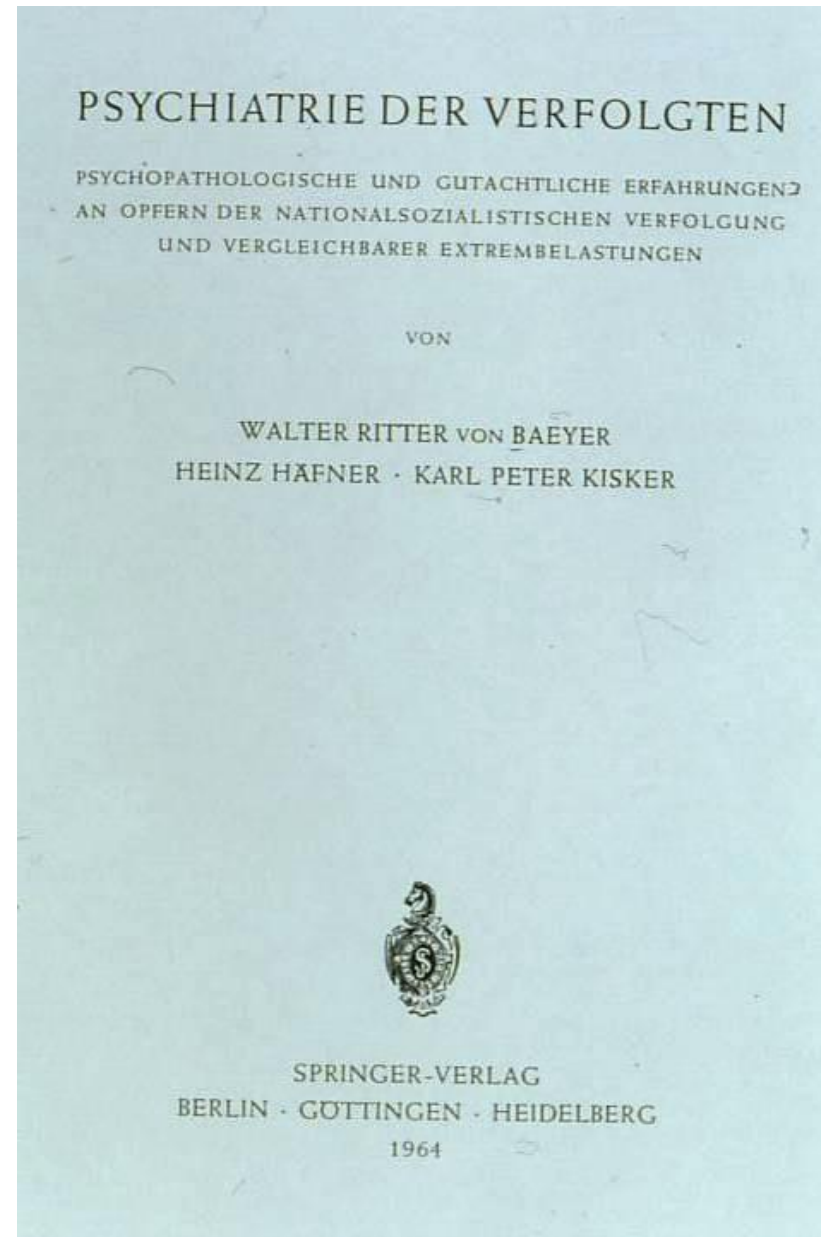
K. R. Eissler: Die Ermordung von wievielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben?

- Eissler stellte die zentrale Frage:
- Wo liegt die *Grenze des Leides*, die eine Gesellschaft für das einzelne Individuum gerade noch für erträglich und damit *zumutbar* ansieht?
- Oder, anders formuliert:
- **Wie schwer muss daß Leid sein, damit der Einzelne darunter zerbrechen *darf*, ohne dass ihm der Vorwurf der krankhaften Verarbeitung und der psychopathologischen Primärpersönlichkeit gemacht werden kann?**
- Psyche 17 1963, S. 241-291.

1958:
**Der „erlebnisbedingte
Persönlichkeitswandel“
(Venzlaff)**

1964:

Ab Mitte der 60er Jahre setzt sich
eine differenzierte
Betrachtung psychischer
Traumafolgen durch



William G. Niederland

Psychiater, Konsiliararzt der deutschen Vertretung in New York



William G. Niederland

- Beeinflusst die Formulierung des DSM III im Hinblick auf posttraumatische Störungen
- **KZ-Syndrom ist das Vorbild der Einführung der Posttraumatischen Belastungsstörung**
- Prof. Henrik Peters, Mainz, Köln nimmt an den Sitzungen teil und unterzeichnet DSM III (1980)
- 1992 ICD

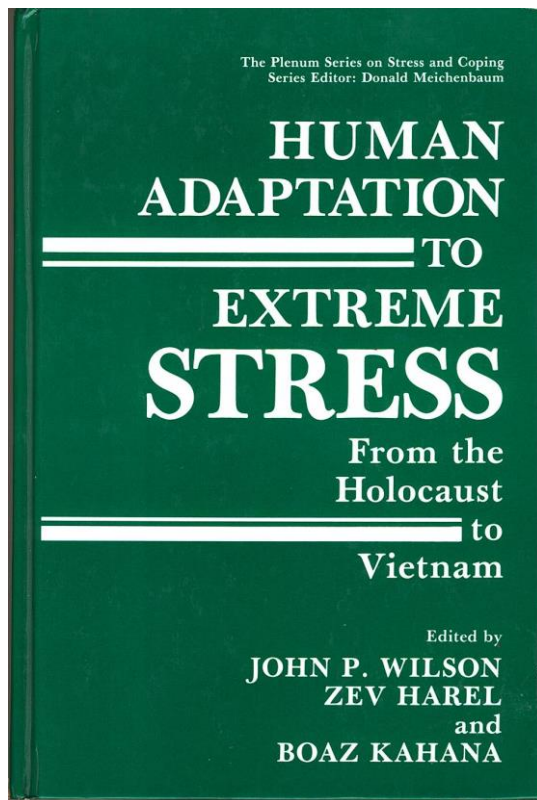
**1980 – unbeachtete
Veröffentlichung von 12
Gutachten**

**Minderung der
Erwerbsfähigkeit
zwischen 20 und 40 %**

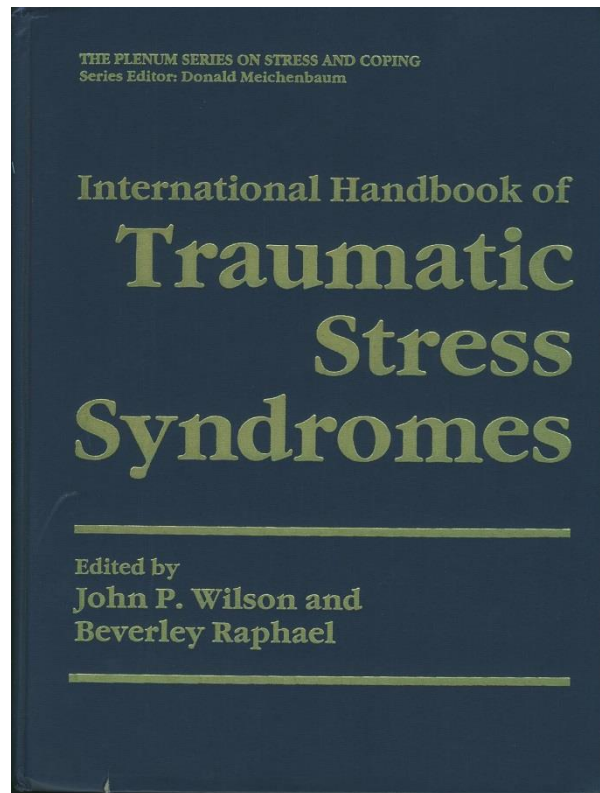
William G. Niederland
Folgen der Verfolgung:
Das Überlebenden-Syndrom
Seelenmord
edition suhrkamp
SV

„Mehrheitsmeinung“

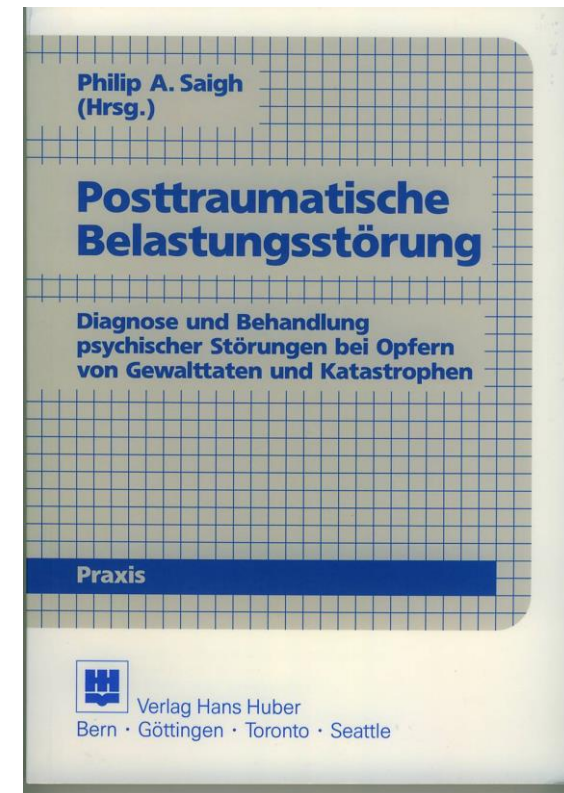
1980—2016: Seelische Störungen nach schweren Traumen allgemein anerkannt



• 1988



• 1993



1995

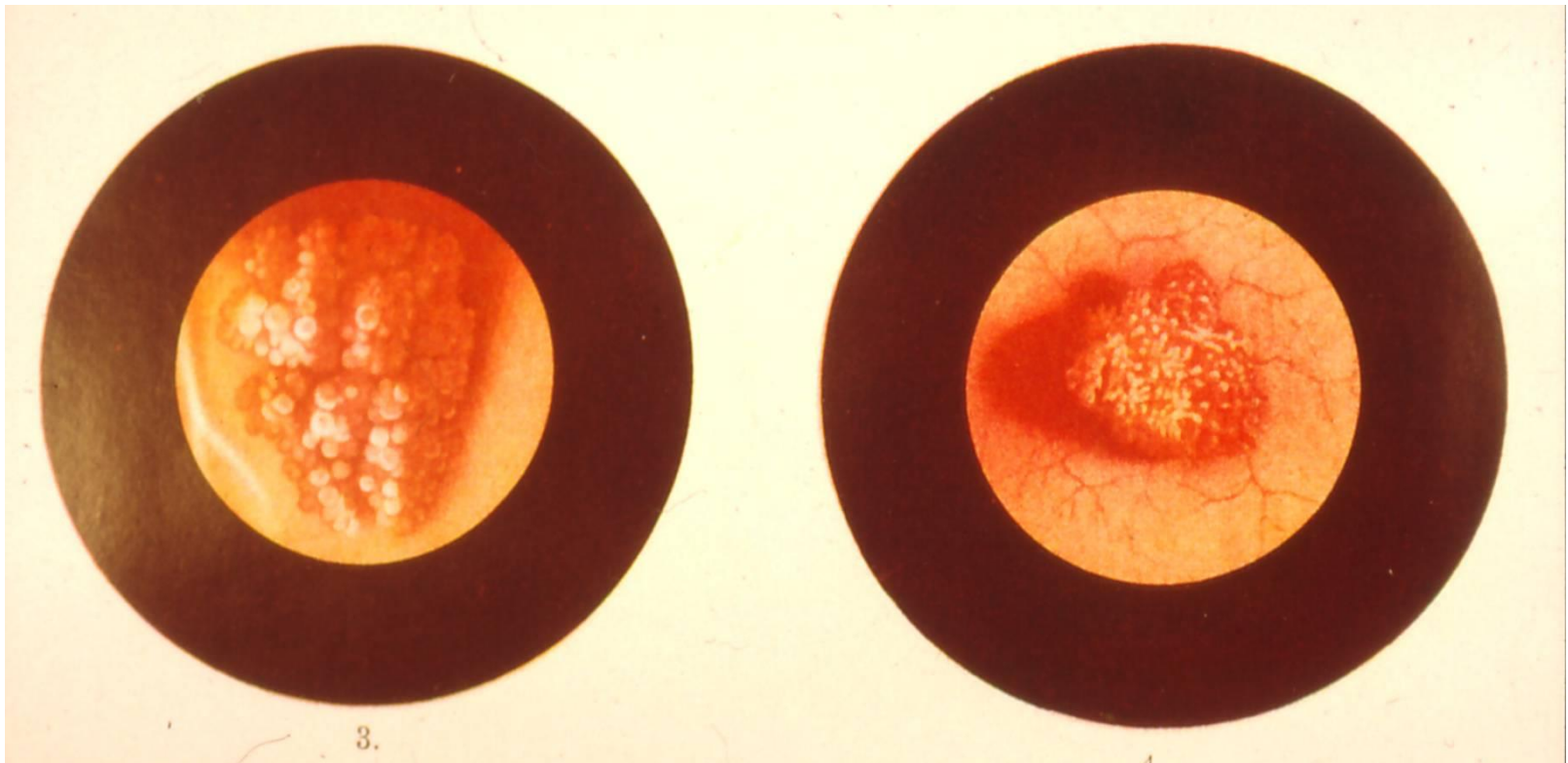
2. Berufskrankheiten

- Blasenkrebs durch aromatische Amine: Von der Erkenntnis bis zur Anerkennung
- Chirurgische Berufskrankheiten

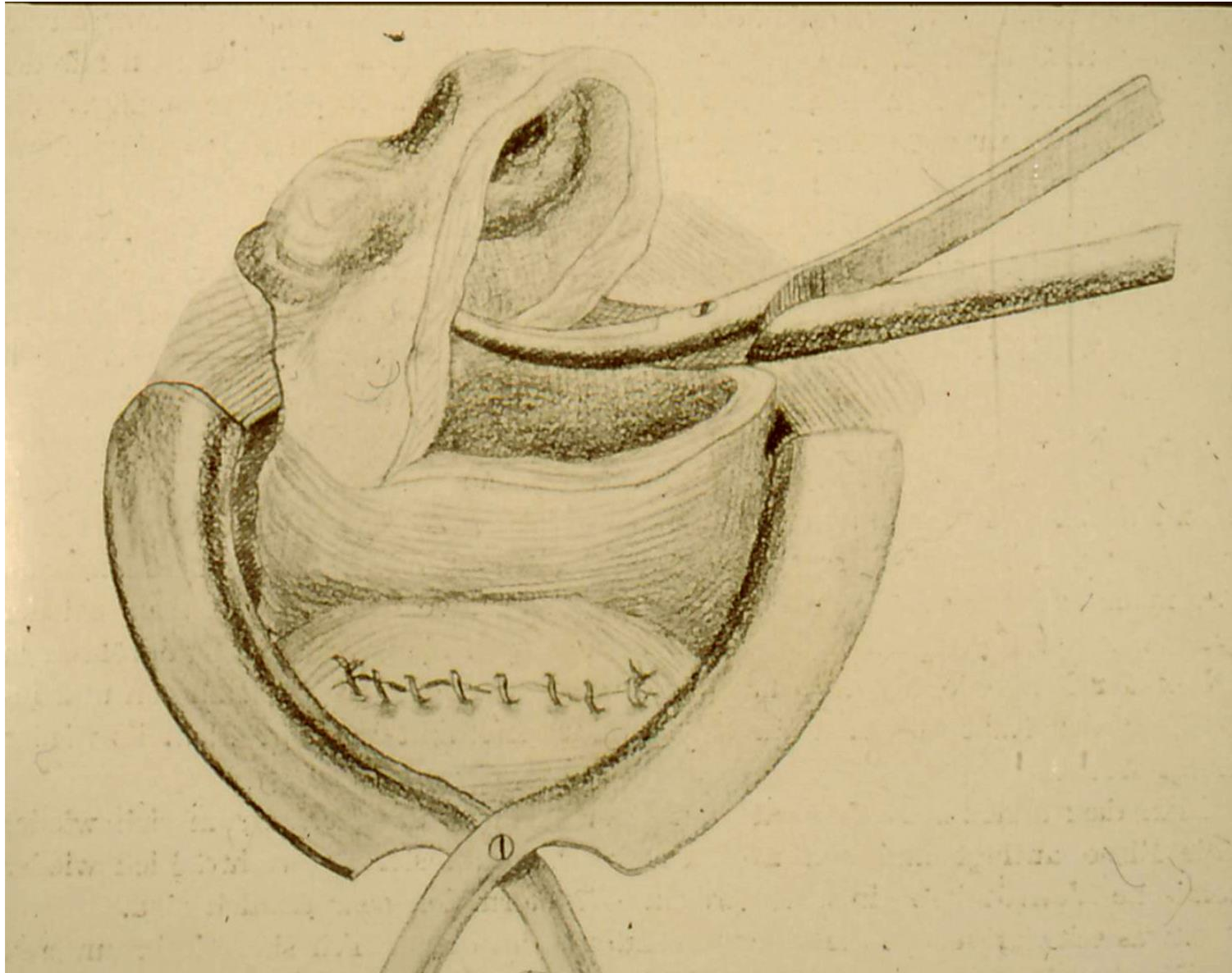
Ludwig Rehn, Chirurg aus Frankfurt/M



... beschreibt 1895 den Blasenkrebs der Anilinarbeiter und lässt keinen Zweifel an dem Zusammenhang zwischen Exposition und Erkrankung



Die Operation eines Anilinkrebses (Rehn 1895)



Sichtbare Gefahren: Rehn ist Außenseiter, heftige Zurückweisung: Befürchtung negativer Auswirkungen auf die chemische Industrie



Medizin geht der Rechtsprechung Jahrzehnte voraus

- **Keine Anerkennung der Kausalität**
- „Kausalität ist ein Herrschaftsinstrument“ Barta
- Die Umsetzung hätte der Wirtschaft in Deutschland einen schweren Schaden zugefügt
- Entwicklung der Chemieindustrie und der technischen Fortschritt wäre behindert worden
- Die Unfallversicherungsträger (Betriebe) wären mit hohen Kosten belastet worden

1918 Schutz der Arbeiter in der Rüstungsproduktion: Meldebogen

VI. Jahrgang]
Februar 1918]

Curschmann, Zur Frage der Meldepflicht von Berufskrankheiten.

23

Entwurf eines Meldebogens^{1) 2)}.

Berufsgenossenschaft: Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie.

Sektion:

Vertrauensmann: Herr Dr.

Betriebsunternehmer
(Name, Stand, Firma, }
Betriebss tz, Ort, }
Straße, Hausnummer): }
..... Genossenschaftskataster
.....
(vgl. Mitgliedschein).

Krankenanzeige bzw. Todesfallanzeige

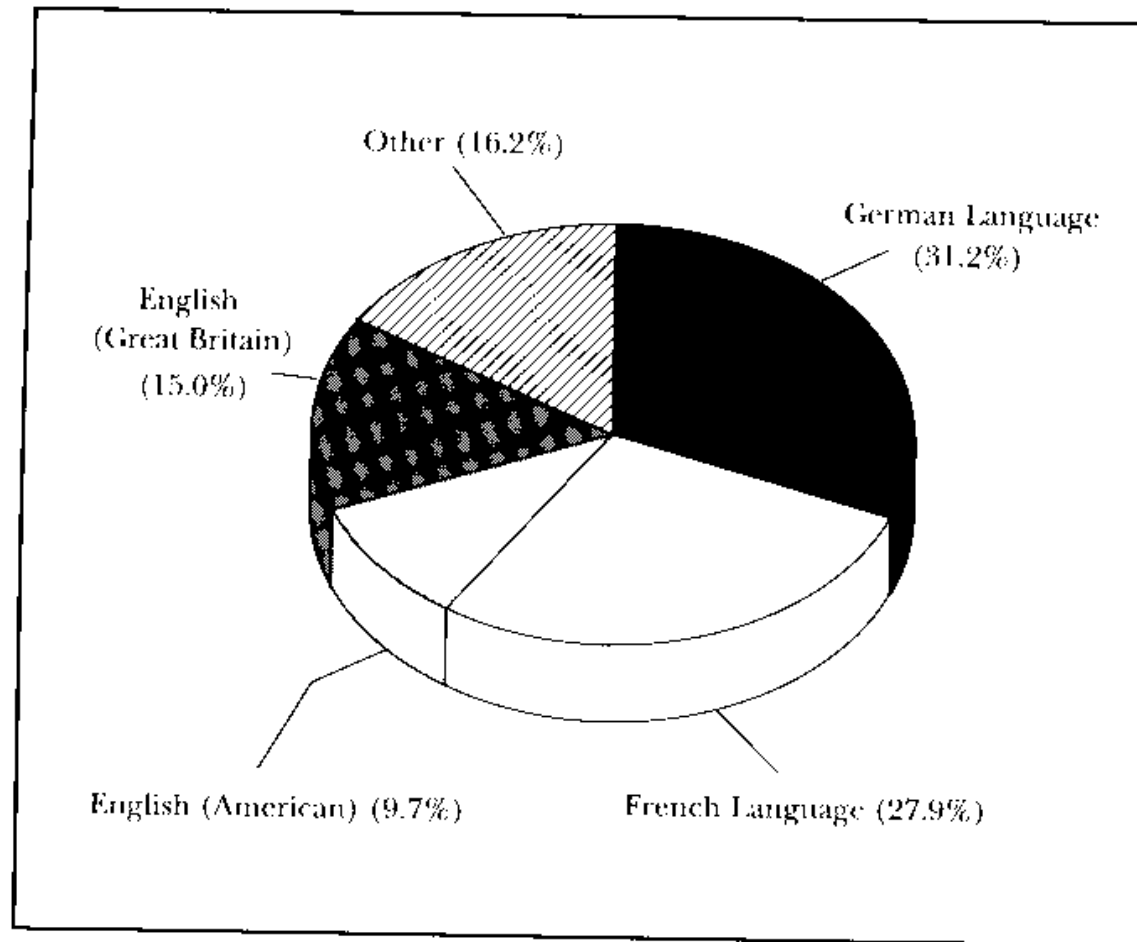
an die Sektion der Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie in
über eine Erkrankung bzw. einen Todesfall, der durch Einwirkung nitrierter aromatischer Kohlen-
wasserstoffe vermutlich oder mit Sicherheit verursacht worden ist.

— Für jede erkrankte oder verstorbene Person ist eine besondere Anzeige auszustellen. —

- | | |
|---|--|
| 1. Wochentag, Datum, Jahr, Stunde der Krank-
meldung bzw. des Todes. | |
| 2. a) Betrieb (z. B. Anilinfabrik).
b) Betriebsteil (z. B. Nitrierung), in dem der
Erkrankte oder Verstorbene beschäftigt war. | |
| 3. a) Vor- (nur Rufname) und Familienname,
Beruf, Wohnort, Wohnung der erkrankten
bzw. verstorbenen Person
bei minderjährigen Personen, auch des Vaters oder
gesetzlichen Vertreters (Mutter, Vormund).
b) Im Betrieb beschäftigt als (Art der Be-
schäftigung, Arbeitsort) | |

Intensive wissenschaftliche Diskussionen: Austausch der Meinungen: Pro und Kontra Arbeitsmedizin 1891-1898

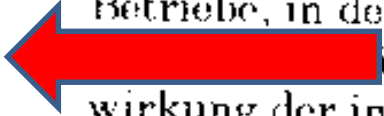
Figure 3. "Hygiene of Occupations," *Index Medicus* listings, 1891-1898



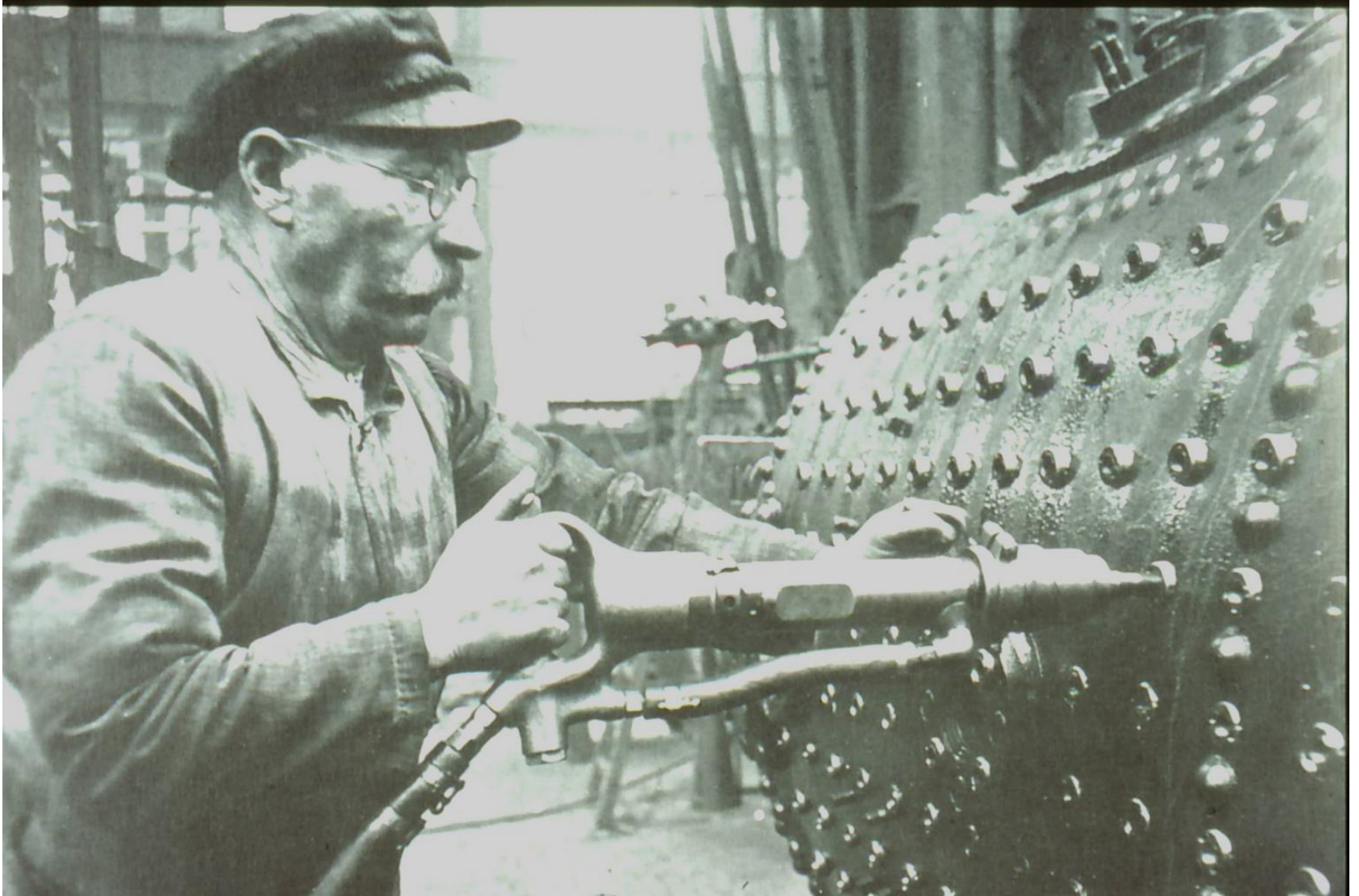
31 Jahre bis zur „Mehrheitsmeinung“

12. Mai 1926: Durchbruch und sozial-politische Pionierleistung: BK-Verordnung

Anlage I

I	II	III
lfd. Nr.	Gewerbliche Berufskrankheit	Betriebe, welche der Versicherung gegen die in Spalte II bezeichneten Krankheiten unterliegen
1	Erkrankungen durch Blei oder seine Verbindungen	Zu lfd. Nr. 1-7:  Betriebe, in denen Versi- gung der Ein- wirkung der in Spalte II bezeichneten Stoffe ausge- setzt sind
2	Erkrankungen durch Phosphor	
3	Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen	
4	Erkrankungen durch Arsen oder seine Verbindungen	
5	Erkrankungen durch Benzol oder seine Homologen, Erkrankungen durch Nitro- und Amidoverbindungen der aromatischen Reihe	
6	Erkrankungen durch Schwefelkohlenstoff	

Pressluftschäden 1929



Einsatz von Pressluft im Bergbau 1929

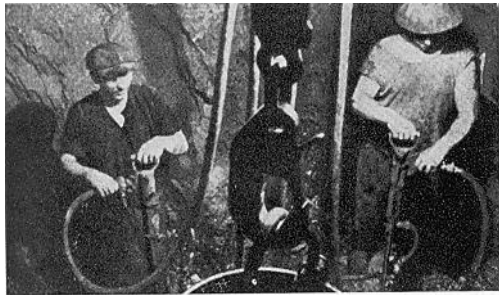


Abb. 15. Bohrarbeit im Gesenk.



Abb. 16. Bohren eines Sohlenschusses.



Abb. 17. Andrücken des Bohrhammers mit dem Oberschenkel.



Abb. 18. Anbringen eines Bohrloches in Schulterhöhe.

Sozialpolitik geht der Begutachtung voraus: Pressluftschaden, früh anerkannt, medizinisch lange umstritten

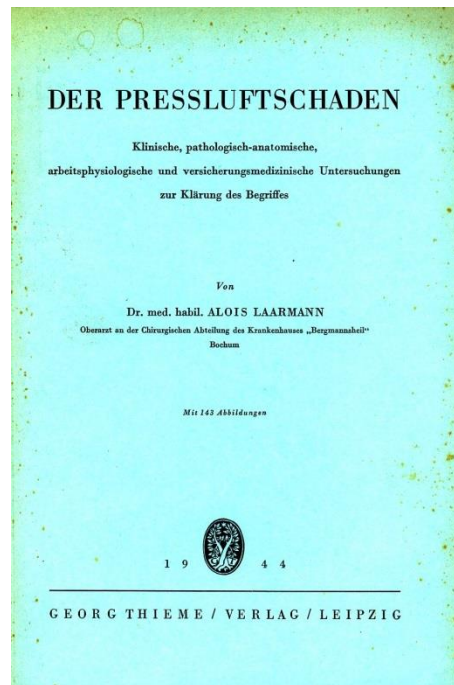
- Verbreitung der Pressluftarbeit: 1913 betrug der Anteil der mit Pressluft geförderten Kohle nur 0,3%, er stieg bis 1929 auf 87,4% an.
- **Minderheitenmeinung:**
- 1926 schilderte Holtzmann eine schwere Erkrankung des Schultergelenkes bei einem Kesselschmied, der 20 Jahre mit Pressluft gearbeitet hatte. Vgl. Laarmann, A.: Der Pressluftschaden. Leipzig 1944, S. 14.
- Die Chirurgen waren eher ablehnend, die Arthrosen der Hand-, Ellenbogen- und der Schultergelenke mit Verformungen der Gelenkflächen, Verkalkungen der Muskel- und Sehnenansätze und der Ausbildung von freien Körpern wurden eher als konstitutionelle Erkrankungen gedeutet

„Zweite Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf die Berufskrankheiten vom 11. Februar 1929“

- Pressluftschäden wurde nach Laarmann nicht wegen der Häufung der Krankheitsfälle in die Berufskrankheitenliste aufgenommen, sondern wegen **der „anfangs rein theoretisch begründeten Erwartung solcher Schädlichkeiten als Folge der heftigen allgemeinen Erschütterung des Körpers“**.
- Die Sozialversicherung wäre „der ärztlichen Erkenntnis vorausgeeilt“, die Medizin hätte sich bemühen müssen, sich „dem fortschrittlichen Stand deutscher Gesetzgebung anzupassen“. Ebenda, S. 12.
- Ebenda, S. 15.

„Sozialpolitik eilt der ärztlichen Erkenntnis voraus“

Kontrollierte Anerkennung



**Paul Rostock (Bochum) bis 1932 in „92% aller
Entschädigungsverfahren“ innerhalb Deutschlands als
Gutachter eingeschaltet**

Vibrationsbedingte Durchblutungsstörungen der Hände (heute BK 2104) nicht in der 2. BK-Verordnung anerkannt

- Einzelmeinung: 1910 von dem Italiener Loriga nervöse Störungen nach Preßluftarbeit beschrieben, weitere Publikationen E. W. Baader und L. Teleky blieben ohne sozialpolitische Resonanz
- Laarmann vermutete das hierfür die schlechten Erfahrungen mit anderen nervösen Störungen in der sozialen Unfallversicherung gewesen sein.
- **Funktionelle Beeinträchtigungen ließen sich „nur außerordentlich schwer durch objektive Untersuchungsverfahren abgrenzen“**

Pressluftschaden

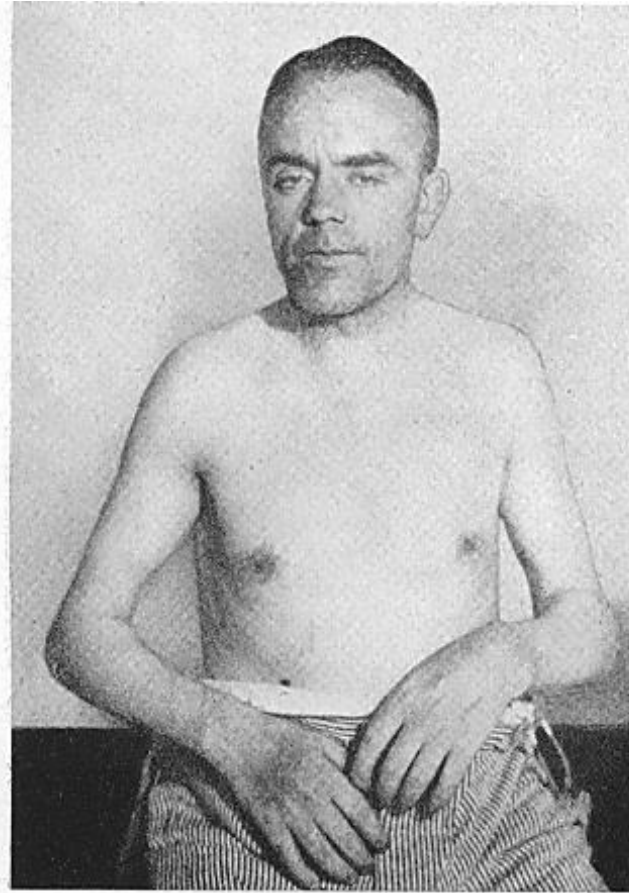


Abb. 99. Typische Beugehaltung der Ellenbogengelenke bei einem Preßluftarbeiter. Sekundäre Muskelatrophie.

Vibrationsbedingte Durchblutungsstörungen der Hände (heute BK 2104) nicht in der 2. BK-Verordnung anerkannt

- Befürchtungen, die Anerkennungen würden ausufern: Laarmann:
- Es „... wurde befürchtet, daß sonst alle möglichen Allgemeinstörungen des Nervensystems, besonders auch solche funktioneller Art auf diese Arbeitsweise bezogen würden und dadurch zu zahlreichen unberechtigten Ansprüchen und aussichtslosen Prozessen nervöser Menschen führen würden, die ihre Nervosität durch alle Instanzen als Berufskrankheit verfechten würden“. Ebenda, S. 15.

5 BK-Verordnung 1952: Erkrankungen der Sehnenscheiden, des Sehnengleitgewebes, sowie der Sehnen- und Muskelansätze (BK 2101)

- **Die Einführung gegen den Widerstand der Ärzteschaft und der Verwaltung**
- Es handle sich um die am weitesten verbreiteten orthopädischen Leiden überhaupt
- Nicht die objektive Schwere und die Dauer der Belastung sei für ihre Auslösung verantwortlich, sondern das Ungewohnte. Am häufigsten seien junge Erwachsene oder Jugendliche betroffen, die eine neue Tätigkeit aufgenommen hatten.
- Die meisten Sehnenscheidenentzündungen seien harmlos
- Mohing, W.: Die chronischen Erkrankungen der Sehnen, Sehnenscheiden und Muskelansätze. Eine Betrachtung zur 5. Berufskrankheitenverordnung. In: Med. Sachverständ. 52 1956, S. 79-85.

Dem Vorordnungsgeber mangelt es an Sachkompetenz (Laarmann)

- Einhellige Ablehnung durch die Mehrheit der medizinischen Gutachter:
- Von den bis 1954 **8288** gestellten Anträgen wurden nur **130** positiv beschieden.
- Paratendinosen: Von 1965-1970 hatte nur jeder Tausendste Antragsteller Erfolg.
- Gegenwart: Anerkennung/Rentenfälle im Promillebereich
- Laarmann, A.: Berufskrankheiten nach mechanischen Einwirkungen. Stuttgart 1977, S. 95.

Werden Erkrankungen der Wirbelsäule und der Bandscheiben durch berufliche Belastungen verursacht (BK 2108)?

Frage ist durch den Verordnungsgeber und die Rechtspraxis entschieden

- Heftige Diskussionen vor den Empfehlung des Sachverständigenbeirats Sektion Berufskrankheiten beim Bundesarbeitsministerium (1982)
- Bis heute persönliche Auseinandersetzungen zwischen den Beteiligten.
- Scheuer 1993 Gutachtenkolloquium 8, S. 47:
- „Unbehagen befällt den Gutachter anlässlich der Problematik berufsbedingter Bandscheibenschäden. Sowohl unterstützende als auch ablehnende Auffassungen lassen sich wissenschaftlich belegen. Beispielweise erwähnt Schlomka, daß Ingenieure häufiger betroffen sind als Transportarbeiter. ... Krämer schreibt, daß eine Häufung von Bandscheibenschäden bei Schwerarbeitern nicht zu verzeichnen ist. ... Zu den Risikofaktoren der Erkrankung zählt die körperliche Anlage, wie die familiäre Häufung, die prädiskotische Deformität, eine niedrige Schmerzschwelle und psychische Fehlreaktionen. ...“

Schädigungen der Rotatorenmanschette

Kriterien für eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur

Quelle: Orthopädie, Mitteilungen 1/04, S. 54. ff

Geschehensabläufe, die **für** eine frische RM-Läsion sprechen

- Schulterluxation
- Exzentrische Belastung vorgespannter RM-Anteile mit unphysiolog. Dehnung der Sehnen

Geschehensabläufe, die **gegen** eine frische RM-Läsion sprechen

- direkte Schulterprellung
- aktive Kraftanstrengung
- Sturz nach vorn oder seitlich auf den ausgestreckten Arm



Angaben in der Vorgeschichte, die **für** eine frische Rotatorenmanschettenläsion sprechen

- keine behandlungsbedürftigen Vorerkrankungen der betroffenen Schulter
- leeres Vorerkrankungsverzeichnis über die letzten 5 Jahre vor dem Unfallereignis

Angaben in der Vorgeschichte, die **gegen** eine frische Rotatorenmanschettenläsion sprechen

- behandlungsbedürftige Vorerkrankungen der betroffenen Schulter innerhalb der letzten 5 Jahre vor dem Unfallereignis

Kriterien für eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur

Klinische Zeichen, die für eine frische RM-Läsion sprechen	Klinische Zeichen, die gegen eine frische RM-Läsion sprechen
- Arbeitseinstellung und Arztbesuch am Unfalltag - sofortiges Schmerzmaximum mit pos. Drop-Arm-Zeichen - langsam abklingende Beschwerden mit persistierendem Kraftdefizit in der aktiven Schulterfunktion	- Arbeitseinstellung und Arztbesuch nach mehreren Tagen - langsam zunehmende Schulterschmerzen - äußerliche Prellmarke auf Schulterhöhe - Muskelatrophie der Fossae supra- und infraspinata zum Unfallzeitpunkt - präexistente Ruptur der langen Bizepssehne

Bildgebende Befunde, die für eine frische RM-Läsion sprechen	Bildgebende Befunde, die gegen eine frische RM-Läsion sprechen
Röntgen: - unauffälliges Röntgenbild Sonographie: - / - Kernspintomographie: - Sehnendefekt ohne Retraktion - Hämarthros/Hämatobursa - Knöcherner Kontusionsherd (bone bruise) im Bereich des Humeruskopfes	- Osteophyten der Akromionunterkante und des Schultergelenkes - Enthesiopathiezeichen im Bereich des Tub. majus (Sklerose, Zysten) - Humeruskopfhochstand; Rotatorenmanschetten-defektarthropathie - intakte Rotatorenmanschette - retrahierter Sehnendefekt u. U. mit fettiger Degeneration der Muskulatur - fehlender Kontusionsherd

Unfall und Rotatorenmanschettenruptur

- Nicht geeigneter Unfallhergang:
- „Sturz auf den nach vorne oder seitlich ausgestreckten Arm ohne gleichzeitige Rotation im Schultergelenk.

Direktes Anpralltrauma der Schulter durch Sturz“

Kursbuch der ärztlichen Begutachtung

weitere Handbücher zur Begutachtung

Folgende Mechanismen gefährden die Rotatorenmanschette nicht:

- Direkte Gewalteinwirkung auf die Schulter
- Sturz auf die ausgestreckte Hand oder den angewinkelten Ellenbogen
- Auffangen einer Last mit gebeugtem Oberarm
- Stauchung des seitlich ausgestreckten oder nach vorn erhobenen Armes (Frontalkollision)
- Koordinierte und kontrollierte muskuläre Anspannung, auch wenn diese plötzlich abverlangt wird

Beikert et al. Die Begutachtung des Rotatorenmanschetten Schadens nach Arbeitsunfällen

- Bei Rugbyspielern ist der Sturz auf den nach vorne gestreckten Arm die häufigste Ursache einer Rotatorenmanschettenläsion
- Mall et al 2013: Sturz auf ausgestreckten Arm häufigste Ursache der Rotatorenmanschettenläsion (akut zu chronisch??)
- Aktives Heben schwerer Lasten als Ursache der Rotatorenmanschettenläsion angegeben



2001: Degenerative Rotatorenmanschettenruptur – eine Berufskrankheit?

- Profs. G. Elsner, A. Seidler, Bolm-Audorff et al. 2001, 2003, 2010, 2011:
- Positive Dosis-Wirkungsbeziehung zwischen Heben und Tragen und Schultererkrankungen:
- Erhöhtes Risiko für eine „Schulter-Sehnen-Rupturen: Tätigkeiten über Schulterniveau, Lastenhandhabung über 20 kg“
- „handgeführte vibrierende Geräte“

2015: Rotatorenmanschettschäden bei Tätigkeiten über der Horizontale

- DGOU: Arbeitsgemeinschaft Sozialmedizin und Begutachtungsfragen
20.10.2015
- Michael Akbar: Veränderungen der Rotatorenmanschette bei paraplegischen Rollstuhlfahrern

- **Ohne sportliche Belastung:** **36%**
- **Sportliche Aktivität** **76%**

2015: Rotatorenmanschettenschäden bei Tätigkeiten über der Horizontale

- DGOU: Arbeitsgemeinschaft Sozialmedizin und Begutachtungsfragen
20.10.2015
- Marcus Loew: Berufliche Überkopfbelastung – eine Risikofaktor für Rotatorenmanschettenläsionen?
- Maler und Gerüstbauer Rhein-Neckar-Kreis mehr als 10 Jahre berufstätig
- Nicht belastete Kontrollgruppe
- Omarthrose, Rotatorenmanschettenrupturen:
- **Teilruptur Ruptur der dominanten Seite: 52% zu 9%**
- **Komplettruptur der dominanten Seite: 10% zu 3%**

Was die Zukunft bringt bleibt offen

- Jahrelanger bis jahrzehntelanger Meinungsbildungsprozess
- Ineinanderfließen gesellschaftlicher Interpretationsprozesse (Forderungen z. B. der Arbeitnehmervertretungen), rechtlicher Wertungen, medizinischer Erkenntnisse
- Abwägung der Kosten – Finanzierbarkeit
- Änderung von Produktionsprozessen und Arbeitsbedingungen

Zur Erinnerung: Rolle des Sachverständigen

- „Gutachter haben die die juristischen Entscheidungsträger bei der Beurteilung einer Beweisfrage **lediglich zu unterstützen**, indem sie die Sachkunde vermitteln, die dem Gericht bei der Erhebung des Beweises fehlt.“
- Brettel, 2014
- **Medizinischer Sachverstand: Prüfung des (Unfall-) Ereignisses und der erhobenen Befunde, physiologischer und unphysiologischer Belastungen, Verlaufs der Erkrankung, der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der medizinischen Interpretation**

Bei kontroversen Beurteilungen

- Wie kann und muss der Gutachter medizinisches Wissen und ärztliche Erfahrung vermitteln, damit der Auftraggeber es für die Rechtsanwendung korrekt heranziehen kann?
- **Grundlage ist eine faktenbezogene Basis**
(handwerklich einwandfreies Gutachten)

Es bleibt immer ein Rest von Unsicherheit

Begrenztes Wissen

Das Wissen von heute ist der Irrtum von morgen

- Was weiß ich?
- Was heißt das?
- Was kann ich aussagen?
- „Wie Richter betätigen sich Sachverständige auf dem ungesicherte **Boden der Wertung** und nicht allein auf dem der gesicherten Wahrheit.“ (Brettel)

Lösungsansatz: Transparenz

- „Anhand des Gutachtens muss transparent werden, wie der medizinische Sachverständige zu seiner medizinischen Beantwortung der Beweisfragen kommt.“
J. Francke, 2011
- „Trotz der gebotenen exakten Feststellung sollte der Sachverständige die bestehenden Unsicherheitsfaktoren/Fehlergrenzen/Toleranzbreiten aufzeigen, wenn sich nicht aus allgemeinen Regeln, z. B. DIN-Normen oder ähnlichem ergeben.“ Becker
- „aus Naturgesetzen ...“ Brettel

Aufgabe des Gutachters: Ungewissheit **reduzieren** - Transparenz ermöglichen

- Aufgabe des Gutachters ist es nicht, Ungewissheit beseitigen, sondern reduzieren und darauf aufmerksam machen (Hofmann-Richter, Handwerk, S. 157)
- Der Leser des Gutachtens muss in die Lage versetzt werden:
 - - den Prozess der Diagnosestellung nachvollziehen zu können
 - - die Aussagen zur Kausalität/Finalität zu verstehen und überprüfen zu können