

**Curriculum: „Das ärztliche Gutachten“
Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg – 2004 / 2005**

Thema:

Grundlagen der ärztlichen Begutachtung

Referenten:

Hans-Karl Fligg, Vorsitzender Richter am Landessozialgericht
Dr. med. Manfred Franke, Facharzt für Innere Medizin / Sozialmedizin

Anschrift:

Landessozialgericht Hamburg
Kapstadtring 1
D-22297 Hamburg
Tel.: 040/42863-5872
E-Mail: hans-karl.fligg@lsozg.justiz.hamburg.de
E-Mail: manfred.franke@lva-hamburg.de

Landesversicherungsanstalt
Freie und Hansestadt Hamburg
Friedrich-Ebert-Damm 245
D-22159 Hamburg
Tel.: 040 / 5300-2802

Schlagworte:

Rolle, Aufgaben, Ernennung und Pflichten des Sachverständigen, Grenzen der Gutachtertätigkeit, sachverständiger Zeuge, Aufbau und Gliederung ärztlicher Gutachten

Weiterführende Literatur:

- Ehlers (Hrsg.), Praxis des medizinischen Gutachtens im Prozess, 2. Aufl. 2000
- Hackhausen, Sozialmedizin und ärztliche Begutachtung, ecomed 2003
- Marx, Klepzig, Medizinische Begutachtung innerer Krankheiten, Thieme 1997
- Rompe, Erlenkämper, Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, Thieme 1998
- Venzlaff, Foerster, Psychiatrische Begutachtung, Urban & Fischer 2000

Zusammenfassung:

Das **ärztliche Gutachten** hilft dem Auftraggeber (Behörde, private Versicherung, Gericht) bei der Aufgabe, „darüber eine bindende Feststellung zu treffen, was im jeweiligen Fall als *medizinische Wahrheit* anzusehen ist.“ (Marx). Dabei ist die Betrachtungsweise nicht eindimensional, sondern bio-psycho-sozial (Krankheitsmodell der WHO). Aber: Nicht alles ist messbar und naturwissenschaftlich bestimmbar – dadurch entstehen Ermessensspielräume, die nur durch die *gutachterliche Erfahrung* ausgefüllt werden können.

Im Gerichtsverfahren ist das Gutachten eines von mehreren „Beweismitteln“. Der Richter hat dieses Beweismittel kritisch zu würdigen und zu hinterfragen – Prüfung auf Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit und Widerspruchsfreiheit.

Im Verwaltungsverfahren sind die Leistungsträger verpflichtet, den Sachverhalt von Amts wegen zu prüfen (§ 20 SGB X). Dabei obliegt ihnen dieselbe Sorgfaltspflicht wie den Gerichten. Den Gutachten, die im Verwaltungsverfahren erstellt wurden, kommt dieselbe Funktion zu wie den Gerichtsgutachten vor den Gerichten. Sie sind formal keine „Parteigutachten“.

Der **medizinische Sachverständige** hat die Aufgabe, einen medizinischen Sachverhalt zu ermitteln, zu analysieren und so aufzuarbeiten, dass der Auftraggeber die erforderlichen rechtlichen Schlüsse aus dem Gutachten ziehen kann. Dies erfordert vom Gutachter – neben ständig aktualisierten fundierten Fachkenntnissen des Gebietes, auf welchem er tätig ist, und Kenntnissen der einschlägigen Rechtsvorschriften, Richtlinien, Empfehlungen usw. - vor allem *Unparteilichkeit und Unvoreingenommenheit* (u.a. § 410 ZPO). Außerhalb des medizinischen Rahmens darf er eigenverantwortlich keine Tatsachenfeststellungen treffen. Wenn

medizinische Bewertungen umstritten sind, soll der Gutachter dies offen bekennen, ggf. die alternativen Möglichkeiten aufzeigen und aus seiner fachlichen Sicht diskutieren. Er darf nicht den Eindruck einer hohen Entscheidungssicherheit erwecken, wo diese de facto nicht gegeben ist.

Die **Auswahl des Sachverständigen** trifft im Verwaltungsverfahren grundsätzlich der Leistungsträger (die Behörde), im Gerichtsverfahren der Richter (Ausnahme: § 109 SGG). Entscheidende Auswahlkriterien sind die Fachkunde und die persönliche Eignung des Gutachters.

Der Arzt ist durch seine Approbation „zur Ausübung der medizinischen Wissenschaft bestellt“ und damit grundsätzlich auch *verpflichtet*, im Rahmen seiner Kompetenzen als medizinischer Sachverständiger tätig zu sein (§ 407 ZPO). Die wenigen Ausnahmen sind gesetzlich festgelegt und betreffen in erster Linie die mögliche eigene Befangenheit und die zeitliche Überlastung. Die Weigerung zur Gutachtenerstattung ist ebenso wie das Fristversäumnis strafbewehrt (§§ 409 ff ZPO).

Der **Gutachtenauftrag** richtet sich immer an eine *konkrete Person*. Er enthält eine konkrete Gutachtenfragestellung. Bei streitigen Sachverhalten wird dem Gutachter mitgeteilt, von welchen Anknüpfungstatsachen er auszugehen hat, daran ist er gebunden. Bei Unklarheiten ist der Sachverständige gehalten, beim Auftraggeber nachzufragen. Der Sachverständige ermittelt seinerseits die *Befundtatsachen*, d.h. er trifft diejenigen Tatsachenfeststellungen, die nur er aufgrund seiner Fachkunde treffen kann.

Der Sachverständige hat unverzüglich zu prüfen, ob der Auftrag in sein Fachgebiet fällt und ohne die Hinzuziehung weiterer Sachverständiger erledigt werden kann. Ist das nicht der Fall, so hat der Sachverständige das Gericht (den Auftraggeber) unverzüglich zu verständigen. Der Sachverständige ist nicht befugt, den Auftrag auf einen anderen zu übertragen. Soweit er sich der Mitarbeit einer anderen Person bedient, hat er diese namhaft zu machen und den Umfang ihrer Tätigkeit anzugeben, falls es sich nicht um Hilfsdienste von untergeordneter Bedeutung handelt. (§ 407a ZPO).

Grundregeln der Gutachtenerstellung:

- Unparteilichkeit, größtmögliche Objektivität
- intensives Aktenstudium
- verständliche Ausdrucksweise, Vermeidung unverständlicher Fachausdrücke
- vorbekannte Befundunterlagen, Vorgutachten etc. auswerten
- mitgeteilte Sachverhalte kritisch hinterfragen
- Beschränkung auf das eigene medizinische Fachgebiet, falls notwendig Zusatzgutachten anregen
- keine juristischen Aussagen treffen, juristische Begriffe und Wertungen vermeiden
- sachliches Abwägen des Für und Wider, keine privaten Meinungsäußerungen
- Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründen
- Widersprüche zu Vorgutachten erläutern und auflösen
- sorgfältige Beantwortung der Beweisfragen

**Curriculum: „Das ärztliche Gutachten“
Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg – 2004 /2005**

Thema:

Das ärztliche Gutachten in der gesetzlichen Rentenversicherung

Referent:

Dr. med. Michael Jost, Facharzt für Innere Medizin / Sozialmedizin

Anschrift:

Landesversicherungsanstalt Freie und Hansestadt Hamburg

Friedrich-Ebert-Damm 245

D-22159 Hamburg

Tel.: 040 / 5300-2804

E-Mail: michael.jost@lva-hamburg.de

Schlagworte:

Sozialgesetzbuch VI (SGB VI), Rente wegen voller Erwerbsminderung, Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, positives und negatives Leistungsbild, konkrete Betrachtungsweise des Arbeitsmarktes, Funktionsdiagnosen

Weiterführende Literatur:

- Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 6. Auflage, Springer 2003
- Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung, DRV-Schrift Band 21, www.vdr.de (dort unter Sozialmedizin ⇒ Sozialmedizinische Beurteilung)
- Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen, DRV-Schrift Band 30, www.vdr.de
- Sozialgesetzbuch, www.bfa.de (Nachschlagewerke ⇒ Gesetze)

Zusammenfassung:

Seit dem 1.1.2001 gilt das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Dessen Kernaussagen im **SGB VI (§ 43)** lauten:

- Eine **volle Erwerbsminderungsrente (EM)** erhält derjenige, der **weniger als 3 Stunden täglich** auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein kann.
- Eine **teilweise EM-Rente** erhält, wer **3 bis unter 6 Stunden täglich** arbeiten kann.
- **Keine Rente** erhält, wer noch irgendeine (leichte) Arbeit **6 Stunden und mehr täglich** ausüben kann.

Diese Aussagen dürfen aber nicht „wörtlich“ genommen werden. Durch Nachbesserungen vor der endgültigen Verabschiedung des Gesetzes zum 1.1.2001 ist es zu einzelnen, in ihrer Bedeutung aber sehr weitreichenden, Ausnahmeregelungen gekommen.

Dies führt beispielsweise dazu, dass ein Versicherter trotz 3 bis unter 6stündigem Restleistungsvermögen auch dann eine Rente wegen voller EM erhält, wenn er keinen entsprechenden Teilzeitarbeitsplatz hat, auf den er verwiesen werden könnte. Dies ist fast regelhaft der Fall.

In Ausnahmefällen kann es selbst bei Feststellung einer noch mindestens 6stündigen Leistungsfähigkeit zur einer Rentengewährung wegen voller EM kommen; beispielsweise dann, wenn vom Gutachter ungewöhnlich viele *qualitative* Leistungseinschränkungen formuliert werden oder die „Wegefähigkeit“ aufgehoben ist.

Hintergrund ist die Beibehaltung der konkreten Betrachtungsweise des Arbeitsmarktes und nicht, wie zunächst vorgesehen, die abstrakte Betrachtungsweise. Gibt es also nicht genügend Arbeitsplätze, für die sich der leistungsgeminderte Versicherte bewerben könnte, hat der Rentenversicherungsträger ihm eine Rente zu bezahlen. Dies trifft grundsätzlich für alle Teilzeitarbeitsplätze zu, der Arbeitsmarkt hierfür gilt als verschlossen. Er kann auch als verschlossen gelten bei nur sehr geringem *qualitativem* Restleistungsvermögen trotz vollständig vorhandener *quantitativer* (also mehr als 6stündiger) Leistungsfähigkeit.

Auch bei *aufgehobener Wegefähigkeit* (500 Meter Gehen in max. 20 Minuten) kann es trotz fehlender weiterer gravierender Gesundheitsbeeinträchtigungen zu einer Rentengewährung wegen voller Erwerbsminderung kommen.

Diese Beispiele sollen zeigen, warum vom Gutachter weiterhin eine detaillierte Leistungsbeurteilung erwartet wird. Er soll aus den von ihm erhobenen Befunden medizinisch begründbare und dem Laien nachvollziehbare Rückschlüsse auf das verbliebene individuelle Leistungsvermögen des Antragstellers formulieren und dabei vor allem folgende Fragen beantworten:

- Welche Art von Arbeiten kann der Versicherte noch verrichten ?
- Wie lange (pro Arbeitstag) kann er diese Arbeiten verrichten ?
- Wie muss der Arbeitsplatz gestaltet sein, damit diese Arbeiten im beschriebenen Umfang geleistet werden können ? Welche besonderen Einschränkungen müssen beachtet werden?

Kernpunkt der Begutachtung ist also die Erfassung und sozialmedizinische Bewertung aller relevanten Funktionsbeeinträchtigungen, die sich aus den gesundheitlichen Störungen des Versicherten ergeben. Bei der Diagnoseformulierung ist deshalb nach Möglichkeit auch die damit verbundene Behinderung oder das Ausmaß der Funktionseinschränkung anzugeben.

Anstelle von "Chronischer Bronchitis" sollte die Diagnose daher beispielsweise lauten:

"Mäßige Atemnot bei leichter chronisch obstruktiver Lungenerkrankung".

Anstatt "Zustand nach Herzinfarkt" wäre eine mögliche Diagnose:

"Ungestörte Pumpfunktion des Herzen und keine Angina pectoris bei durchgemachtem Herzinfarkt im Sommer 2002".

Entsprechend den bei der Begutachtung festgestellten Funktionseinschränkungen formuliert der Gutachter dann ein (abstraktes) positives und negatives Leistungsbild, in unserem Beispiel könnte dies (verkürzt) wie folgt aussehen:

"Körperlich mittelschwere Arbeiten ohne Exposition gegenüber Rauch, Staub, Gasen und Dämpfen, 6 Stunden und mehr".

Mit diesen Angaben prüft die Verwaltung - nicht der Gutachter! - ob bei dem Versicherten noch eine hinreichende Leistungsfähigkeit für den Arbeitsmarkt besteht und entscheidet, ob eine Rente zu gewähren ist.

**Curriculum: „Das ärztliche Gutachten“
Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg – 2004 / 2005**

Thema:

Gutachten im Schwerbehindertenrecht, Grad der Behinderung, Merkzeichen

Referent:

Dr. med. Roswitha Funck, Sozialmedizin
Leitende Ärztin Ärztlicher Dienst Abteilung Soziale Entschädigung

Anschrift:

Ärztlicher Dienst Abteilung Soziale Entschädigung
Behörde für Soziales und Familie
Adolph-Schönfelder-Str. 5
22083 Hamburg
Tel.: 040/42863-3250
Email: roswitha.funck@bsf.hamburg.de

Schlagworte:

Schwerbehindertenrecht, SGB IX, Gesundheitsstörung, Behinderung, Schwerbehinderung, Vergünstigungen (Nachteilsausgleiche oder Merkzeichen), Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit in der Ausgabe von 2004, 6-Monats-Frist, Finalität, Kündigungsschutz, Zusatzurlaub, Gleichstellung, Heilungsbewährung

Weiterführende Literatur:

- Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht, Ausgabe 2004, Hrsg.: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
- Kommentar zu den AHP von Rohr und Strässer
- „Leistungen und sonstige Hilfen (Nachteilsausgleiche)“ Hrsg.: Integrationsamt, Behörde für Familie und Soziales
- „Behinderung und Ausweis“ Hrsg.: Integrationsamt, Behörde für Soziales und Familie
- Sozialgesetzbuch IX und X
- Eugen Fritze et al: Die ärztliche Begutachtung. Rechtsfragen, Funktionsprüfungen, Beurteilungen, Beispiele . Steinkopff Verlag (1996)
- Der medizinische Sachverständige (Zeitschrift aus dem Gentner-Verlag), erscheint ¼-jährlich

Zusammenfassung:

Das Schwerbehindertengesetz ist 1974 in Kraft getreten, ab 01.07.2001 ist es in das Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ integriert. Es gibt keine Altersgrenze für die Antragstellung, der Beruf findet bei der Begutachtung keine Berücksichtigung.

Eine Behinderung wird nur auf Antrag festgestellt. Bei Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von 20 - 40 besteht eine Behinderung, bei Feststellung eines GdB von 50 – 100 liegt eine Schwerbehinderung vor.

Neben dem Grad der Behinderung können auch Nachteilsausgleiche (Merkzeichen G, B, aG, RF, H, GL) vergeben werden. Diese bestehen in:

- Ermäßigung bei der Einkommens- und Lohnsteuer (ab GdB = 30)

- Freifahrt, Ermäßigung der Kraftfahrzeugsteuer, Behindertenparkplatz
- Ermäßigung Rundfunk und Fernsehen
- Blindengeld
- usw.

Für Arbeitnehmer (Schwerbehinderte) gibt es besondere Schutzvorschriften:

- Beschäftigungspflicht seitens der Arbeitgeber
- Kündigungsschutz
- Zusatzurlaub von 5 Tagen

Entscheidend bei der Beurteilung des Grades der Behinderung ist die Auswirkung einer Behinderung auf alle Lebensbereiche. Anerkannt werden Funktionsstörungen, die mehr als 6 Monate bestehen. Aus den Einzel-GdB-Werten für die einzelnen Gesundheitsstörungen ergibt sich der Gesamt-Grad der Behinderung. Nachteilsausgleiche sind entweder an die Behinderung gebunden (z.B. Sehbehinderung mit GdB = 70 bekommt Merkzeichen G, B und RF) oder werden individuell vergeben, wenn die Voraussetzungen für die Zuerkennung vorliegen.

Die Bewertung des Gesamt-Grades der Behinderung erfolgt in Analogie zu festgesetzten Behinderungsgraden (z.B. Verlust eines Beines im Unterschenkel = GdB 50).

Eine Heilungsbewährung wird gewährt bei Krankheiten, bei denen eine Heilung oder Besserung möglich ist, bei denen die gesamte Lebensführung beeinträchtigt ist und die zu Rezidiven neigen. Der GdB liegt in der Regel über dem Organverlust, die Heilungsbewährung beträgt zwischen 2 und 5 Jahren.

Gleichstellung (mit Schwerbehinderten) beim Arbeitsamt ist möglich bei GdB ab 30, wenn der Arbeitsplatz aufgrund der Behinderung gefährdet ist oder ohne Gleichstellung keine Arbeit gefunden werden kann. Der Zusatzurlaub entfällt dann.

**Curriculum: „Das ärztliche Gutachten“
Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg – 2004 / 2005**

Thema:

Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung

Referent:

Jürgen Grabenkamp, LVA Hamburg, Reha-Strategie und Steuerung

Anschrift:

Landesversicherungsanstalt Freie und Hansestadt Hamburg

Friedrich-Ebert-Damm 245

22159 Hamburg

Tel.: 040 / 5300-2190

E-Mail: Juergen.Grabenkamp@LVA-Hamburg.de

Schlagworte:

Sozialgesetzbuch VI (SGB VI), Sozialgesetzbuch IX (SGB IX), Rehabilitationsträger, Aufgabe der Rehabilitation, Leistungsarten der Rehabilitation, stufenweise Wiedereingliederung, Zuständigkeitsregelungen, Fristen, Rehabilitationsbedarf, Zugangsvoraussetzungen, Servicestellen

Weiterführende Literatur:

- Sozialgesetzbuch IX
- Rehabilitation Behinderter. Schädigung – Diagnostik – Therapie – Nachsorge. Hrsg.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Deutscher Ärzteverlag 2005 (Neuausgabe)

Zusammenfassung:

Bis zum In-Kraft-Treten des SGB IX wurde trotz der Regelungen im Reha-Angleichungsgesetz bzw. in den Sozialgesetzbüchern die mangelnde Transparenz des Zuganges zur Rehabilitation bemängelt. Das Nebeneinander der möglichen Zuständigkeit von Kranken-, Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung war für Außenstehende schwer durchschaubar. Daher wurde bereits frühzeitig über ein Gesetz zur Vereinfachung und Zusammenfassung des Rechts der Rehabilitation in einem Gesetzbuch nachgedacht. Dieses Sozialgesetzbuch IX ist am 01.07.2001 in Kraft getreten. Der erste Entwurf datiert vom 30.06.1993.

Im SGB IX wurden verschiedene Leistungen, die bisher in mehreren Gesetzen unterschiedlich geregelt wurden, nunmehr zusammengefasst und das Leistungsspektrum insgesamt vereinheitlicht. Nach den Zielvorstellungen des SGB IX richten sich die Zuständigkeit und Leistungsvoraussetzungen weiterhin nach den für den jeweiligen Reha-Träger geltenden speziellen Rechtsvorschriften. Hinsichtlich Art, Umfang und Ausführung der Leistungen gilt das SGB IX jedoch bereichsübergreifend einheitlich für alle Reha-Träger. Somit sind für die Gewährung von Reha-Leistungen durch die gesetzliche Rentenversicherung das SGB VI und das SGB IX die maßgeblichen Rechtsvorschriften.

Die bisherigen Begriffe „Leistungen zur Rehabilitation und „Berufsfördernde Leistungen“ wurden ersetzt durch „Leistungen zur Teilhabe“ und „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“. Der Begriff „Medizinische Leistungen“ ist erhalten geblieben.

In § 14 SGB IX wurde durch den Gesetzgeber die schon immer geforderte Transparenz des Zuganges zur Rehabilitation umgesetzt. § 14 SGB IX beinhaltet:

- Klare Zuständigkeitsregelungen

- Vorgegebene Bearbeitungsfristen
- Auswahl des Gutachters durch Antragsteller
- Garantie der Barrierefreiheit
- Prüfung des umfassenden Rehabilitationsbedarfs
- Erstellte Gutachten sind hinsichtlich der Aussagen zum Rehabilitationsbedarf für alle Reha-Träger verbindlich.

Die in § 14 SGB IX genannten Fristen usw. werden durch die Rehabilitationsträger dem zuständigen Bundesministerium regelmäßig gemeldet.

Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe sind

- Beseitigung der gesundheitlichen Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit
- Wiedereingliederung in das Erwerbsleben
- Verhinderung des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben

nach dem Prinzip „Rehabilitation vor Sozialleistung“.

Durch die Rentenversicherung werden „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“, „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ sowie „Sonstige Leistungen“ erbracht. Die Durchführung erfolgt in stationärer und ambulanter Form. Durch § 28 SGB IX wurde erstmalig für den Bereich der Rentenversicherung die stufenweise Wiedereingliederung im Gesetz verankert.

Leistungen zur Teilhabe durch die Rentenversicherung können nur erbracht werden, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (§ 11 SGB VI) und persönlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB VI) erfüllt sind. Außerdem dürfen keine Ausschlussgründe nach § 12 SGB VI vorliegen.

Mit In-Kraft-Treten des SGB XI wurde die Einrichtungen von „Gemeinsamen Servicestellen“ durch die Rehabilitationsträger gesetzlich vorgeschrieben. Diese haben u.a. die Aufgabe, konkret im Einzelfall

- den Bedarf von Leistungen zur Teilhabe festzustellen
- die Zuständigkeit zu klären
- zu ermitteln, von wem die Leistung durchgeführt wird
- wann und wo die Leistung stattfindet.

Auch während der Durchführung einer Leistung zur Teilhabe besteht der Anspruch auf umfassende Beratung durch die Servicestelle.

**Curriculum: „Das ärztliche Gutachten“
Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg – 2004 / 2005**

Thema:

Das Gutachten in der Privatversicherung

Referent:

Christian Völckers, Rechtsanwalt

Anschrift:

Borgweg 15a

22303 Hamburg

Tel: (040) 279 55 05

Fax: (040) 279 55 08

E-Mail: Dr.Kirsten.pp@ios.de

Weiterführende Literatur:

- Der Unfallmann von Günter Mollowitz, Begutachtung der Folgen von Arbeitsunfällen, privaten Unfällen und Berufskrankheiten
- Prölss/Martin, VVG-Kommentar 27. Auflage 2004, Verlag C.H.Beck
- Wolfgang Grimm, AUB-Kommentar 3. Auflage 2000, Verlag C.H.Beck
- Lehmann/Ludolph, Die Invalidität in der privaten Unfallversicherung, Rechtsgrundlagen und medizinische Begutachtung. Verlag Versicherungswirtschaft 2004

Stichwortverzeichnis:

I. Lebensversicherung

a) Vertragsabschluss

b) Anzeigepflicht, § 16 VVG

c) Gefahrumstände

d) Rücktritt, § 17 VVG

- erheblicher Umstand verschwiegen
- Kenntnis, mangelndes Verschulden
- Leistung trotz Rücktritt, § 21 VVG

e) Anfechtung

f) Beweislast

g) Suizid

- Selbstmord
- ein die freie Willensbestimmung ausschließender krankhafter Zustand der Geistestätigkeit

II. Krankenversicherung

a) Krankenkosten- und Krankentagegeldversicherung

- - medizinisch notwendige Heilbehandlung
- - das notwendige Maß
- - keine Leistung bei Kur-Sanatorium oder Reha-Maßnahmen
- - Abgrenzung Krankenhaus-Kur-Sanatorium

b) Tagegeldversicherung

- vollständige Arbeitsunfähigkeit „in keinster Weise ausüben können“

III. Unfallversicherung

a) Unfallbegriff

- plötzlich
- von außen / innerkörperlicher Vorgang
- unfreiwillig / Selbstverstümmelung

b) Ausschlüsse

- Bewusstseinsstörungen
- Infektionen
- Straftaten
- psychische Reaktionen
- Bandscheibenschäden

c) Anspruchsvoraussetzungen/ Kürzungen

- dauernde Invalidität
- Vorinvalidität
- Mitwirkung von Vorerkrankungen

d) Gliedertaxe

IV. Gerichtsverfahren

V. Der Gutachter im Gerichtstermin

Zusammenfassung:

Wir unterscheiden zwischen dem außergerichtlichen Gutachten für den Versicherer und dem gerichtlichen Gutachten für die Zivilgerichte. Das außergerichtliche Gutachten dient in der Regulierung der Schadensfälle, kann aber auch als Parteivortrag im Prozess eingeführt und vom Gericht verwertet werden. Es kann sogar Grundlage eines Urteils sein, wenn es vollständig, nachvollziehbar, schlüssig und verständlich ist (vgl. OLG Köln, Urteil vom 22.03.2000 Versicherungsrecht 2001, 755, 756).

Das gerichtliche Sachverständigengutachten ergeht aufgrund eines Beweisbeschlusses. Dieser ist genau zu studieren, ob hier für den Gutachter klare Fragen formuliert sind. Bei Unklarheiten sollte regelmäßig Nachfrage gehalten werden. Wichtig ist ferner, dass der Gut-

achter genau weiß, welche Versicherungsbedingungen dem Fall zugrunde liegen. Auch hier sollte im Zweifel Nachfrage gehalten werden.

Der gerichtliche Sachverständige wird in der Regel von der zuständigen Ärztekammer benannt, sofern das Gericht dort eine Anfrage startet. Im außergerichtlichen Fall wird der Gutachter häufig der behandelnde Krankenhausarzt, ein Gutachteninstitut oder ein anderer Gutachter beauftragt.

Der ärztliche Gutachter muss auf dem privatversicherungsrechtlichen Gebiet die Bemessungsgrundlagen des privaten Versicherers beachten. Die MdE oder GdB spielen keine Rolle. Werden Begriffe des gesetzlichen Versicherers genannt, muss davon ausgegangen werden, dass unangenehme Nachfragen erfolgen.

Abschließend sollte der ärztliche Gutachter aber auch versuchen, die entsprechende versicherungsrechtliche Literatur zu verwenden. Die wichtigsten Quellen sind oben benannt.

Sofern der Gutachter zur Erläuterung seines Gutachtens zu einem Gerichtstermin geladen wird, so steht dort nichts Negatives zu befürchten. In der Regel erhält der Gutachter die Einwendungen der/einer Partei vorab schriftlich zur Kenntnis. Es werden Fragen gestellt, die möglichst mit einfachen Worten beantwortet werden sollen. Auch sollte nur der Gutachter zum Termin erscheinen, der das Gutachten auch erstellt hat.

**Curriculum: „Das ärztliche Gutachten“
Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg – 2004 / 2005**

Thema:

Gutachten im Sozialen Entschädigungsrecht

Referent:

Dr. med. Roswitha Funck, Sozialmedizin
Leitende Ärztin des Ärztlichen Dienstes Abteilung Soziale Entschädigung

Anschrift:

Ärztlicher Dienst Abteilung Soziale Entschädigung
Behörde für Soziales und Familie
Adolph-Schönfelder-Str.5
22083 Hamburg
Tel.:42863-3250
E-Mail: roswitha.funck@bsf.hamburg.de

Schlagworte:

Soziales Entschädigungsrecht, Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstversorgungsgesetz, Infektionsschutzgesetz, Häftlingshilfegesetz, Strafrehabilitationsgesetz, schädigendes Ereignis, Schädigung, Gesundheitsstörung, Kausalität, Kannversorgung, Tod als Schädigungsfolge, Anerkennung im Sinne der Entstehung oder der Verschlimmerung, Vorschaden, Nachschaden, Folgeschaden, berufliche Betroffenheit, Kapitalabfindung.

Weiterführende Literatur:

- Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht, Ausgabe 2004, Hrsg.: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
- Kommentar zu den AHP von Rohr und Strässer
- Eugen Fritze et al: Die ärztliche Begutachtung. Rechtsfragen, Funktionsprüfungen, Beurteilungen, Beispiele . Steinkopff Verlag (1996)
- Der medizinische Sachverständige (Zeitschrift aus dem Gentner-Verlag), erscheint ¼-jährlich

Zusammenfassung:

Die Versorgungsämter leisten Entschädigung und/oder Heil-und Krankenbehandlung nach dem Sozialen Entschädigungsrecht.

Dazu gehören:

- Kriegsoffer nach dem Bundesversorgungsgesetz (**BVG**)
- Opfer von Gewalt nach dem Opferentschädigungsgesetz (**OEG**)
- Soldaten der Bundeswehr und Zivildienstgeschädigte nach dem Soldatenversorgungsgesetz (**SVG**) und dem Zivildienstgesetz (**ZDG**)
- Opfer von DDR-Gewalt nach dem Häftlingshilfegesetz (**HHG**) und nach dem Strafrehabilitierungsgesetz (**StrRehag**)
- Impfpfopfer nach dem Infektionsschutzgesetz (**IfSG**)

Die Gutachten, die nach dem SER und den sogenannten Anhangsgesetzen erstellt werden, sind **Kausalitätsgutachten**.

Zur Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs müssen die Fakten voll bewiesen sein.

Dazu gehören:

- der schädigende Vorgang oder Ereignis
- die gesundheitliche Schädigung
- die Gesundheitsstörung

Zwischen dem schädigenden Vorgang und der Gesundheitsstörung muss eine nicht unterbrochene Kausalkette bestehen, die mit den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und den ärztlichen Erkenntnissen in Einklang stehen muss. Die Angaben müssen belegt sein oder so glaubhaft gemacht werden, dass der Arzt zu der Überzeugung kommt, dass es nur so und nicht anders gewesen sein kann. Dass eine Gesundheitsstörung Folge der Schädigung ist, dafür genügt versorgungsrechtlich die **Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs**. Die Wahrscheinlichkeit ist gegeben, wenn nach der geltenden medizinischen Lehrmeinung mehr für als gegen den ursächlichen Zusammenhang spricht. Grundlage müssen die wissenschaftlichen Erkenntnisse über Ätiologie und Pathogenese sein, die subjektive Lehrmeinung eines einzelnen Arztes ist nicht entscheidend. Ein großer zeitlicher Abstand lässt den Kausalzusammenhang unwahrscheinlich erscheinen. Die Tatsache, dass z.B. ein Soldat während des Wehrdienstes erkrankt, erklärt nicht den Kausalzusammenhang

Kannversorgung: Nach § 1 Abs.3 Satz 2 BVG kann eine Gesundheitsstörung anerkannt werden, wenn die zur Anerkennung erforderliche Wahrscheinlichkeit nur deshalb nicht gegeben ist, weil die Ursache unbekannt ist,

Dazu gehören z.B. Malignome, Multiple Sklerose, Colitis ulcerosa, Schizophrene Psychosen

Man unterscheidet zwischen:

- Anerkennung im Sinne der Entstehung
- Anerkennung im Sinne der Verschlimmerung

Bei einer Verschlimmerung im medizinischen Sinne nach § 48 Abs.1 kommt es zu einer Zunahme des Krankheitswertes.

Fehlen einer fachgerechten Behandlung kann auch zur Anerkennung von Schädigungsfolgen führen, auch wenn der Kausalzusammenhang zwischen schädigendem Ereignis und Schädigung nicht gegeben ist.

Vorschaden: schädigungsunabhängige Gesundheitsstörung, die bei der Schädigung bereits bestanden hat.

Nachsaden: Gesundheitsstörung, die zeitlich nach der Schädigung aufgetreten ist und in keinem Zusammenhang mit ihr steht.

Folgeschaden: tritt infolge einer Schädigung z.B. an einem anderen Organ auf.

Besonderes berufliches Betroffensein: Nach § 30 Abs.2 BVG ist die MdE höher zu bewerten, wenn der Geschädigte seinen ausgeübten Beruf nicht mehr ausüben kann oder an seinem berufl.Aufstieg gehindert wird.

Neben der Bemessung der MdE spielen auch die Begriffe Schwerstbeschädigtenzulage und Pflegezulage eine große Rolle im SER.

Kapitalabfindung: können Beschädigte oder Witwen erhalten, wenn nicht wahrscheinlich ist, dass innerhalb eines 5-10j.Abfindungszeitraumes die Rente durch Ableben wegfallen wird.

**Curriculum: „Das ärztliche Gutachten“
Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg – 2004 / 2005**

Thema:

Grundlagen des Arzthaftungsrechts

Referent:

Rechtsanwalt Dr. Horst Bonvie
Colonnaden 72
20354 Hamburg
Telefon: 040/3553 720
Telefax: 040/3571 1048
E-Mail: rabonviepp@aol.com

Schlagworte:

Rechtliche Grundlage der Arzthaftung, Behandlungs- und Diagnosefehler, Organisationsverschulden, Aufklärungsfehler, Beweislast bei den einzelnen Fehlerarten, Risikomanagement, Verhalten im Haftpflichtfall

Weiterführende Literatur:

- Bergmann, Die Arzthaftung, 2. Auflage, Springer-Verlag 2003.
- Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, 3. Auflage, Seite 435 ff., Seite 496 ff., Seite 921 ff., Seite 958 ff., Seite 979 ff., Seite 997 ff.

Zusammenfassung:

Die zunehmende Belastung der ärztlichen Tätigkeit mit Haftpflichtrisiken beruht auf unterschiedlichen Entwicklungen:

- Die Möglichkeiten der Medizin haben sich in den vergangenen Jahrzehnten erweitert. Wer sich der Behandlung von Krankheiten widmet, die bislang nicht therapierbar waren, erweitert zugleich die Gefahren schädlicher Nebenfolgen.
- Der demographische Wandel hat dazu geführt, daß zunehmend ältere Patienten die Behandlung des Arztes suchen und sich die Risiken ärztlicher Tätigkeit aufgrund altersbedingter Mortalität erhöhen.
- Immer weniger Patienten sind bereit hinzunehmen, daß die fehlgeschlagene Behandlung in ihrem Fall ein nicht mehr aufzuhaltender schicksalsmäßiger Verlauf war.
- Der Arzt muß nicht nur bei der Behandlung die medizinischen Standards beachten, sondern dem Patienten auch vor der Behandlung über mögliche Risiken der Behandlung aufklären.

Im Laufe der Zeit haben sich typische Fehlerquellen ärztlichen Handelns herausgebildet.

Behandlungs- und Diagnosefehler

Ein Behandlungsfehler liegt vor, wenn die ärztliche Behandlung fehlgeschlagen ist und hierbei ärztliche Standards verletzt wurden. Von einem Diagnosefehler spricht man, wenn die erforderliche Diagnostik ganz oder teilweise unterlassen wurde oder aus den erhobenen Befunden falsche Schlußfolgerungen gezogen wurden.

Aufklärungsfehler

Ein Aufklärungsfehler liegt vor, wenn der Arzt den Patienten nicht bzw. nicht vollständig über die Risiken der ärztlichen Behandlung oder über die nach der ärztlichen Behandlung zu beachtenden Verhaltensmaßregeln aufgeklärt hat.

Überwachungs- und Kontrollfehler

Von Überwachungs- und Kontrollfehlern spricht man, wenn der Arzt es unterläßt, nach durchgeführter ärztlicher Behandlung den Patienten zur notwendigen Kontrolle wiederzube- stellen.

Übernahmefehler

Von einem Übernahmefehler ist die Rede, wenn die Arzt insbesondere der noch in der Wei- terbildung befindliche Arzt, eine ärztliche Verrichtung durchführt, zu der er aufgrund seiner bisherigen fachlichen Aus- und Weiterbildung objektiv noch nicht in der Lage ist oder dies hätte erkennen müssen.

Organisationsfehler

Ein Organisationsfehler liegt vor, wenn Fehler in der ärztlichen Arbeitsteilung eintreten, zum Beispiel wichtige Befunde aufgrund unzureichender ärztlicher Kommunikation von einem Arzt dem anderen Arzt nicht mitgeteilt werden oder aufgrund fehlender Abklärung der Zu- ständigkeiten zwischen Fachgebieten therapeutische Maßnahmen unterbleiben.

Der Patient, der einen **Schadensersatzanspruch** geltend machen will, hat in der Regel nur begrenzten Einblick in das Tun des Arztes. Häufig steht der Patient vor der Schwierigkeit, daß Zwischenfälle, die auf den ersten Blick auf ärztliches Fehlverhalten hindeuten, infolge der Unberechenbarkeit des lebenden Organismus auch schicksalhaft eintreten können. Nach dieser Eigentümlichkeit des ärztlichen Handelns ergibt sich, daß weder aus dem medi- zinischen Zwischenfall als solchem noch aus einem therapeutischen Mißerfolg zugleich auf ein pflichtwidriges Verhalten des Arztes geschlossen werden kann. Vielmehr muß ein sol- ches pflichtwidriges Verhalten des Arztes, das heißt ein Verstoß gegen die ärztlichen Stan- dards, im Einzelfall nachgewiesen werden. Über die Haftung des Arztes entscheidet daher häufig das Gutachten eines Fachkollegen bzw. die Antwort der Rechtsordnung auf die Fra- ge, wer die Beweislast für einen bestimmten Geschehensablauf zu tragen hat. So ist der Patient beweispflichtig dafür, daß das Handeln/Unterlassen des Arztes eine Gesundheitsver- letzung des Patienten zur Folge hatte. Kann der Patient nicht nachweisen, daß das Han- deln/Unterlassen des Patienten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die Ge- sundheitsverletzung zur Folge hatte, so besteht kein Haftungsanspruch des Patienten.

Die Rechtsprechung hat diese Beweislastverteilung in einer Reihe von Fällen durchbrochen. So kehrt sich die Beweislast zu Ungunsten des Arztes um, wenn die Dokumentation des Arz- tes unvollständig ist oder der Arzt grob fahrlässig gegen anerkannte Standards seines Fachs verstoßen hat. Im Fall der Verletzung der Aufklärungspflichten durch den Arzt hat der Arzt zu beweisen, daß er ordnungsgemäß aufgeklärt hat. Nur dann, wenn er ordnungsgemäß aufge- klärt hat, konnte der Patient wirksam in die Behandlungsmaßnahme einwilligen. Fehlt aber diese Einwilligung wegen unterlassener oder unzureichender Aufklärung, so haftet der Arzt auch für Schäden, die schicksalhaft entstanden sind.

Eine ausführliche Fassung des Referats finden Sie unter www.sozialmediziner.de zum Download.

**Curriculum: „Das ärztliche Gutachten“
Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg – 2004 / 2005**

Thema:

Gesetzliche Krankenversicherung

Referentin:

Dr. med. Nina Sonntag, Fachärztin für Innere Medizin / Sozialmedizin

Anschrift:

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Hamburg

Hammerbrookstr. 5

20097 Hamburg

Tel.: 040- 251 69 230

Fax: 040- 251 69 239

E-Mail: nina.sonntag@mdkhh.de

Schlagworte:

Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V), Aufgaben des MDK, Leistungsanspruch bei Arbeitsunfähigkeit, dieselbe Krankheit, hinzugetretene Krankheit, Definition der Arbeitsunfähigkeit nach Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien, Anforderungsprofil, Prävention von Langzeit-Arbeitsunfähigkeit, Stufenweise Wiedereingliederung, Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe

Weiterführende Literatur:

- Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien, Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung; Inkrafttreten am 1. 1. 2004.
- Richtlinie nach § 282 Satz 3 SGB V : Anleitung zur Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit (ABBA 2004)
- Studienheft für die MDK-Gemeinschaft des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) „Arbeitsunfähigkeit“, Autoren: Dr. Nina Sonntag und Dr. Heiko Waechter

Zusammenfassung:**Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V),****Begutachtung im Auftrag der GKV:**

Im SGB V sind die Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in § 275 (Begutachtung und Beratung) festgeschrieben. Dort heißt es: Die Krankenkassen sind verpflichtet *in den gesetzlich bestimmten Fällen* (§ 275 SGB V) den MDK mit Begutachtung beauftragen. Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben *nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen*. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen.

Welche gesetzlichen Vorschriften muss der Gutachter beachten?

SGB V, BSG- Rechtsprechung, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (GemBA), Richtlinien nach § 283 Abs.2 (verbindlich für Krankenkasse und MDK), Bundesmantelverträge (BMV- Ärzte/ Ärzte und Ersatzkassen verbindliche für Vertragsärzten und Krankenkassen), Vereinbarungen und Rahmenempfehlungen zwischen unterschiedlichen Leistungsträgern z. B. GKV und RV, GKV und BAfA.

Voraussetzungen für Leistungen durch die GKV regeln grundsätzlich die §§ 2, 12 SGB V. Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im SGB V genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Es gibt acht Kassenarten und 346 Krankenkassen (Stand: 2004), die bundesweit oder regional organisiert sind.

Leistungsbeurteilungen bei Arbeitsunfähigkeit (AU)

Das SGB V kennt keine Teil- Arbeitsunfähigkeit (3 Stunden, 6 Stunden). Bei der Begutachtung von AU geht es um die Beurteilung von Leistungsfähigkeit bzw. von Leistungsminde- rung in Bezug auf das berufliche Anforderungsprofil. Es ist nicht zwingend, das gesamte Leistungsvermögen des Versicherten zu erfassen. Darin liegt der wesentliche Unterschied zu Gutachten anderer Leistungsträger. AU hat immer eine berufliche und eine medizinische Komponente. Nach den AU- Richtlinien¹ gilt für Bezieher von Leistungen der AfA (Arbeitslose), dass sie nur dann arbeitsunfähig sind, wenn sie leichte Tätigkeiten an mindestens 15 Wochenstunden nicht verrichten können. Da der sozialmedizinische Beweis der stundenweisen Belastbarkeit schwierig ist, übersetzt der MDK die leistungsrechtliche Aussage *belastbar für weniger als 15 Wochenstunden* in die sozialmedizinische Aussage: *ein aufgehobenes Leistungsvermögen*. Das Leistungsvermögen kann demnach *vorübergehend*, z. B. bei einer akuten Krankheit (Infektionskrankheit, Unterarmfraktur), bei einer Exacerbation / akute Verschlimmerung von chronischen Erkrankungen (akuter Schub bei Rheuma oder MS) oder *auf Dauer* aufgehoben sein. Besteht krankheitsbedingt ein *aufgehobenes Leistungsvermögen auf Dauer*, kann von einer Minderung der Erwerbsfähigkeit ausgegangen werden.

Stufenweise Wiedereingliederung (§ 74 SGB V und § 28 SGB IX)

Bei wochen- oder monatelang fortbestehender AU kann eine Rückkehr an den Arbeitsplatz bei weiterhin notwendiger Behandlung angezeigt sein. Über den Weg der „stufenweisen Wiedereingliederung“ wird der Arbeitnehmer individuell schonend, aber kontinuierlich *bei fortbestehender AU*, an die Belastungen seines Arbeitsplatzes herangeführt. Das kann stundenweise oder tageweise erfolgen. Es gibt keine Vorschrift, welche die Stundenzahl bzw. Dauer der Wiedereingliederungsmaßnahme vorschreibt. Der Versicherte muss dem zustimmen. Die stufenweise Wiedereingliederung ist gem. § 28 SGB IX auch von den übrigen Rehabilitationsträgern, z. B. Renten- und Unfallversicherungsträger, im Rahmen der medizinischen Rehabilitation durchzuführen. Stufenweise Wiedereingliederung kommt bei Arbeitslosen nicht in Betracht.

Leistungsbeurteilung bei Rehabilitationsbedarf nach SGB V

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können von der gesetzlichen Krankenversicherung nach §§ 40 und 41 SGB V erbracht werden. Reichen die therapeutischen Möglichkeiten im Rahmen der vertragsärztlichen Betreuung zur Verminderung von Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen [ICF: Beeinträchtigungen und Beeinträchtigungen der Teilhabe] nicht aus, so ist die Notwendigkeit von Rehabilitationsleistungen zu prüfen. Hier muss beachtet werden, dass bei „erheblicher Gefährdung“ oder gar bereits vorhandener „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ die Rentenversicherung vorrangig zuständig ist (§ 40 Abs. 4 SGB V und § 51 Abs. 1 SGB V). Eine Rehabilitationsleistung ist nur dann indiziert, wenn die individuelle Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose festgestellt bzw. eingeschätzt wurden und ein realistisches Rehabilitationsziel formuliert werden konnte.

¹ Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung vom 01.12.2003; in Kraft ab 01.01.2004.

**Curriculum: „Das ärztliche Gutachten“
Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg – 2004 / 2005**

Thema:

Die Rechtsgrundlagen der Gewährung von Leistungen und die damit verbundene spezielle Begutachtung in der privaten Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherung

Referent:

Rechtsanwalt Nicolaus Kirsten

Anschrift:

Rechtsanwälte
Dr. Kirsten, Dr. Sielck, Völckers, Kirsten,
Borgweg 15a,
22303 Hamburg
Telefon: 040/2795505
E-Mail: Dr.Kirsten.pp@ios.de

Schlagworte:

Allgemeines zur privaten Berufsunfähigkeits(Zusatz)Versicherung, berufsbezogene sowie gesundheitliche Voraussetzungen leistungs-pflichtiger Berufsunfähigkeit, vermutete Berufsunfähigkeit, die Verweisung des Versicherten auf einen anderen Beruf

Weiterführende Literatur

- Benkel/Hirschberg, Berufsunfähigkeits- und Lebensversicherung, ALB- und BUZ-Kommentar, München 1990,
- Prölss/Martin, Versicherungsvertragsgesetz, VVG-Kommentar, 27. Aufl., München 2004
- Richter, Berufsunfähigkeits-Versicherung, Karlsruhe 1994
- Voit, Berufsunfähigkeits-Versicherung, München 1994.

Zusammenfassung:

Im Folgenden werden die maßgebenden und hier erörterten Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) wiedergegeben:

§ 1 Gegenstand der Versicherung

(1) Wird der Versicherte während der Dauer dieser Zusatzversicherung zu mindestens 50% berufsunfähig, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

§ 2 Begriff der Berufsunfähigkeit

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich dauernd außerstande ist, seinen Beruf oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht.

(2) Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die in Abs. 1 genannten Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grad voraussichtlich dauernd erfüllt sind.

(3) Ist der Versicherte sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen, seinen Beruf oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.

(4) Scheidet der Versicherte aus dem Berufsleben aus, und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, so kommt es bei der Anwendung der Ziff. 1-3 darauf an, daß er außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht.

Von dem Sachverständigen ist bei der Begutachtung insbesondere folgendes zu beachten:

Dem Sachverständigen obliegt die Aufgabe, die Krankheit, die Körperverletzung oder den Kräfteverfall des Versicherten festzustellen und ihre voraussichtlich dauernden Auswirkungen auf den Beruf oder die Verweisungstätigkeit zu beurteilen.

Dem Sachverständigen sind dabei die Feststellung des Berufsbildes mit seinen konkreten Tätigkeiten vorzugeben. Ohne Vorgabe der vom Versicherten zuletzt konkret ausgeübten Berufstätigkeit nach Art, Umfang und Häufigkeit der für ihn anfallenden Leistungen ist die medizinische Begutachtung nicht zu verwerten. Entsprechend ist dem Sachverständigen auch die Ausgestaltung der in Betracht kommenden Verweisungsberufe im einzelnen aufzuzeigen.

Der Sachverständige hat anhand objektivierbarer Befunde unter Zugrundelegung der im einzelnen anfallenden Teiltätigkeiten der zu beurteilenden beruflichen Tätigkeit eine Einschätzung des Grades einer Berufsunfähigkeit (unter Würdigung des weggefallenen Leistungsvermögens vom vorhandenen Restleistungsvermögen) vorzunehmen.

Bei der Begutachtung hat der Sachverständige jedoch stets zu beachten, daß die zu beurteilende Berufsunfähigkeit im Privatversicherungsrecht einen eigenständigen juristischen Begriff darstellt und beispielsweise nicht mit Erwerbsminderung im Sozialversicherungsrecht gleichzusetzen ist.

**Curriculum: „Das ärztliche Gutachten“
Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg – 2004 / 2005**

Thema:

Begutachtung der Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)

Referent:

Dr. med. Detlef Kühn, Facharzt für Allgemeinmedizin / Sozialmedizin

Anschrift:

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Hamburg
Abteilung Pflege
Hammerbrookstraße 5
20097 Hamburg
Tel: 040 / 25169 – 410

Schlagworte:

SGB XI / SGB V, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK), Begriff der Pflegebedürftigkeit, Pflegestufenmodell, Formen der Hilfe, Zeitorientierungswerte, Leistungen, Begutachtungsverfahren, Gutachtenformular, Begutachtung im Ausland, Pflegeleistungsergänzungsgesetz

Weiterführende Literatur:

- Taschenatlas zur Pflegeversicherung, Kühn / Werner, 2. Auflage 2003
ISBN 3 – 537 – 79050 – 3
- Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Herausgeber: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Essen, Tel.: 0201 / 83270

Zusammenfassung:

Nach etwa 20-jährigen vorbereitenden Untersuchungen und Planungen trat in Deutschland das Pflegeversicherungsgesetz gemäß SGB XI zum 01.01.1995 im ambulanten Bereich und zum 01.07.1996 im stationären Bereich in Kraft.

Die Pflegeversicherung ist konzipiert als Pflichtversicherung sowohl für gesetzlich Krankenversicherte als auch für Privatversicherte. Die Aufgaben werden von der jeweils zuständigen Krankenkasse wahrgenommen.

Die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wurde dem MDK übertragen. Dieser ist die Nachfolgeorganisation des Vertrauensärztlichen Dienstes und wurde als Körperschaft des öffentlichen Rechts in den alten Bundesländern und als eingetragener Verein in den neuen Bundesländern mit dem Gesundheitsreformgesetz 1989 gegründet.

Die Pflegebedürftigkeit wurde im § 14 SGB XI folgendermaßen definiert:

Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer (mindestens 6 Monate) in erheblichem Ausmaß der Hilfe bedürfen.

Im Gesetz wurden 15 gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität abschließend definiert. Nur der Hilfebedarf bei diesen Verrichtungen kann bei der Einstufung berücksichtigt werden. Nicht anrechenbar ist der Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und die psychosoziale Betreuung. Hinzu kommt jedoch der Hilfebedarf bei den hauswirtschaftlichen Verrichtungen.

Es sind drei Pflegestufen vorgesehen sowie ein sog. Härtefall. Für die Anerkennung der einzelnen Stufen müssen jeweils sowohl inhaltliche als auch zeitliche Voraussetzungen erfüllt sein. Ausschlaggebend sind nicht die zugrundeliegenden Erkrankungen wie z.B. Demenz oder Krebserkrankungen, sondern der daraus resultierende Hilfebedarf in der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Für die **Pflegestufe I** ist der Hilfebedarf mindestens einmal täglich bei mindestens zwei Verrichtungen von mindestens 46 Min. Dauer aus einem oder mehreren Bereichen der Körperpflege, Ernährung oder der Mobilität erforderlich und zusätzlich ein Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung von 45 Minuten (=1,5Std).

Die Voraussetzungen für die **Pflegestufe II** sind ein Hilfebedarf mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten und in verschiedenen Bereichen von mindestens zwei Stunden Dauer und zusätzlich 60 Minuten für die hauswirtschaftliche Versorgung (=3.0Std).

Für die **Pflegestufe III** muss ein Hilfebedarf rund um die Uhr (auch nachts von 22.00 – 06.00 Uhr) von mindestens vier Stunden Dauer vorliegen und zusätzlich bei der hauswirtschaftlichen Versorgung von 60 Minuten(=5.0Std.).

Ein über die Pflegestufe III hinausgehender Hilfebedarf mit einem Grundpflegeaufwand von mindestens sieben Stunden (davon 2. Std. in der Nacht) wird als Härtefall bezeichnet. Dieser ist auch anzuerkennen, wenn die Hilfeleistungen nachts überwiegend von zwei Pflegepersonen erbracht werden müssen.

Leistungen aus der Pflegeversicherung werden nur auf Antrag gewährt. Er muss bei der zuständigen Pflegekasse eingereicht werden.

Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist im § 18 SGB XI festgelegt. Die Pflegekassen müssen durch den MDK prüfen lassen, ob die Voraussetzung für die Anerkennung einer Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe ggf. vorliegt.

Der MDK hat den Antragsteller in seinem Wohnbereich (Häuslichkeit oder Pflegeheim) zu untersuchen. Eine Beurteilung nach Aktenlage darf nur in Ausnahmefällen vorgenommen werden, z.B. nach Eintritt des Todes vor Durchführung der Begutachtung oder wegen der Dringlichkeit beim Umzug aus einem Krankenhaus in eine Pflegeheim.

Die Beurteilung hat auf der Basis der Begutachtungsrichtlinien vom 21.03.1997 in der jeweils gültigen Fassung zu erfolgen. Es wurden Zeitorientierungswerte vorgegeben für die Dauer der vollständigen Übernahme der Verrichtungen aus dem Grundpflegebereich. Auch die Anleitung, Beaufsichtigung, Unterstützung und teilweise Übernahme kann berücksichtigt werden.

Im Gutachten ist auch dazu Stellung zu nehmen, ob die Pflegebedürftigkeit ggf. durch Reha-Maßnahmen gebessert oder vermieden werden könnte. Kostenträger für Reha-Maßnahmen ist die zuständige Krankenkasse. Auch zur Pflegehilfsmittel-/ Hilfsmittelversorgung und diagnostischen bzw. therapeutischen Defiziten sind Aussagen gefordert.

Die Pflegekasse erteilt dem Antragsteller auf der Grundlage des MDK – Gutachtens einen schriftlichen Bescheid. Ein Abweichen von der vom MDK vorgeschlagenen Pflegestufe ist grundsätzlich möglich. Ist der Vers. mit dem Ergebnis der Begutachtung nicht zufrieden, so kann er oder der gesetzliche Betreuer innerhalb von 4 Wochen bei der zuständigen Pflegekasse entweder mündlich oder schriftlich, mit oder ohne Begründung Widerspruch einlegen.

Auch bei Demenzkranken kann für die Einstufung nur der Hilfebedarf bei den gesetzlich definierten Verrichtungen, nicht aber der allgemeine Beaufsichtigungsbedarf angerechnet werden. Demenzkranke sind in allen Pflegestufen in einem hohen Prozentsatz vertreten. Zum 01.01.2002 wurde das Pflegeleistungsergänzungsgesetz verabschiedet. Durch zusätzliche Leistungen soll die Situation demenzkranker Menschen, die zu Hause leben und ihrer Angehörigen, gebessert werden. Sofern ein erheblicher allgemeiner Beaufsichtigungsbedarf bei der Begutachtung festgestellt wird, kann dem Versicherten ein Betrag von 460 Euro pro Jahr von der Pflegekasse zur Verfügung gestellt werden.

Die Pflegeversicherungsleistungen werden von den Kassen entsprechend der festgestellten Pflegestufe und der beantragten Leistung vom Beginn der Antragstellung rückwirkend gezahlt.

Erfolgt die Versorgung durch Angehörige oder Bekannte kann der Versicherte Geldleistung beziehen. Bei Sach- und Kombinationsleistungen können Versicherte Pflegedienste in Anspruch nehmen, die von den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Sozialhilfeträger zugelassen sind. Eine Liste der Pflegedienste ist bei der zuständigen Pflegekasse erhältlich (Preisvergleichsliste). Der Pflegedienst muss mit dem Pflegebedürftigen einen Pflegevertrag abschließen, in dem der Umfang der Leistungen vereinbart wird.

Aus der Pflegeversicherung werden auch Pflegehilfsmittel und technische Hilfsmittel sowie Zuschüsse für Kosten zur Verbesserung des Wohnumfeldes finanziert. Es ist keine Verordnung des Hausarztes notwendig, nur für Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung.

Bei Verhinderung der Pflegeperson ist ein Aufenthalt in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung bis zu einem jährlichen Höchstbetrag möglich. Insbesondere demenzkranke Menschen können zusätzlich in Tages- oder Nachtpflegeeinrichtungen betreut werden.

Pflegepersonen können Pflegekurse und Leistungen zur sozialen Sicherung (Rentenversicherung) erhalten und sind zusätzlich bei Unfällen auf dem Weg zur Pflege oder bei der Pflege berufsgenossenschaftlich versichert.

**Curriculum: „Das ärztliche Gutachten“
Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg – 2004 / 2005**

Thema:

Freie Gutachten

Referent:

Dr. med. Joachim Winkelmann, Arzt für Innere Medizin, Arzt für Arbeitsmedizin.

Anschrift:

Polostraße 1
22609 Hamburg
Telefon 040 82 41 86
Telefax 040 82 27 96 80
E-Mail: joachim.winkelmann@dgn.de

Schlagworte:

Arbeitsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit; Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit nach langer Berufspause; Leistungsminderung; Reduzierung oder Ausdehnung der Arbeitszeit; Kündigung des Arbeitsverhältnisses wegen Krankheit, langer oder häufiger Fehlzeiten; Prognose bestehender Leistungsminderung.

Weiterführende Literatur:

- „Justizvergütungs- & Entschädigungsgesetz“, Deutsches Ärzteblatt 101 / 24; 11.Juni 2004
- Berufsordnung für die deutschen Ärzte - § 16 "Ausstellung von Gutachten und Zeugnissen"
- Zivilprozeßordnung §§ 407–408 Pflicht zur Erstattung des Gutachtens; Verweigerung.
- "Festlegung ist häufig nicht möglich" Deutsches Ärzteblatt 100 / 10; 7. März 2003
- "Arztbriefe; Ende gut – Epikrise gut" Deutsches Ärzteblatt 96 / 45; 12. November 1999
- "Nie verheilte Wunden ..." Hamburger Ärzteblatt 12 / 1995
- "Entschädigungspraxis bei DDR Häftlingen" Deutsches Ärzteblatt 96 / 10: 12.März 1999
- "Bei Diagnose historisch denken" Deutsches Ärzteblatt 101/ 27. Juli & 42; 15.Okt.2004
- "Datenschutz und ärztliche Gutachten" Zbl. Arbeitsmedizin 40 (1990) 39-42
- "Die ärztliche Schweigepflicht" Ärzteblatt Sachsen 9 / 2003

Zusammenfassung:

Arbeitsmedizinische Sachverständigengutachten für verschiedene Amtsgerichte / Familiengerichte, das Arbeitsgericht Hamburg, das Oberlandesgericht Hamburg und für Versicherungen.

Bei den **Familiengerichten** soll in Scheidungsverfahren, in denen um den Unterhalt für einen der Ehegatten bzw. gemeinsame Kinder gestritten wird, Beweis erhoben werden über die Behauptung einer der streitenden Parteien, der / die Betroffene sei aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage, einer Berufs- und Erwerbstätigkeit nachzugehen; bzw. nicht in der Lage vollschichtig zu arbeiten.

Bei Gutachten für das **Arbeitsgericht** soll z.B. Beweis erhoben werden, ob am Tag der Kündigung Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit bestanden hat; oder ob in Zukunft mit langen

oder häufigen krankheitsbedingten Ausfallzeiten zu rechnen ist. Kenntnis / Besichtigung des Arbeitsplatzes ist erforderlich.

Bei **Gutachten für Versicherungen** sind z. B. Fragen der Berufsunfähigkeit oder einer Entschädigung nach Unfallverletzung zu klären.

Der Referent berichtet über das Procedere, das sich im Umgang mit Betroffenen und Gerichten bewährt hat, von der Einladung (nicht Vorladung !) der Betroffenen bis zur Beantwortung der gestellten Frage unter wörtlicher Verwendung des Fragetextes.

Anschließend wird über die Abrechnung mit den Kostenstellen der Gerichte berichtet.

Freie Gutachten, allgemeine Vorschläge

- Gutachten so zeitnah wie irgend möglich bearbeiten. Es hängen nicht nur Gerichtstermine, sondern Schicksale von den Gutachten ab. Nicht nur die Qualität des Gutachtens, auch die Bearbeitungszeit beeinflusst Auftraggeber bei der Vergabe weiterer Gutachtaufträge.
- Unklare oder mißverständliche Aufträge vom Gericht durch persönliche Rückfrage präzisieren lassen.
- Ausreichend Zeit für die Exploration ansetzen (2 bis 3 Std.) Die Betroffenen ausreden und erzählen lassen. Durch harmlose Bemerkungen über Tagesgeschehen o. ä. und evtl. ein Glas Tee oder ein anderes Getränk eine entspannte Atmosphäre schaffen. Oft haben die Betroffenen erstmals Gelegenheit sich auszusprechen und angehört zu werden.
- Besonders bei älteren Betroffenen an die Möglichkeit denken, daß Erlebnisse aus Kindheit und Jugend, aus Krieg, Umsiedlung, Vertreibung und Haft noch nie wirklich angesprochen, geschweige denn aufgearbeitet wurden. Nicht nur bei ausländischen Migrantenan Folgen von Verfolgungen denken. Ehemalige Bewohner der sog. DDR können für erlittenes Unrecht und Verfolgungen oft keine Beweise vorlegen.
- Angaben der Betroffenen zur Anamnese nicht in den Konjunktiv setzen, sondern als gegeben hinnehmen, chronologisch aufführen, in der Diskussion mit eigenen Befunden und den Fremdbefunden vergleichen und dann bewerten.
- Unnötige Labor- und Medizintechnik-Untersuchungen vermeiden. Für notwendige aufwendige Untersuchung oder Zusatzbegutachtung beim Gericht die Zusage einholen.
- Die Gerichtssprache ist Deutsch. Medizinische Fachausdrücke, die nicht in den täglichen Sprachgebrauch eingegangen sind, evtl. in Klammern ins Deutsche übertragen. Unverständliche Abkürzungen vermeiden; Begriffe ausschreiben! Kurze Sätze ohne überflüssige Füllwörter und Floskeln schreiben.
- Um den Text unabhängig von der Gerichtsakte verständlich zu halten, nicht "der Beklagte" oder "die Klägerin" verwenden, sondern stets den Namen, Herr XXX, Frau YYY.
- Empfohlener Schrifttyp: Arial 12 , 1 ½ Zeilen Abstand, 2 cm Rand links, 3cm Rand rechts. Breiterer Rand und größerer Zeilenabstand wirken als "Seitenfüller". Nicht oder nur z.B. bei Namen den Schrifttyp wechseln und nicht unnötig fett oder kursiv drucken, evtl. beim Wiedergeben "wörtlicher Rede". Die Aussage muß dem Leser oder Hörer des Textes ohne Fett- oder Kursiv-Druck und ohne Unterstreichungen verständlich sein.
- Abschließend zu einem eigenen Urteil kommen; die Frage des Gerichts unter Verwendung des Fragetextes beantworten oder erklären, daß eine eindeutige Antwort nicht möglich ist.

**Curriculum: „Das ärztliche Gutachten“
Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg – 2004 / 2005**

Thema:

Ärztliche Gutachten im Beamtenrecht

Referenten:

Dr. med. Michael Michalik, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie / Sozialmedizin

Dr. med. Egbert Stephan, Facharzt für Orthopädie / Sozialmedizin

Anschrift:

Personalärztlicher Dienst, Personalamt, Freie und Hansestadt Hamburg,

Alter Steinweg 4, 20459 Hamburg

E-Mail: Michael.Michalik@personalamt.hamburg.de

E-Mail: Egbert.Stephan@personalamt.hamburg.de

Schlagworte:

Gesundheitliche Eignung, Beihilfen, Heilfürsorge, Dienstunfallfürsorge, Diensterleichterungen, Dienstfähigkeit/Dienstunfähigkeit, Reaktivierung.

Weiterführende Literatur:

- Hamburgisches Beamtengesetz (HmbBG)
- Bundesbeamtengesetz (BBG)
- Beamtenrahmengesetz (BBRG)
- Zeitschrift: Recht im Amt.

Zusammenfassung:

Die Begutachtung von Beamten erfolgt in Hamburg nach Maßgabe des Dienstherrn durch benannte Ärzte des Personalärztlichen Dienstes (PÄD), sonst durch Gesundheitsämter oder bei Klageverfahren (Verwaltungsgerichte!) durch freie Gutachter.

Der Beamte verrichtet Dienst in seinem Amt. Er ist im Krankheitsfall also nicht arbeitsunfähig, sondern dienstunfähig krank. Der Beamte darf (auch im Krankheitsfalle) nicht ohne Genehmigung seines Dienstvorgesetzten dem Dienst fernbleiben (§ 77 HmbBG).

Vor Eintritt in den Dienst als Beamter muss die gesundheitliche Eignung nachgewiesen werden. Dazu dient in Hamburg eine personalärztliche Begutachtung (sonst bei Gesundheitsämtern). Für die Feststellung der Nichteignung reicht schon das Vorliegen einer körperlichen Veranlagung aus, bei der die *Möglichkeit einer häufigeren Erkrankungen oder das Eintreten dauernder Dienstunfähigkeit schon vor dem Erreichen der Altersgrenze nicht mit einem hohen Grad an Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann.* (BVerwG am 17.5.1962).

Der Prognosezeitraum reicht bis zur Altersgrenze von 65 Jahren (Polizei und Strafvollzug 60 Jahre). Bei schwerbehinderten Menschen wird auf 10 Jahre verkürzt. Für die Polizei (auch für den Strafvollzug) gelten die gesundheitlichen Vorschriften nach Polizei-dienstvorschrift (PDV 300), für die Feuerwehr nach Feuerwehrdienstvorschrift (FwDV 300).

Bei Erkrankung erhalten Polizei- und Feuerwehrbeamte *freie Heilfürsorge*. Die anderen Beamten erhalten *Beihilfen*. Es handelt sich meist um 50 % der Kosten für *Aufwendungen die dem Grunde nach notwendig und soweit in der Höhe angemessen sind* (§ 5 HmbBeihVO) in *Krankheitsfällen* (§ 6 HmbBeihVO), bei *Sanatoriumsbehandlung* (§ 7 HmbBeihVO) und *Heilkuren* (§ 8 HmbBeihVO).

Die Dienstunfallfürsorge ist die „Berufsunfallversicherung“ der Beamten. Sie hat sich historisch aus der Kriegsopferversorgung entwickelt. Ihre gesetzliche Grundlage findet sich im Beamtenversorgungsgesetz (BeamtVG). Die Untersuchung von Dienstunfällen von Beamten

hat der Dienstvorgesetzte durchzuführen, die Entscheidung über das Vorliegen eines Dienstunfalls trifft die Oberste Dienstbehörde (keine Zuständigkeit der Berufsgenossenschaften!).

Mit der medizinischen Begutachtung von Dienstunfällen werden in der Regel die Gesundheitsämter beauftragt. In Hamburg ist der Personalärztliche Dienst dafür zuständig. Die Beweisgrundsätze sind in der Gesetzlichen Unfallversicherung (Arbeitsunfallversicherung der Arbeiter und Angestellten) und der Dienstunfallfürsorge der Beamten gleich. *Sowohl das Unfallereignis als auch der eingetretene Körperschaden müssen zweifelsfrei belegt sein. Lediglich für den Zusammenhang zwischen beiden gilt als erleichterter Beweis die überwiegende Wahrscheinlichkeit.*

Dauerfolgen von Dienstunfällen werden wie in der Gesetzlichen Unfallversicherung in Sätzen der *Minderung der Erwerbsfähigkeit* ausgedrückt. Anders als in der Gesetzlichen Unfallversicherung gibt es aber keine Unfallrente, sondern es wird „als Ersatz echter Mehraufwendungen“ ab einer MdE von 25% eine (im Vergleich zu den Unfallrenten deutlich geringere) Pauschale gezahlt. Die Höhe der MdE wird durch Vergleich mit Referenzwerten in den, vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung herausgegebenen „Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“ ermittelt. Die aktuelle Version 2004 ist in Buchform oder (kostenlos) als eBook (www.bmgs.bund.de) zu erhalten.

Dienstfähigkeit liegt bei einem Beamten vor, wenn er Dienst verrichtet, seine Dienstpflichten erfüllt, Dienstfolge hat, entsprechende Leistungen erbringt und keine häufigen Fehlzeiten realisiert.

Dienstunfähigkeit besteht wenn der Beamte infolge körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche... seiner körperlichen/geistigen Kräfte *zur Erfüllung seiner Dienstpflichten nicht mehr in der Lage* ist. Maßgebend sind dabei die abstrakt-funktionellen *Anforderungen aus seinem Amt*. Der Begriff der Dienstunfähigkeit ist ein Rechtsbegriff, kein medizinischer Begriff. *Für die Feststellung der Dienstunfähigkeit ist dementsprechend nicht der ärztliche Befund ausschlaggebend, sondern die Beurteilung des Dienstherrn* (OVG Berlin ZBR 1989, zit. n. Loebel, H-C: Die Dienstunfähigkeit des Beamten in Recht im Amt, 1/1999, Seite 20)

Die medizinischen Voraussetzungen für die Ruhestandsversetzung liegen nach § 47 (1) HmbBG auch dann vor, wenn der Beamte *mehr als 3 Monate keinen Dienst verrichtet hat und keine Aussicht besteht, dass er innerhalb weiterer 6 Monate wieder voll dienstfähig wird*.

Zur Vermeidung vorzeitiger Dienstunfähigkeit kann dem Beamten unter Beachtung des Restleistungsvermögens ein *anderes oder unterwertiges Amt* (§ 47 (3) HmbBG) übertragen werden. Wenn das nicht möglich ist, kann nach jeweiligem Restleistungsvermögen auch die Fortführung des bisherigen Amtes bei reduzierter Diensttätigkeitszeit geleistet werden. Die untere mögliche Leistungsgrenze liegt bei einem Einsatz bis zu 60% (bisher noch - bald wohl 50%) der regulären Arbeitszeit.

Quantitative Diensterleichterungen können vorübergehend zur Erhaltung oder Wiederherstellung der vollen Dienstfähigkeit gewährt werden (aber nur dann). Für Lehrer kann vor dem Hintergrund der Lehrerarbeitszeitverordnung vom 1.7.2003 eine Reduktion hinab auf bis zu 25% der unermäßigten regelmäßigen Arbeitszeit empfohlen werden. Sonst gilt 50%.

Reaktivierung: Der vorzeitige Ruhestand wegen dauernder Dienstunfähigkeit wird in regelmäßigen Abständen durch Nachuntersuchungen überprüft mit der Frage, ob der Beamte erneut in den Dienst berufen werden kann (§ 50 HmbBG). Nur der Altersruhestand ist endgültig.

**Curriculum: „Das ärztliche Gutachten“
Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg – 2004 / 2005**

Thema:

Arbeitsmedizinisches Zusammenhangsgutachten mit Beispielen wichtiger Berufskrankheiten

Referenten:

Prof. Dr. med. Xaver Baur, Dr. med. Ralf Wegner

Anschrift:

Ordinariat und Zentralinstitut für Arbeitsmedizin Hamburg

Seewartenstraße 10

D-20459 Hamburg

Tel.: 040/ 428 894-501

Fax: 040/ 428 894-514

E-Mail: xaver.baur@bwg.hamburg.de

Zentralinstitut für Arbeitsmedizin

Seewartenstraße 10

20459 Hamburg

Tel.: 040/ 428 894-465

Fax: 040/ 428 894-514

E-Mail: ralf.wegner@bwg.hamburg.de

Schlagworte:

Arbeitsmedizin, Unfallversicherung, Zusammenhangsgutachten, Berufskrankheitenverordnung, SGB VII, Gutachtauftrag, Aktenlage, obstruktive Atemwegserkrankungen
Benzol, Blei, Halogenwasserstoffe

Weiterführende Literatur:

- Baur X, Berufsbedingte Erkrankungen. In: Das ärztliche Gutachten (Hrsg. Dörfler, Eisenmenger, Lippert), Springer Verlag, Heidelberg 2000
- Conso et al.: Information notices on diagnosis of occupational diseases, Hrsg.: European Commission, Report EUR 14768 EN, 1997; Neuauflage in Vorbereitung
- Mehrtens G, Perlebach E: Die Berufskrankheitenverordnung (BeKV) Kommentar, Loseblattsammlung 1977-2004, Berlin, Erich Schmidt Verlag

Zusammenfassung:**Anforderungen an den Gutachter**

Bezüglich der Fragestellung muss der ärztliche Gutachter

- fachkompetent und erfahren sein;
- die Voraussetzungen für eine qualifizierte und spezielle Diagnostik haben und deren Beurteilung exzellent beherrschen.

Anforderungen an die Aktenlage und den Gutachtauftrag

- Gutachtauftrag und die damit zusammenhängenden Fragen müssen klar formuliert sein, insbesondere hinsichtlich der vermuteten Erkrankung, ihres Zusammenhangs und der Auswirkungen eines eventuellen Gesundheitsschadens;
- Ärztliche BK-Anzeige;

- ausgefüllter Fragebogen des Versicherten über Beschäftigung, Beschwerden im Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit, ärztliche Untersuchungen und Behandlungen;
- Angaben der Beschäftigungszeiten und Expositionsermittlung des Unfallversicherungsträgers (TAB - Bericht);
- Stellungnahme des Betriebsarztes (fehlt häufig);
- Ergebnisse der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen (fehlt fast immer);
- alle Arztberichte über ambulante und stationäre Untersuchungen, Behandlungen und Heilverfahren;
- alle im Zusammenhang mit dem Gutachtauftrag relevanten radiologischen Aufnahmen (Röntgen, CT), Lungenfunktionsprüfungen, gegebenenfalls auch Sonographien und weitere spezielle Untersuchungsbefunde;
- vollständiger Bericht der Krankenkasse über Arbeitsunfähigkeitsmeldungen;
- Stellungnahme des staatlichen Gewerbearztes (wird häufig erst nach Erstellung des Zusammenhangsgutachtens eingeholt).

**Curriculum: „Das ärztliche Gutachten“
Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg – 2004 / 2005**

Thema:

Grundlagen des BK-Rechts

Referent:

Dr. med. Ursula Weinszen

Anschrift:

Behörde für Wissenschaft und Gesundheit
Amt für Arbeitsschutz, Staatlicher Gewerbearzt
Adolph-Schönfelder-Str. 5
22083 Hamburg

Schlagworte:

Berufskrankheiten, § 9 Unfallversicherungseinordnungsgesetz, Sozialgesetzbuch VII (SGB VII), Berufskrankheitenverordnung (BKV), Berufskrankheitenliste, BK Anzeige, Zusammenhangs- und Zustandsbegutachtung, Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), Sekundärprävention beim konkreten Drohen einer BK

Weiterführende Literatur:

- Mehrtens, G., H. Valentin, A. Schönberger: Arbeitsunfall und Berufskrankheit – Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte, 7. Auflage 2003, Erich Schmidt Verlag Berlin, ISBN 3-503-07011-7
- Mehrtens, G., E. Perlebach: Die Berufskrankheitenverordnung, Loseblattsammlung, Erich Schmidt Verlag Berlin, ISBN 3-503-01497-7
- Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (über Uni Rostock)
<http://www-dgaum.med.uni-rostock.de>
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften <http://www.hvbg.de>
- Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften <http://www.lvbg.de>

Zusammenfassung:

Berufskrankheiten sind Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit erleiden. Hierbei können Krankheiten als Berufskrankheiten bezeichnet werden, „die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch *besondere Einwirkungen* verursacht sind, denen *bestimmte Personengruppen* durch ihre versicherte Tätigkeit *in erheblich höherem Grad* als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind“ (SGB VII § 9 Abs. 1).

Berufskrankheiten sind den Arbeitsunfällen gleichgestellt. Sie sind in der Anlage - Liste der Berufskrankheiten - der BKV (Berufskrankheitenverordnung) aufgeführt. Berufskrankheiten im eigentlichen Sinne sind nur die sogenannten "Listenkrankheiten".

Die BK Liste umfasst z. Z. 68 verschiedene Ziffern, die in 6 Gruppen eingeteilt sind. Die Zuordnung geschieht unsystematisch sowohl nach Art der Einwirkung als auch nach betroffenem Organ oder unter Berücksichtigung bestimmter Tätigkeitsbereiche:

- Gruppe 1: „chemische Einwirkungen“ (29 Ziffern), 11 Metalle und Metalloide, 12 Erstickungsgase, 13 Lösemittel;
- Gruppe 2: „physikalische Einwirkungen“ (15 Ziffern), 21 Mechanische Einwirkungen, 22 Druckluft, 23 Lärm, 24 Strahlen;

- Gruppe 3: „Infektionskrankheiten, Tropenkrankheiten“ (4 Ziffern);
- Gruppe 4: „Erkrankungen der Atemwege und der Lungen, des Rippenfells und Bauchfells“ (17 Ziffern), 41 anorganische Stäube, 42 organische Stäube, 43 obstruktive Atemwegserkrankungen,
- Gruppe 5: „Hautkrankheiten“ (2 Ziffern);
- Gruppe 6: „Krankheiten sonstiger Ursache“ (1 Ziffer).

Zu allen Berufskrankheiten gibt es Merkblätter, die typische Einwirkungen, zu erwartende Erkrankungen, typische Verläufe, Latenzzeiten und weitere Informationen für den Arzt zur Begründung der BK Anzeige enthalten. Die Merkblätter sind z. T. nicht auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse.

Nach SGB VII § 9 Abs. 2 können Krankheiten wie Berufskrankheiten anerkannt werden, wenn sie den Aufnahmekriterien für die BK Liste entsprechen und dazu neue Erkenntnisse vorliegen.

BK Anzeige:

Berufskrankheiten müssen angezeigt werden durch den Unternehmer (§ 193 (2) SGB VII) und durch Ärzte und Zahnärzte bei begründetem Verdacht (§ 202 SGB VII).

Form und Inhalt der BK Anzeige sind in der Unfallversicherungsanzeigen Verordnung von 2002 geregelt. Der Anhang enthält die Formulare für Unfall- und BK Anzeigen.

Berufskrankheitenverfahren:

Der Unfallversicherungsträger ermittelt den Sachverhalt von Amts wegen. Dabei schaltet er zunehmend selbst einen medizinischen Gutachter ein. Die Ermittlungsergebnisse (evtl. bereits mit Gutachten) werden dem Gewerbearzt zur Zusammenhangsbegutachtung vorgelegt. Falls erforderlich, schlägt der Gewerbearzt dem Unfallversicherungsträger weitere Ermittlungen vor. Nach Abschluss der Ermittlungen erstattet der Gewerbearzt gegenüber dem Unfallversicherungsträger ein Zusammenhangsgutachten oder gibt eine abschließende Stellungnahme ab.

Der Rentenausschuss des Unfallversicherungsträgers entscheidet über das Vorliegen einer Berufskrankheit und die dadurch bedingte MdE. Der Unfallversicherungsträger erteilt dem Versicherten hierüber einen Bescheid. Dagegen kann der Versicherte Widerspruch einlegen, der im Widerspruchsausschuss des Unfallversicherungsträgers behandelt wird. Beide Ausschüsse sind mit je einem Vertreter der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer sowie des Unfallversicherungsträgers besetzt. Gegen den nach Widerspruch ergangenen Bescheid kann der Versicherte vor dem Sozialgericht klagen.

BK Begutachtung:

Wesentlicher Bestandteil des BK Gutachtens ist die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs der vorliegenden Erkrankung mit der beruflichen Einwirkung. Zur Beantwortung dieser Frage muss die geeignete Einwirkung und die zur BK Ziffer passende Erkrankung nachgewiesen sein (Beweis, „so dass kein vernünftiger Zweifel besteht“), der Zusammenhang muss überwiegend wahrscheinlich sein (einfache Wahrscheinlichkeit, „es spricht mehr für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang“).

Bei bejahtem Zusammenhang und Anerkennungsvorschlag sind die durch die Erkrankung eingetretenen Folgen, z. B. Funktionseinschränkungen festzustellen und darauf zurückzuführende Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu schätzen. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit im Unfallversicherungsrecht orientiert sich an den Erwerbsmöglichkeiten des Versicherten auf dem gesamten Arbeitsmarkt vor Eintritt der BK (Erwerbsfähigkeit 100%) im Vergleich zur verbleibenden Erwerbsfähigkeit nach Eintritt der BK. Rentenzahlungen erfolgen bei einer MdE von 20 % und mehr oder bei mehreren Berufskrankheiten mit je 10 % und mehr (Stützzrente). Für zunehmend mehr BK Ziffern werden MdE Tabellen erarbeitet, an denen man sich orientieren kann.

Individuelle Sekundärprävention (BKV § 3):

Wenn eine Berufskrankheit konkret zu entstehen droht (Zusammenhangsfrage muss auch hier eindeutig bejaht werden; berufliche Einwirkung generell geeignet, pathologische Befunde, die beruflich bedingt sind, aber Zusatzvoraussetzungen der BK Ziffer noch nicht erfüllen, z. B. Hauterkrankungen nicht schwer oder wiederholt rückfällig oder Tätigkeit muss nicht aufgegeben werden) muss der Entstehung, der Verschlimmerung oder dem Wiederaufleben der BK mit allen geeigneten Mitteln entgegengewirkt werden. Dies sind zunächst spezielle Maßnahmen am Arbeitsplatz, berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung, Schulung und Unterrichtung und schließlich, wenn dies erfolglos ist und die Tätigkeit aufgegeben werden muss, berufliche Rehabilitation (Wiedereingliederung, Umschulung max. 2 Jahre, Übergangsleistungen zum Ausgleich finanzieller Nachteile etc.) und medizinische Rehabilitation um die Folgen der BK zu vermindern.

Datenschutz, Datenverarbeitung:

Die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen (Gewerbeärzte) sind berechtigt, im Zusammenhang mit ihrer Beteiligung im BK Verfahren Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Die Daten dürfen auch zur Prävention genutzt werden (überbetriebliche Epidemiologie zur Auswahl von Schwerpunkten der gewerbeärztlichen Tätigkeit).

**Curriculum: „Das ärztliche Gutachten“
Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg – 2004 / 2005**

Thema:

Das ärztliche Gutachten zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben

Referent:

Dr. med. Dipl.-Ing. Horst Lorenz
Sozialmedizin / Umweltmedizin / Verkehrsmedizinische Begutachtung

Anschrift:

Agentur für Arbeit Hamburg
Kurt-Schumacher-Allee 16
D-20097 Hamburg
Tel.: 040 / 24 85 40 91
E-Mail: horst.lorenz@arbeitsagentur.de

Schlagworte:

Integration in das Erwerbsleben, Leistungsvermögen, passgenaue Vermittlung, Arbeitsansatz und Leistungsvermögen, Konkurrenzfähigkeit, Sucht und Leistungsvermögen, Behinderung, berufliche Rehabilitation, besondere Hilfen, Berufs- und Tätigkeitseignung

Weiterführende Literatur:

- Leitfaden für die arbeitsmedizinische Begutachtung - im Internet über die BA-Homepage

Zusammenfassung:

- Der ärztliche Dienst ist ein Beratungsdienst für die Fachabteilungen der Bundesagentur für Arbeit (BA). Er erstellt Gutachten für die Integration bzw. Reintegration in das Erwerbsleben. Es wird aufgezeigt, was zu einer Begutachtung durch den ärztlichen Dienst oder gutachterlichen Stellungnahme nach Aktenlage führt.
- Im Anschluss an eine Begriffsbestimmung wird aufgezeigt, welche Aspekte bei der Begutachtung zum Zwecke der erfolgreichen und passgenauen Integration in Arbeit unter Vermeidung von Gesundheitsschäden zu beachten ist. Hierzu ist die arbeitsmarktabhängige Konkurrenzfähigkeit in der jeweiligen Tätigkeit von Wichtigkeit.
- Ein ebenso bedeutender Faktor für die langfristige Integration stellt die Abschätzung der Belastbarkeitsprognose dar. Hier spielt neben physischer und psychischer Belastbarkeit auch die Frage nach der Motivation eine bedeutende Rolle.
- Diskutiert werden die Folgen gesundheitlicher Störungen für die Erwerbsfähigkeit. Konsequenzen werden aufgezeigt, die aus den Leistungsminderungen resultieren. Diese Folgen können sowohl passagerer wie auch dauerhafter Natur sein. Eine Prognosestellung ist hier wichtig.
- Aufbau und Gliederung eines Gutachtens für die Bedürfnisse der Arbeitsvermittlung und -Beratung bei der allgemeinen Vermittlung in Arbeit, sowie die Berufsberatung bei Ersteingliederung und der Rehabilitationsabteilung bei Wiedereingliederung werden erläutert. An Beispielen wird die Problematik der Übertragung der Auswirkungen gesundheitlicher Störungen auf die jeweilige Erwerbstätigkeit diskutiert.
- An berufskundlichen Beispielen wird die Bedeutung von Gesundheitsstörungen für das Erwerbsleben im speziellen näher ausgeführt.
- Das erstellte Leistungsvermögen wird auf die Belastungsfaktoren an konkreten Arbeitsplätzen zu übertragen sein, damit eine realitätsnahe Einschätzung der berufli-

chen Einsatzmöglichkeiten zum Zweck der Vermittlung in Arbeit erfolgen kann. Nur wenn hier eine hinreichende Berufskundigkeit vorliegt, können sinnvolle Entscheidungen getroffen werden, die einer dauerhaften Integration förderlich sind.

- In diesem Zusammenhang sind die Begriffe der Leistungsfähigkeit im Gegensatz zur Arbeitsfähigkeit bei bestehendem und bei fehlendem Arbeitsverhältnis zu unterscheiden.
- Die Rehabilitation ruht auf drei Säulen, der medizinischen Rehabilitation, der beruflichen Rehabilitation und der sozialen Rehabilitation. Die berufliche Rehabilitation wird – bei Zuständigkeit – von der BA betrieben, wobei bei der Planung die soziale Rehabilitation mit im Blickwinkel sein sollte.
- Im Zusammenhang mit der beruflichen Rehabilitation sind die Begriffe der vorübergehenden und der dauernden Behinderung zu erläutern. Nur letztere stellt eine Voraussetzung für eine berufliche Rehabilitation dar. Die effiziente Planung der beruflichen Rehabilitation setzt sowohl eine Fähigkeitsanalyse als auch eine Fertigungsanalyse voraus. Nur den vom Betroffenen nutzbaren Fähigkeiten sollte bei der Planung Rechnung getragen werden, andernfalls ist ein Scheitern in der späteren Berufspraxis zu befürchten. Schließlich sind die Grenzen der beruflichen Rehabilitierbarkeit – die sicherlich auch eine arbeitsmarktabhängige Komponente aufweisen – gegeben durch den Behinderungsgrad, die intellektuelle Leistungsfähigkeit, das Alter und die Persönlichkeitsstrukturen zu diskutieren. Nicht selten muss bei einfacher Vorbildung und wenig ausgeprägtem Fähigkeitsprofil eine gezielte Vermittlung in einen leidensgerechten Arbeitsplatz als letzte Möglichkeit – ggf. mit Eingliederungszuschuss zurückgegriffen werden.
- Ein weiterer Problemkreis sind die Suchtkranken, deren Integration in das Erwerbsleben häufig besonders nachhaltige Probleme bereitet. Häufig haben Suchterkrankungen negative Auswirkungen auf die beruflichen Basiszugenden Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit, Ausdauer, Sorgfalt. Die Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens führt nicht selten zum Ausschluss verletzunggefährdeter Tätigkeiten. Der Mischkonsum verschiedener Suchtmittel engt die Einsatzfähigkeit, soweit diese noch unterstellt werden kann, weiter ein. Die nicht selten fehlende Krankheitseinsicht verschärft die Situation weiter. Fehleinschätzungen des Süchtigen in Bezug auf die eigene Leistungsfähigkeit – besonders im Sinne einer Überschätzung – führen zu zum Teil erheblichen Gefährdungsmomenten für den Betroffenen und seine unmittelbare Umgebung nicht nur im Erwerbsleben. Eine Arbeitsvermittlung kann hier nur noch in sehr engem Rahmen erfolgen. Chancenlosigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bei fehlender Konkurrenzfähigkeit und hohem Risikopotential ist die Folge. Häufig sind Suchterkrankungen mit Persönlichkeitsstörungen vergesellschaftet, die ein zusätzliches Handicap darstellen. Es wird aufgezeigt, welche Untersuchungen zur Abklärung des Suchtausmaßes erfolgen. Im Weiteren sind aus der Suchterkrankung resultierende Einschränkungen des Leistungsvermögens für eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu diskutieren. Aspekte der medizinischen Rehabilitation werden angerissen, die nicht selten durch konträre Bewertungen behindert werden. Abschließend werden Möglichkeiten der beruflichen Wiedereingliederung erörtert. Auch hier ist ein negativer Einfluss unterschiedlicher Bewertungen zu diskutieren, da das nicht selten unterstellte Leistungsvermögen unter arbeitsmarktüblichen Bedingungen nicht realisiert werden kann.

**Curriculum: „Das ärztliche Gutachten“
Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg – 2004 / 2005**

Thema:

Besonderheiten psychiatrischer Begutachtung

Referent:

Dr. Matthias Fabra, Arzt für Neurologie und Psychiatrie – Psychotherapie -

Anschrift:

Medizinisches Gutachteninstitut

Mönckebergstraße 5

20095 Hamburg,

Tel. 040 32 55 58-0

E-Mail: fabra@gutachteninstitut.de

Schlagworte:

Posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörung, Andauernde Wesensänderung nach Extrembelastung oder seelischer Erkrankung, Erstschaden, Psychischer Querschnittsbefund, komplexe Ich-Funktionen

Weiterführende Literatur:

- Bochnik, H.J.: Grundsätze und begriffliche Werkzeuge zur ärztlichen Ganzheitsorientierung. In: Bochnik, H.J., W. Hackhausen (Hrsg.): Personenorientierte Diagnostik und Begutachtung, Fehlervermeidung und Qualitätsverbesserung. Urban und Fischer 1999
- Fabra, M: Psychogene Störungen nach Unfällen in der Gesetzlichen Unfallversicherung, im sozialen Entschädigungsrecht, im Schwerbehinderten- und Haftpflichtrecht. In: Ludolph-Lehmann-Schürmann (Hrsg): Kursbuch der ärztlichen Begutachtung. 23. Erg. Lfg. 12/2004 1 – 50
- Flatten, G., Hofmann, A., Liebermann, P., Wöller, W., Siol, T., Petzold, E.: Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentext. Schattauer 2001
- Häfner, H.: Allgemeine und spezielle Krankheitsbegriffe in der Psychiatrie. Nervenarzt 54, 231 - 238 (1983)
- Payk, Theo R.: Pathopsychologie; vom Symptom zur Diagnose. 1. Auflage, Springer 2002
- Rauschelbach H.H., K.A. Jocheim, B. Widder (Hrsg.): Das Neurologische Gutachten, 4. Auflage, Thieme 2000
- Schönberger/Mehrtens/Valentin: Arbeitsunfall und Berufskrankheit, Erich Schmidt Verlag Berlin, 7. Auflage 2003, 233 – 244
- Stevens, A., K. Foerster (2000): Genügt für den Nachweis einer Erkrankung die Beschwerdeschilderung? Versicherungsmedizin 52, 2, 76-80
- Venzlaff, U., Foerster, K. (Hrsg): Psychiatrische Begutachtung, ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen, 4. Auflage 2004, Urban und Fischer
- Winckler, P. (1998): Grundlagen der psychiatrischen Begutachtung sogenannter "Rentenneurosen". Versicherungsmedizin 50, 6, 219-225

Zusammenfassung:

1. Die Begutachtung psychischer Erkrankungen umfasst

a) die Feststellung, dass überhaupt eine Erkrankung vorliegt

- in Abgrenzung von im normalpsychologischen fassbaren Verhaltensweisen (Stichwort: Realangst; Abkehr von risikobehafteten Tätigkeiten z.B. nach Überfällen)
- in Abgrenzung von Befindlichkeitsstörungen
- in Abgrenzung von willentlich dargestellten Störungsbildern (Stichworte: Aggravation, Simulation).

b) die Benennung der Erkrankung (Diagnosestellung) und Einordnung in den Kontext der Internationalen Diagnosesysteme ICD-10 und/oder DSM-IV

c) Die Einschätzung der Leistungsbeeinträchtigung nach Schwere und Dauer, und zwar in unterschiedlichen Rechtsbegriffen in den einzelnen Rechtsgebieten (Bsp.: MdE der gesetzlichen Unfallversicherung, GdB des Schwerbehindertenrechtes, Andauernde Leistungsminde- rung (Invalidität) der Privaten Unfallversicherung u.a.m.)

d) Die Einschätzung der Kausalität unter den in den verschiedenen Rechtsgebieten gel- tenden kausalitätsbeschränkenden Bedingungen (*Kausalität der wesentlichen Bedingung* in der gesetzlichen Unfallversicherung, *Adäquanzlehre* in der Privat- und Sachversicherung, *Äqui- valenzlehre* in der heilkundlichen Medizin und im Strafrecht).

2. Die Tatsache der Erkrankung steht im Vollbeweis, dies gilt sowohl für den Zeitpunkt der gutachtlichen Untersuchung als auch für den in der Vergangenheit liegenden Heilverlauf.

3. Ohne *Erstschaden* kein *Folgeschaden*! Jede Kausalitätsbetrachtung hat sich mit dem *Erst- oder Primärschaden* auseinander zu setzen und diesen zu benennen; bei psychogenen Un- fallfolgen liegt der *Erstschaden*

- entweder in der tiefgreifenden seelische Beeindruckung durch das Unfallereben und Erleben der initialen Heil- und Rettungsmaßnahmen, woraus sich ein traumatischer Prozess mit der Folge eines psychotraumatischen Störungsbildes (z.B. PTSD) ent- wickeln kann (seelischer Erstschaden),
- oder in dem seelisch belastenden körperlichen Schaden der „fehlverarbeitet“ wird mit der Folge einer unfallbedingten psychogenen Störung (somatoformen Schmerzstö- rung, Konversionsstörung, depressiven Episode, dissoziativen Störung usw.) (körper- licher Erstschaden).

4. Die Gewährung von Leistungen aus der Privat- als auch Sozialversicherung erfordert „ob- jektive“ Befunde, subjektive Beschwerden sind nicht ausreichend, eine Erkrankung im Voll- beweis zu sichern.

5. Die Begutachtung psychischer Störungen erfolgt daher in Zusammenschau von Be- schwerdeschilderung, Akteninhalt, berichteter und plausibler Lebensgestaltung und psychi- schem Querschnittsbefund; die Beschwerdeangaben des zu begutachtenden Menschen (ei- gen- und fremdanamnestisch) sind für den Sachverständigen lediglich erkenntnisleitend.

6. Dreh- und Angelpunkt psychiatrisch-.psychotherapeutischer Begutachtung ist der psychi- sche Querschnittsbefund, der

- in keinem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten fehlen darf
- streng von Akteninhalt und Beschwerdeschilderung zu trennen ist
- nicht durch psychologische Testverfahren zu ersetzen, sondern ggfs. zu ergänzen ist
- sich am AMDP-System zu orientieren hat, dieses aber aufgrund der ganz unter- schiedlichen Rolle des Arztes als Heiler versus als Gutachter zu erweitern hat
- und mit dem die geklagten Beschwerden auf der Befundebene zu überprüfen sind.

**Curriculum: „Das ärztliche Gutachten“
Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg – 2004 / 2005**

Thema:

Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Begutachtung

Referent:

Dr. med. Hans Elbracht, Arzt für Innere Medizin / Sozialmedizin

Anschrift:

Landesversicherungsanstalt Freie und Hansestadt Hamburg
Friedrich-Ebert-Damm 245
D-22159 Hamburg
Tel.: 040 / 5300-2835
E-Mail: hans.elbracht@lva-hamburg.de

Schlagworte:

sozialmedizinisches Gutachten, Qualitätssicherung, Qualitätsbewertung, Anforderungsprofil, Bewertungskriterien, interkollegialer Dialog

Weiterführende Literatur:

- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Abschlußbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung, DRV-Schriften Band 53 (März 2004), 230 - 247, Postverlagsort Frankfurt am Main
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung, 6. Auflage (2003), Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Hongkong, London, Mailand, Paris, Tokio
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung – Hinweise zur Begutachtung, DRV-Schriften Band 21, D 20230 E (Juni 2000), Postverlagsort Frankfurt am Main
- Schulte, R.: Qualitätskriterien und Qualitätsstandards – sozialmedizinische Gutachten und deren Effektivität im Sozialversicherungssystem, Gesundh.-Wes. 60, 21 – 26 (1998)
- Gehrke, J.: Qualitätsanalyse von Rentengutachten, LVA Rheinprovinz, Mitteilungen 2/1997, 78 – 85
- Rösler, M.: Qualitätsstandards bei der sozialrechtlichen Begutachtung, Med. Sach. 90, 20 – 25 (1994)
- Pannen, H. D.: Qualitätsanalyse von Rentengutachten – Beitrag zur Qualitätssicherung in der Sozialmedizin, LVA Rheinprovinz, Mitteilungen 5/1994, 209 – 214
- Seger, W.: Qualitätssicherung sozialmedizinischer Entscheidungsprozesse am Beispiel der Arbeitsanamnesedokumentation in der final ausgerichteten sozialmedizinischen Begutachtung, Gesundh.-Wes. 56, 430 – 438 (1994) VDR Frankfurt (Hrsg):
- Großgarten, K.: Zielrichtung der Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Rentenbegutachtung, Med Sach 92 (1996), No. 4, S. 130 – 133
- Soz.ärztl. Dienst der LVA Hamburg: Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Begutachtung - Manual des Sozialärztlichen Dienstes der LVA Hamburg, unveröffentlicht, beziehbar über den Referenten

Zusammenfassung:

Qualitätssicherung ist unverzichtbarer Bestandteil jeder ärztlichen Tätigkeit (Deutscher Ärztetag). Sie ist daher auch für den Bereich der Sozialmedizin zwingend erforderlich.

Da eine vollständige Erfassung der Qualität von Gutachten kaum möglich ist, muß sich Qualitätssicherung in der Sozialmedizin auf die Erfassung einzelner relevanter Teilaspekte beschränken.

Qualitätssicherung ist um so erfolgreicher, je breiter die Basis ist, von der sie getragen wird, und je höher der einzelne Gutachter zur aktiven Mitarbeit motiviert ist.

Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der sozialmedizinisch tätigen Ärzte sind unverzichtbare Grundlage der Qualitätssicherung. Sie reichen aber allein nicht aus, eine einheitlich hohe Qualität der von Sozialmedizinern geleisteten Arbeit zu gewährleisten.

Systematische Qualitätsbewertungen sozialmedizinischer Gutachten in Form eines Verfahrens, bei dem die Sozialmediziner wechselseitig Prüfer und Geprüfte sind, haben sich grundsätzlich als geeignet erwiesen, eine, auch nach außen transparente Qualitätssicherung zu gewährleisten.

Voraussetzungen für Erfolg und Akzeptanz einer systematischen Qualitätssicherung sind:

- das Zustandekommen eines fachgebietsübergreifenden interkollegialen Dialogs.
- die ausführliche und für den Autor nachvollziehbare Bewertung seines Gutachtens.
- die Nicht-Heranziehung der im Rahmen der systematischen Qualitätssicherung
- erhobenen Bewertungsergebnisse für Dienstbeurteilungen

Unverzichtbare Instrumente der Qualitätssicherung sind ein konkretes einheitliches Anforderungsprofil sowie verbindliche und gewichtete Bewertungskriterien. Das vorgegebene Beurteilungsverfahren muß ausreichend Freiraum für die sachgerechte Beurteilung des Einzelfalls bieten. Im Spannungsfeld dieser Vorgaben muß sich die Qualitätssicherung flexibel positionieren und dynamisch entwickeln. Auch die Bewertung von Gutachten muß gelernt und geübt werden, ehe eine konsequente und gleichförmige Anwendung vorgegebener Kriterien erreicht werden kann. Die Etablierung und Aufrechterhaltung einer effektiven Qualitätssicherung erfordert die Bereitstellung ausreichender personeller und wirtschaftlicher Mittel. Qualitätssicherung sollte durch wissenschaftliche Evaluation begleitet werden.

(nach: Thesenpapier der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin – SOMEKO – 2004)