

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung durch einen Arzt verborgen ist.

Dr. med. Werner Beck
Stauffenbergstraße 25
W-7900 Ulm/Donau

5 Forensisch-psychiatrische Begutachtung

Der unter diesem Titel verfaßte Aufsatz bedarf einer wichtigen Ergänzung bezüglich der nicht erwähnten forensisch-psychologischen und der forensisch-psychiatrischen Begutachtung von Straftätern; denn hierzu werden Ärzte als medizinische Sachverständige vom Richter häufig nominiert.

Das Problem der Zuerkennung verminderter oder aufgehobener Schuldfähigkeit:

Durch das 2. Gesetz zur Reform des Strafgesetzes, das am 1. Januar 1975 in Kraft getreten ist, wurden an die Stelle des bisherigen § 51 die neuen §§ 20 und 21 eingeführt. Der alte Begriff „krankhafte Störung der Geistestätigkeit“ des § 51 ist ersetzt worden durch die Formulierung „krankhafte seelische Störung“, die den Ergebnissen der wissenschaftlichen psychiatrischen Erkenntnis entspricht und keinen Zweifel darüber läßt, daß die gesamte Psyche des Menschen und nicht nur seine Verstandestätigkeit gemeint ist.

Unter die Gruppe der „krankhaften seelischen Störungen“ fallen vor allem folgende Erscheinungen:

a) seelische Störungen, die nachweisbar auf organischen Ursachen beruhen, wie zum Beispiel traumatische Psychosen (nach Hirnverletzungen), Vergiftungspsychosen (auch alkoholische und sonstige Rauschzustände), Infektionspsychosen (zum Beispiel progressive Paralyse), hirnorganische Krampfleiden (genuine Epilepsie), hirnorganisch begründeter Persönlichkeitsabbau im Sinne der Demenz, vor allem bei Hirnarteriosklerose und Hirnatrophie;

b) die sogenannten Psychosen, deren körperliche Begründbarkeit

nur postuliert, aber nicht nachgewiesen werden kann, also die seelischen Störungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie und der Zyklothymie.

Besonderheiten bei der Begutachtung von Neurotikern und Psychopathen:

Schwierig wird die Entscheidung bei Neurotikern und Psychopathen, ob eine „schwere andere seelische Abartigkeit“ im Sinne von § 20 StGB vorlag oder fehlte. Hierunter verstehen Witter und Luthe den „Verlust der Ordnung des Erlebniszusammenhanges“ beziehungsweise die „Störung der sinngesetzlichen Ordnung des Erlebens“. Zum Zwecke solch einer Feststellung sei „eine umfassende Analyse der Tatzeitpersönlichkeit mit ihren sozialen Bezügen notwendig“. Es kommt dann vor, daß die einen Gutachter dies bejahen, während andere es verneinen. Abhängig ist dies oft davon, ob Sachverständige tiefenpsychologische beziehungsweise psychoanalytische, existenzanalytische oder medizinisch-anthropologische Gesichtspunkte heranziehen und entsprechend werten. Die daraus abgeleiteten Ergebnisse basieren auf empirisch-wissenschaftlichen Erfahrungen, die allerdings niemals die Zuverlässigkeit von naturwissenschaftlich-medizinischen Aussagen besitzen können. Deshalb ist es möglich, daß verschiedene Gutachter bei der Beurteilung des gleichen Angeklagten zu abweichenden Ergebnissen gelangen. In solchen Fällen kann es erforderlich werden, daß dem Gericht die verschiedenen Lehrmeinungen erläutert werden müssen, damit die vermeintliche Widersprüchlichkeit nicht als solche bestehen bleibt. Unerläßlich sind natürlich die Auswertungen von Laborbefunden einschließlich Elektroenzephalographie, Röntgenuntersuchung und Tomographie sowie psychologische Tests. In den meisten Fällen erscheint auch eine Exploration des Ehepartners oder anderer Verwandter, Bekannter oder Amtspersonen wünschenswert, um Anhaltspunkte für die Beurteilung der Schuldfähigkeit des Angeklagten zu gewinnen. Der Gutachter soll lediglich diagnostisch relevante Fakten und psychopathologische Befunde

feststellen. Er kann zur Frage der Schuldfähigkeit des Angeklagten nur nach seinem eigenen subjektiven Ermessen Stellung nehmen, selbst wenn seine Ansicht bestens fundiert ist.

Begutachtung und Heilbehandlung:

Im StGB und JGG wird dem Gedanken der Besserung und Erziehung große Bedeutung beigemessen; deshalb sollten Sachverständige in ihren Begutachtungen auch auf die Frage der Heilbehandlung im Sinne des § 56 c (3) StGB beziehungsweise des § 10 (2) JGG eingehen. Da es sich bei den Delinquenten in aller Regel um psychische Erkrankungen handelt, gemäß ICD – Nr. 212.2 oder DSM – III ab Code 312.3, haben sie ein Recht auf Therapie. Voraussetzung ist allerdings, daß sie behandlungsbereit sind oder sich zur Therapie motivieren lassen, was im allgemeinen der Fall ist. Die Kosten können von den gesetzlichen und privaten Krankenkassen oder vom Sozialamt beziehungsweise vom Jugendamt übernommen werden, sofern psychische oder somatische Störungen erkennbar sind. Die Behandler müssen Ärzte oder Diplom-Psychologen sein, die die Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder/und Psychoanalyse erworben haben.

Literatur

1. Schumann, H. J. v.: Die Schuldfähigkeit bei Sittlichkeitsdelinquenten vom Standpunkt des Arztes. *Nervenarzt* 1965, S. 264–268
2. Schumann, H. J. v.: Entschuldbare Eigentumsdelikte. Begutachtungen und Heilbehandlungen, 2., neubearbeitete und erweiterte Auflage. Kriminalstatistik Verlag, Heidelberg 1988
3. Witter, H.: Grundriß der Gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie. Berlin, Heidelberg 1970, S. 181
4. Witter, H., Luther, R.: Psychiatrie und Strafrecht. *Med. Welt* 25 (N. F.) (1974) S. 1101–1105

Dr. med. Dr. phil. habil.
Hans-Joachim von Schumann
Arzt für Allgemeinmedizin,
Psychotherapie und Psychoanalyse
Rembrandt-Straße 30
W-4000 Düsseldorf 1



Schlußwort

Die Kollegen Stoßberg und Beck möchten den von mir gebrauchten Begriff der „Krankschreibung“ korrekt durch die „Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung“ ersetzt sehen, wobei natürlich jeder Praktiker weiß, daß diese nicht ohne Bezug auf die jeweilige Berufstätigkeit erteilt werden kann. Daß gelegentlich ein Versicherter zwar erkrankt, aber doch arbeitsfähig ist, berührt die hier nicht zu vertiefende Frage nach Art und Umfang des Begriffs „Krankheit“, der im Gesetz nicht exakt definiert ist.

Der Hinweis von Dr. Grimm auf die heute wie schon zu unseren Studienzeiten angebotenen Vorlesungen über Sozialmedizin und auf vereinzelte Kurse zu dieser Thematik in sozialmedizinischen Akademien ändert leider nichts an der Erfahrungstatsache, daß den praktizierenden Ärzten allgemein viel zu wenig Gelegenheit gegeben ist, sich über aktuelle sozialmedizinische Begriffe und Probleme auf dem laufenden zu halten. Deshalb wollte ich meinen Artikel auch als Aufmunterung für die großen Fachgesellschaften (Internisten, Chirurgen usw.) und für die Veranstalter der großen Fortbildungskongresse (Berlin, Regensburg usw.) verstanden wissen, in ihren Programmen den Fragen der gutachterlichen Praxis wesentlich breiteren Raum zu gewähren.

Dr. K. G. Klein in Münster weist mit Recht darauf hin, daß die „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit“, deren derzeit letzte Ausgabe aus dem Jahr 1983 stammt, in einigen Punkten ergänzungs- und verbesserungsbedürftig sind. Auf Anfrage wurde mir vom zuständigen Referat beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestätigt, daß eine Überarbeitung bereits in Gang ist. Weil dabei jedoch zahlreiche Verbände und Institutionen eingeschaltet sind, die Änderungsvorschläge machen können, ist mit einer Neuausgabe wohl nicht vor 1994 zu rechnen. Davon unabhängig werden allerdings wichtige Änderungen und Ergänzungen der Bewertungsmaßstäbe bereits fortlaufend durch die Sektion für Versorgungsmedizin im

Sachverständigenbeirat beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung veröffentlicht. Außerdem bietet der „Kommentar zu den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit“ von H. H. Rauschelbach und J. Pohlmann in dem von Rohr und Strässer herausgegebenen Handkommentar „Bundesversorgungsrecht mit Verfahrensrecht“, Band IV (Asgard-Verlag St. Augustin), aktuelle Ergänzungen zu Detailfragen. So heißt es beispielsweise (in: A 219, Stand Juli 1989) zur Frage der Arthrosen: „Von der Angabe spezieller GdB/MdE-Anhaltswerte für Arthrosen wurde bei der Erarbeitung der „Anhaltspunkte“ deshalb abgesehen, weil mancher Gutachter dazu neigt, schon aus der Röntgendiagnose „Arthrose“ einen GdB/MdE-Grad abzuleiten... Es sollte deutlich bleiben oder werden, daß bei Beurteilung von der Funktionseinschränkung des Gelenkes auszugehen ist...“

Ähnlich heißt es zur chronischen Polyarthrit: „Der Gutachter wird eher zu sachgerechten Beurteilungen kommen, wenn er bei der GdB/MdE-Bewertung von den Funktionseinbußen in den einzelnen Gelenken ausgeht und gegebenenfalls die Aktivität des Prozesses mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand zusätzlich berücksichtigt.“ Der orthopädische Gutachter kann also nicht auf alle Detailfragen in den „Anhaltspunkten“ eine befriedigende Antwort erwarten, deren Inhalt sich auch nicht als festgefügt, gesetzlich definiertes Regelwerk, sondern als flexibel einsetzbare Bemessungsgrundlage versteht. Schließlich macht aber die Anwendung allgemeiner regelhafter Erfahrungen auf den individuellen Einzelfall erst die Kunst der ärztlichen Begutachtung aus.

Prof. Dr. med. Hans H. Marx
Internist
Robert-Bosch-Straße 6
W-7000 Stuttgart 1

Mycobakterium paratuberculosis bei Morbus Crohn

Seit einigen Jahren wird diskutiert, ob die Enterocolitis regionalis Crohn, nicht zuletzt auch wegen des histologischen Befundes von Epitheloidzellgranulomen, auf ein Mycobakterium zurückzuführen sein könnte. Mycobakterium paratuberculosis ruft bei Tieren eine chronische Enteritis hervor, doch läßt sich dieser Keim nur sehr schwer züchten. Die Autoren griffen deshalb auf die Polymerase-Kettenreaktion zurück. Mycobakterium paratuberculosis konnte bei 26 von 40 Crohn-Patienten (65 Prozent), bei einem von 23 Patienten mit Colitis ulcerosa (4,3 Prozent) und bei 5 von 40 Kontrollpatienten (12,5 Prozent) in Gewebekulturen nachgewiesen werden. Offensichtlich ist Mycobakterium paratuberculosis auch in normaler Kolonschleimhaut prävalent. In einer zweiten Studie wurde der Einsatz von Rifabutin und Ethambutol bei Patienten analysiert, die wegen einer Ileitis terminalis einer operativen Behandlung unterzogen wurden. Trotz Einsatz dieser beiden Tuberkulostatika kam es zu Rezidiven im neoterminalen Ileum. W

Sanderson, J. D., M. T. Moss, M. L. V. Tizard, J. Hermon-Taylor: Mycobacterium paratuberculosis DNA in Crohn's disease tissue. GUT 33: 890-896, 1992

Department of Surgery, St. Georges Hospital Medical School, London

Rutgeerts, P., K. Geboes, G. Vantrappen et al.: Rifabutin and Ethambutol Do not Help Recurrent Crohn's Disease in the Neoterminal Ileum. J. Clin. Gastroenterol 15: 24-28, 1992

Department of Medicine, Surgery and Pathology, University Hospital St. Rafael-Gasthuisberg, Universität Leuven, Belgien