

DGOU-Geschäftsstelle · Straße des 17. Juni 106-108 · 10623 Berlin

Leiter

Prof. Dr. med. Klaus Dresing
Arzt f. Chirurgie, Unfallchirurgie, Rettungs-
medizin, Handchirurgie, Orthopädie und
Unfallchir., Spezielle Unfallchirurgie
Henri-Dunant-Str. 22
37075 Göttingen
Tel. +49 - (0)551 - 253 33
begutachtung@dgou.de

Stellvertreter

Prof. Dr. med. Marcus Schiltenswolf
Zentrum für Orthopädie, Unfallchirurgie
und Paraplegiologie
Sekt. Konserv. Orthop., Schmerztherapie
Schlierbacher Landstr. 200 a
69118 Heidelberg
Tel. +49 - (0)6221- 562 63 23
Fax +49 - (0)6221- 562 62 30
begutachtung@dgou.de

Heidelberg, den 08.07.2019

Protokoll der**95. Sitzung der Sektion Begutachtung der DGOU am 02.05.2019 ins Baden-Baden****DGOU-Geschäftsstelle**

Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
Tel.: +49 - (0)30 - 340 60 36 00
Fax: +49 - (0)30 - 340 60 36 01
office@dgou.de
www.dgou.de

Aus der Sektion Begutachtung

Die erste Sitzung der neu gegründeten Sektion Begutachtung fand aus Anlass der Tagung der VSOU am 02.05.2019 in Baden-Baden statt.

Gegenstand waren die Versorgungsmedizinischen Grundsätze. Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze sind Verordnungstext des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) und müssen für die Begutachtung der Erkrankungen z.B. der Haltungs- und Bewegungsorgane im Schwerbehinderten- und Sozialen Entschädigungsrecht angewandt werden.

Prof. Dr. Thomann, Frankfurt, gab einen historischen Überblick über die Entwicklung des Schwerbehindertenrechts. Am 20. Mai 1920 wurde das „Krüppelfürsorgegesetz“ erlassen, acht Tage zuvor hatte das preußische Parlament das „Reichsversorgungsgesetz“ verabschiedet. Beide Gesetze prägten die Sozialpolitik für Jahrzehnte und wirken bis heute nach. Die seit 2009 gültige „Versorgungsmedizin-Verordnung“ und die „Versorgungsmedizinischen Grundätze“ gehen auf die vor 100 Jahren verabschiedeten „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit nach dem Reichsversorgungsgesetz“ zurück. Maßeinheit für die Bewertung gesundheitlicher Beeinträchtigungen der Kriegsbeschädigten war die „Erwerbsminderung“ (anfangs EM, später MdE) die in Prozenten angegeben wurde. Das Reichsversorgungsgesetz knüpfte damit an die bewährte Praxis der 1884 begründeten Gesetzlichen Unfallversicherung an, die diesen Begriff zur Messlatte des der Rentenhöhe gemacht hatte.

Das Reichsversorgungsgesetz und die „Anhaltspunkte“ können nicht isoliert gesehen werden. Die Gesetze über die Beschäftigung Schwerbeschädigter von 6. April 1920 und vom 12. Januar 1923 legten die Grundlage für die soziale und berufliche Integration der Schwerbeschädigten mit besonderem Kündigungsschutz, Pflicht der Betriebe, Schwerbeschädigte einzustellen, Möglichkeit der Gleichstellung mit Schwerbeschädigten, Einrichtung der Hauptfürsorgestellen (heute: Integrationsämter).

Unter Druck der Kriegsbeschädigtenverbände wurden im Reichsversorgungsgesetz (RVG) alle Kriegsbeschädigten gleich behandelt unabhängig von Rang, Einkommen oder soziale Stellung. Die Gleichbehandlung aller Beschädigter gilt auch für das 1950 in Kraft getretene Bundesversorgungsgesetz gewesen sein.

Um vergleichbare Beschädigungen nach den gleichen Grundsätzen entschädigen zu können, bedurfte es eines verbindlichen Maßstabs. Die mit dem RVG 1920 veröffentlichten „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit“ (AHP) orientierten sich an den Einschätzungsempfehlungen zur Erwerbsminderung (EM, später MdE) in der gesetzlichen Unfallversicherungen, die sich seit 1884 herausgebildet hatten. Die Höhe der MdE-Werte für Unfallverletzte und Kriegsbeschädigten erwies sich trotz leichter Abweichungen und unterschiedlicher Definitionen ist seit einhundert Jahren als weitgehend stabil. Die verschiedenen Auflagen der AHP von 1920 bis 2009 lassen keine wesentlichen Verschiebungen der MdE-Werte bei orthopädischen Schädigungsfolgen nachweisen. Die individuell unterschiedliche Bewältigung der Behinderungen, erhöhte Anstrengungen zur Kompensation und positive persönliche Kontextfaktoren wurden nicht als Anlass für eine Herabsetzung der MdE-Werte angesehen. So wurde damals wie heute für den vollständigen Armverlust ein Höchstsatz von 80 von Hundert angegeben.

In den AHP 1965 wurde die Bemessung der Entschädigungsgrundlage vom allgemeinen Arbeitsmarkt entkoppelt. 1974 trat das Schwerbehindertengesetz in Kraft und ab 24.7.1986 MdE durch die Bezeichnung Grad der Behinderung (GdB) ersetzt.

Mit der in Kürze in Kraft tretenden „Sechsten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung“ wird künftig auch die Bewertung muskuloskelettaler Beeinträchtigungen der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) angepasst. Statt einer „Knochentaxe“ sind die Feststellung von GdB (Schwerbehindertenrecht) und GdS (Soziales Entschädigungsrecht) künftig die Auswirkungen gesundheitlicher Funktionsstörungen auf die gesellschaftliche Teilhabe zu berücksichtigen.

Frau Dr. Neumann vom BMAS in Bonn sprach über die Gesamtüberarbeitung der Versorgungsmedizinischen Grundsätze seit 2008. Ziel ist die Anpassung an den aktuellen Stand der Medizin. Diese teilhabeorientierte Ausrichtung ist eine Maßnahme des Nationalen Aktionsplans der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Die Überarbeitung richtet sich nach der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation. Das BMAS wird dabei vom unabhängigen Ärztlichen Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin beraten. Diesem Beirat und seinen Arbeitsgruppen gehören ärztliche Expertinnen und Experten deutscher Hochschulen, versorgungsmedizinisch besonders qualifizierte Ärztinnen und Ärzte aus den Ländern sowie von den Behindertenverbänden benannte sachkundige Vertreter an.

Prof. Dr. Schiltewolf, Heidelberg, präsentierte die praktischen Auswirkungen für den orthopädisch-unfallchirurgischen Gutachter. Muskuloskelettale Erkrankungen müssen belegt sein, Grundlage der Teilhabestörung ist aber die belegte Aktivitätsminderung. Zu erwartende Schmerzen sind im GdB enthalten. Es ergeben sich Klassen vergleichbarer Beeinträchtigung in Zehnerschritten von GdB 10 bis GdB 100. GdB 100 entspräche dem Verlust aller Finger oder der medizinische begründeten dauerhaften Rollstuhlpflichtigkeit, GdB 50 dem Verlust der Finger einer Hand oder dem Verlust eines Beines in Kniehöhe. Aktivitätsminderungen dieser Beeinträchtigungsklassen durch Funktionsstörungen der Extremitätengelenken und der Wirbelsäule sind nachvollziehbar beschrieben.

Eine Schulungsveranstaltung zur Begutachtung nach VersMedV wird 2020 in Frankfurt stattfinden.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. M. Schiltewolf