

Heidelberger § Gespräch §

**18. Wissenschaftliche Fortbildungstagung
für Ärzte und Juristen aus den Bereichen
Sozialmedizin und Sozialrecht
vom 14. bis 15. September 2005**

A b s t r a c t s

**Veranstaltet vom
Institut und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin
des Universitätsklinikums Heidelberg
und der Fachzeitschrift
„Der medizinische Sachverständige“**

© Gentner Verlag Stuttgart, 2005

**Heidelberger Gespräch
vom 14. bis 15. September 2005**

TITEL

Psychische und Verhaltensstörungen (F-ICD 10) – sozialmedizinische und gesundheitsökonomische Bedeutung

AUTOR

Prof. Dr. med. habil. Andreas Weber
Wissenschaftlicher Geschäftsführer
Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Deutschen Sporthochschule – IQPR GmbH

ANSCHRIFT

Sürther Str. 171 , 50999 Köln

ZUSAMMENFASSUNG

Psychischen und psychosomatischen Erkrankungen (Diagnosegruppe F – ICD 10) kommt für Gesundheitswesen und soziale Sicherung wachsende Bedeutung zu. So ist entgegen dem allgemeinen Trend eines sinkenden Krankenstandes in allen Kassenarten ein erheblicher Anstieg an Arbeitsunfähigkeitsfällen infolge psychischer Störungen zu verzeichnen, wobei derartige Leiden in der Regel zu längeren Fehlzeiten führen (durchschnittliche AU- Dauer ca. 30 Tage). Darüber hinaus nimmt die relative Häufigkeit psychischer Erkrankungen als Ursache eines krankheitsbedingten vorzeitigen Berufsausstiegs in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) seit mehr als einem Jahrzehnt kontinuierlich zu: in 2004 erfolgten ca. 31% der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (n=169.390) aufgrund einer Hauptdiagnose aus der Gruppe F- ICD 10. Psychisch Kranke schieden dabei fast 20 Jahre vor der gesetzlichen Altersgrenze (durchschnittliches Lebensalter: bei Frauen 48, bei Männern 47 Jahre) aus dem Berufsleben aus. Sozialmedizinisch bislang noch weniger beachtet, wurde auch in der Beamtenversorgung im Jahre 2003 mehr als jeder zweite Fall einer vorzeitigen Dienstunfähigkeit von Beamten mit einer psychischen Gesundheitsstörung begründet. Bei beamteten Lehrkräften lag die Ursache einer krankheitsbedingten Frühpensionierung sogar in 65% der Fälle in einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Im Kontext der sozialen Sicherung fallen darüber hinaus deutlichere Geschlechterunterschiede auf: so sind nicht nur der Anteil psychischer Erkrankungen am Krankenstand und die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit, sondern auch die Prävalenz psychischer Erkrankungen unter den Frühberentungen bei Frauen höher als bei Männern (in 2004: 37% vs. 26%). Aus den vorgenannten Entwicklungen resultieren erhebliche Belastungen für die Volkswirtschaft, wobei nicht nur direkte (u.a. Medikamente, Psychotherapie), sondern vor allem auch indirekte Kosten (Lohnfortzahlung, Krankengeld, Rentenleistungen, Ersatzkräfte, Produktionsausfall) zu berücksichtigen sind. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes beliefen sich die Krankheitskosten für die Diagnosegruppe F-ICD 10 in 2002 auf ca. 22,4 Mrd. Euro. Schätzungen gesetzlicher Krankenkassen beziffern allein die aufgrund psychischer Störungen zustande gekommenen Fehlzeiten auf ca. 3 Mrd. Euro/ Jahr. Der vorliegende Beitrag beleuchtet aus Public Health Perspektive wesentliche epidemiologische, sozialmedizinische und gesundheitsökonomische Aspekte psychischer Erkrankungen (F-ICD 10) und mögliche Implikationen im Hinblick auf Gesundheitssystem (Versorgung, Begutachtung, Prävention, Rehabilitation) und Arbeitswelt.

**Heidelberger Gespräch
vom 14. bis 15. September 2005**

TITEL

Nicht-authentische Beschwerden:
vorgetäuschte neuropsychologische Störungen

AUTOR

Dr. phil. Thomas Merten

ANSCHRIFT

Vivantes Netzwerk für Gesundheit
Klinikum im Friedrichshain
Klinik für Neurologie
Landsberger Allee 49
10249 Berlin

ZUSAMMENFASSUNG

Kognitive Störungen werden im gutachterlichen Kontext häufig nicht adäquat gewürdigt. Obwohl neuropsychologische Diagnostik für viele Fragestellungen die Methode der Wahl für die Erfassung und Quantifizierung von Störungen von Lernen und Gedächtnis, Konzentration und Aufmerksamkeit, visuell-räumlichen und exekutiven Leistungen ist, stellen testpsychologische Ergebnisse nicht automatisch eine „Objektivierung“ von Leistungsstörungen dar. Die größte Einschränkung der Gültigkeit von Testergebnissen ergibt sich aus suboptimalem Leistungsverhalten. Untersuchte verhalten sich im Test nicht immer entsprechend ihren tatsächlichen Leistungsvoraussetzungen. Dem zugrunde liegen können eine zielgerichtete Vortäuschung von Beschwerden, die Übertreibung tatsächlich vorhandener Beschwerden, psychische Störungen oder psychiatrische Erkrankungen, aber auch einfache Unlust, in der Untersuchung angemessen zu kooperieren. Psychologische Tests hängen aber in besonderer Weise von der Kooperativität des Untersuchten ab. Neuropsychologische Diagnostik muss suboptimales Leistungsverhalten erkennen, wenn sie zu gültigen Aussagen über vorhandene Funktionseinschränkungen gelangen will. Heute liegt ein breites Repertoire moderner Methoden zur Erkennung suboptimalen Leistungsverhaltens vor, das sich allerdings nur zögerlich im deutschsprachigen Raum verbreitet. Zur Durchsetzung dieser Methoden können die Auftraggeber von Gutachten wesentlich beitragen, indem sie psychologische Testergebnisse ohne Überprüfung der Kooperativität entsprechend modernster Standards nicht unkritisch als Störungsnachweis akzeptieren.

Schlüsselwörter: Neuropsychologische Diagnostik – Negative Antwortverzerrungen – Simulation – Aggravation – Begutachtung

**Heidelberger Gespräch
vom 14. bis 15. September 2005**

TITEL

Neue Aspekte in der Beurteilung psychoreaktiver und neuropsychologischer Störungen als Leistungsgrund – aus Sicht der Gesetzlichen Unfallversicherung

AUTOR

Claudia Drechsel-Schlund

ANSCHRIFT

Bezirksverwaltung Würzburg der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege
Röntgenring 2
97070 Würzburg
E-Mail: Claudia.Drechsel-Schlund@bgw-online.de

ZUSAMMENFASSUNG

In den vergangenen Jahren haben sich Forschung und Klinik sehr intensiv mit psychischen Folgen von Traumen auseinandergesetzt. Dieser Erkenntnisprozess hat Auswirkungen auch auf die sozialmedizinische Begutachtung psychischer Störungen. Insbesondere gilt dies für die Gesetzliche Unfallversicherung wegen der notwendigen Kausalitätsbeurteilung.

Vor der Zusammenhangsfrage steht die umfassende Erhebung, Abklärung und diagnostische Einordnung von psychischen Befunden. In der Verwaltungspraxis dominieren bei den psychoreaktiven Störungen posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen, Angststörungen, depressive Störungen, dissoziative Störungen und somatoforme Schmerzstörungen. Bei einer durch einen Arbeitsunfall erlittenen substanziellen Hirnschädigung können die gleichen Krankheitsbilder als psychoneurologische Störungen, wenn auch von den Fallzahlen weniger häufig, zu prüfen sein. Obwohl sich diese psychischen Störungen nach den Kriterien der einschlägigen Klassifikationssysteme gut subsumieren lassen, wird eine gutachtlich gestellte Diagnose, der mit Vollbeweis zu sichernde Gesundheitsschaden, von Rechtsanwendern und den Sozialgerichten eher selten problematisiert.

Weit überwiegend werden Fragen der haftungsausfüllenden Kausalität diskutiert, wie auch die entschiedenen Kasuistiken der Sozialgerichte zeigen. Streitig ist vor allem, ob für den maßgeblichen Ursachenzusammenhang der Arbeitsunfall nach allgemein anerkannten Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft seiner Art nach generell geeignet gewesen sein muss, die geltend gemachte psychische Störung herbeizuführen. Es ist zu erwarten, dass diese - von den Landessozialgerichten unterschiedlich gesehene - Rechtsfrage in nächster Zeit durch das Bundessozialgericht beantwortet werden wird (Aktenzeichen B 2 U 26/04 R und B 2 U 1/05 R). Ein weiterer zentraler Punkt bei der Bewertung der haftungsausfüllenden Kausalität betrifft die Relevanz von Vorerkrankungen bzw. einer Schadensanlage.

Nach jüngsten wissenschaftlichen Forschungsergebnissen ist bei einem Kollektiv von Arbeitsunfallverletzten, das für psychotraumatologische Störungen besonders gefährdet ist, vor dem Unfallereignis nahezu bei der Hälfte der Personen irgendwann eine Diagnose auf psychischem bzw. psychiatrischem Fachgebiet (Lebenszeitdiagnose) festzustellen. Diese aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse einer vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften geförderten Studie dürften auch für die Kausalitätsbeurteilung im Hinblick auf konkurrierende prätraumatische Ursachenfaktoren in Zukunft von erheblicher Bedeutung sein.

<p style="text-align: center;">Heidelberger Gespräch vom 14. bis 15. September 2005</p>

TITEL

Neue Aspekte in der Beurteilung psychoreaktiver und neuropsychologischer Störungen als Leistungsgrund
- aus der Sicht der Gutachter des Versorgungsärztlichen Dienstes –

AUTOR

Dr. med. H. Högenauer
Leitender Medizinaldirektor

ANSCHRIFT

Regierungspräsidium Gießen
- Landesversorgungsamt Hessen -
Ludwigsplatz 13
35390 Gießen

ZUSAMMENFASSUNG

Mit der vorliegenden Thematik soll auf die Problematik der Begutachtung von Antragstellern/Antragstellerinnen nach dem OEG (Soziales Entschädigungsrecht) aus Sicht der Versorgungsverwaltung aufmerksam gemacht werden, die oft über Jahrzehnte hinweg an gut definierten psychiatrischen Krankheitsbildern leiden, z. B. Persönlichkeitsstörungen, Bulimie, Anorexie u. a., und die oft erst nach vielen Jahren der Therapie sexuellen Missbrauch in der Kindheit geltend machen.

Für die Versorgungsverwaltung ergeben sich besonders problematische Konstellationen, wenn der geltend gemachte kindliche Missbrauch nicht nachgewiesen ist, trotz Recherchen nicht nachgewiesen werden kann, oder sogar ausgeschlossen werden kann und die Betroffenen dennoch deshalb über Jahre hinweg traumatherapeutisch behandelt wurden, u. a. wiederholt in renommierten psychiatrischen Einrichtungen. Auf das daraus resultierende Spannungsfeld zwischen Verwaltung, Ärztlichen Dienst sowie den therapeutischen Einrichtungen wird besonders eingegangen.

**Heidelberger Gespräch
vom 14. bis 15. September 2005**

TITEL

Neue Aspekte in der Beurteilung psychoreaktiver und neuropsychologischer Störungen als Leistungsgrund – aus Sicht der Gutachter in der gesetzlichen Rentenversicherung

AUTOR

Dr. med. Reinhard Legner

ANSCHRIFT

Landesversicherungsanstalt Niederbayern-Oberpfalz
Am Alten Viehmarkt 2
84028 Landshut

ZUSAMMENFASSUNG

Psychoreaktive Störungen als Leistungsgrund für Leistungen der Rentenversicherung, sowohl für Leistungen in Form von Erwerbsminderungsrenten, als auch für Leistungen in Form von Leistungen zur Teilhabe sei es medizinische oder berufliche Rehabilitation, nehmen in den letzten Jahren kontinuierlich zu. Im Jahre 2003 wurden von insgesamt ca. 130.000 medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen wegen Psychischer- und Verhaltensstörungen ca. 28.000 Leistungen wegen Reaktionen auf schwere Belastungen (ICD 10, F 43) erforderlich, wobei ca. 2/3 der Betroffenen Frauen, 1/3 der Betroffenen Männer waren.

Mit der gleichen diagnostischen Einordnung als Erstdiagnose wurden im Jahre 2003 ca. 8 % der Gesamtzahl der neu zugegangenen Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei Frauen und ca. 3 % der Gesamtzahl der neu zugegangenen Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei Männern belegt. Die Zahlen nehmen zwar nicht absolut, aber relativ bezogen auf die Gesamtzahl der Rentenleistungen über die letzten 10 Jahre kontinuierlich zu, dies kann an einer Zunahme psychischer Störungen im Krankheitsgeschehen liegen, vielleicht aber, und dies entspricht meinen Beobachtungen, bei der Diagnose F 43 auch daran, dass diagnostische Zuordnungen zu dieser Diagnosegruppe nicht immer den ICD-10 Kriterien folgen. Ein wenig ist die Diagnose der „posttraumatischen Belastungsstörung“ wohl zu einer „Modediagnose“ geworden.

Die Problematik in der Beurteilung psychoreaktiver Störungen bei einem Leistungsantrag für den Gutachter in der gesetzlichen Rentenversicherung unterscheidet sich nicht grundsätzlich von der Problematik der Beurteilung der Auswirkungen auf das Leistungsvermögen und auf die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe von psychischen Störungen insgesamt, kompliziert wird bei psychoreaktiven Störungen die Problematik teilweise dadurch, dass eine Exploration des traumatischen Geschehens beim Gutachtensprobanden unter Umständen die Gefahr einer Verschlechterung der Symptomatik in sich birgt. Der Gutachter muss also hier sehr behutsam vorgehen und immer nach dem Grundsatz handeln, dem Probanden nicht zu schaden.

Auch für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit beim Vorliegen psychoreaktiver Störungen ist nicht die psychodynamische Entwicklung einer Störung bzw. deren diagnostische Zuordnung entscheidend, sondern die Funktionseinschränkungen in qualitativer und quantitativer Art die sich aus dem psychopathologischen Befund ergeben.

Weder die diagnostische Zuordnung noch psychodynamische Aspekte können ohne Zusammenschau mit dem erhobenen psychopathologischen Befund eine Leistungsbeurteilung begründen.

Der Gutachter hat auch bei einer Begutachtung zu einem Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu beurteilen, ob Rehabilitationsbedarf im Sinne des SGB IX vorliegt und diesen auch entsprechend zu benennen. Ob bei einem laufenden Rentenverfahren vor der Entscheidung über den Rentenantrag des Versicherten eine Leistung zur Teilhabe in Form einer medizinischen Rehabilitation sinnvoll ist, steht zu bezweifeln.

Neuropsychologische Störungen als Leistungsgrund werden in der VDR-Statistik nicht gesondert erfasst, es ist jedoch davon auszugehen, dass neuropsychologische Störungen im Berentungsgeschehen wegen neurologischer Erkrankungen (Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma, Hirntumoren) häufig die entscheidende Rolle für qualitative und quantitative Leistungseinschränkungen spielen. Neuropsychologische Störungen im Rahmen demenzieller Entwicklungen spielen für die Rentenversicherung auf Grund der Altersstruktur der Aktivversicherten eine geringe Rolle.

Wichtig ist eine Beurteilung des Ausmaßes neuropsychologischer Störungen und der möglichen Besserungsprognose für die Begutachtung mit der Fragestellung weiterer Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, etwa einer medizinisch-beruflichen Rehabilitation Phase II aber auch in der Beurteilung des Leistungsvermögens bei Rentenantragstellern, wobei hier häufig Entlassungsberichte aus neurologischen Reha-Kliniken vorliegen in denen neuropsychologische Störungen dezidiert beschrieben sind.

Eine neuropsychologische Testung im Rahmen der Begutachtung muss erfolgen, wenn sich aus dem psychopathologischen Befund keine eindeutige Aussage zur Leistungsfähigkeit treffen lässt.

Notwendig ist die weitere Diskussion über die hier anzuwendenden Assessmentverfahren, wünschenswert ist eine Standardisierung.

Insgesamt wirft die Beurteilung neuropsychologischer Störungen für den Gutachter weniger Probleme auf als die Beurteilung psychoreaktiver Störungen, beide Bereiche setzen hohe gutachterliche Kompetenz und ausreichend Zeit für Begutachtung voraus. Beides auch in Zukunft zu gewährleisten und damit die Qualität der sozialmedizinischen Beurteilungen zu sichern und zu verbessern bleibt Aufgabe der Sozialmedizin .

**Heidelberger Gespräch
vom 14. bis 15. September 2005**

TITEL

Neue Aspekte in der Beurteilung psychoreaktiver und neuropsychologischer Störungen als Leistungsgrund - verfahrensrechtliche Probleme

AUTOR

Dr. jur. Peter Becker

ANSCHRIFT

Bundessozialgericht
Graf-Bernadotte-Platz 5
34119 Kassel

ZUSAMMENFASSUNG

„Verfahrensrecht“ in diesem Zusammenhang meint die Kommunikation zwischen Ärzten und Juristen / Verwaltungsbeamten, wobei vorliegend die Unterschiede zwischen Verwaltungs- und Gerichtsverfahren vernachlässigt werden sollen.

„Neue“ Aspekte bedeutet, dass kein allgemeiner Überblick über die ggf. auftretenden Probleme gegeben werden soll, sondern eine Darstellung aktueller rechtlicher Fragen um die Beurteilung - nicht nur Begutachtung (!) - psychischer Störungen, die in der jüngsten Literatur und Rechtsprechung behandelt oder in Diskussionen und Gesprächen der Praxis erörtert werden. Zu nennen sind:

- Datenschutz: zum Einsichtsrecht des Patienten in seine Akte, nicht nur für Patienten, sondern auch für Behandler?
- Datenschutz bei (gegen?) beratungsärztliche Stellungnahmen?
- Zu Gutachten:
 - o zunehmend: Auswahlrechte der Versicherten usw.
 - o zunehmend: Qualitätssicherung
 - o dadurch ggf. Retraumatisierungen und mit welchen Folgen?
- zunehmend Menschen aus dem nicht deutschen / mitteleuropäischen Sprach- / Kulturkreis - rechtliche Konsequenzen?
- Was sind – aus rechtlicher Sicht – die Beurteilungsgrundlagen – ICD 10 oder DSM IV?

**Heidelberger Gespräch
vom 14. bis 15. September 2005**

TITEL

Kommunikation in der Begutachtung – Datenschutz als Hindernis?

AUTOR

Dr. Ferdinand Bauer

ANSCHRIFT

Geschäftsstelle des
Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz
Prinz-Ludwig-Straße 9
80333 München

ZUSAMMENFASSUNG

Der Datenschutz ist ein Hindernis in der Kommunikation bei der Begutachtung - wenn man etwa den unbeschränkten Austausch zwischen den beteiligten Stellen ohne Beteiligung des Betroffenen als wünschenswert ansieht. Jedoch sind immer auch die Interessen des betroffenen Bürgers zu sehen. Die „Hindernisse“ dienen insofern in erster Linie dem verfassungsrechtlich garantierten Recht des Begutachteten auf informationelle Selbstbestimmung.

Denkbare Kommunikation in der Begutachtung ist vielfältig. Chronologisch kann man bei den Ermittlungen des Auftraggebers im Vorfeld des Gutachtens beginnen, dann kommt es zum Gutachtensauftrag und in der Folge zur Erstellung des Gutachtens, wobei immer die datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten sind. Schließlich kann man sich die Frage stellen, was aus datenschutzrechtlicher Sicht zu geschehen hat, wenn das Gutachten an den Auftraggeber übermittelt wird.

Aus datenschutzrechtlicher Sicht entscheidend ist zweierlei: Zum einen müssen jeweils die technisch-organisatorischen Voraussetzungen des Datenschutzes bei der jeweiligen Stelle gewährleistet sein, zum anderen muss für jede Kommunikation, die einen Eingriff in das informationelle Selbstbestimmungsrecht darstellt, eine Rechtsgrundlage vorhanden sein. Dies ist im Übrigen nicht nur eine Forderung des Datenschutzrechts, sondern – was die Ärzteschaft anlangt – auch eine Forderung des Straf- (§ 203 StGB) und des Standesrechts (§ 9 der Musterberufsordnung Ärztinnen und Ärzte). Eine Rechtsgrundlage für denkbare Datenübermittlungen ist entweder in (spezial)gesetzlich geregelten Übermittlungsbefugnissen oder in der Einwilligung zu sehen.

Anhand typischer Fallgestaltungen werden datenschutzrechtliche Problemstellungen schwerpunktmäßig beim Gutachter dargestellt: „Gutachterwechsel“, Mitzeichnung durch einen anderen Arzt und „Zusatzgutachten“.

Zwar mag es sein, dass die Anforderungen des Datenschutzes das Verfahren mitunter verkomplizieren. Jedoch muss ein wirkungsvoller Schutz des informationellen Selbstbestimmungsrechts gewährleistet sein. Im Übrigen ist zu bedenken, dass zwischen dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung und der angestrebten Beschleunigung des Verfahrens kein Gegensatz bestehen muss. Denn es kann auch zur Verfahrensbeschleunigung beitragen, wenn der Begutachtete die Entscheidung des Auftraggebers akzeptieren kann. Die Transparenz des Verfahrens ist hierfür ein ganz wesentlicher Gesichtspunkt.

<p style="text-align: center;">Heidelberger Gespräch vom 14. bis 15. September 2005</p>
--

TITEL

Kommunikation in der Begutachtung – Datenschutz als Hindernis? – In der Verwaltungspraxis

AUTOR

Dr. jur. Oliver Schur

ANSCHRIFT

Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie
Bezirksverwaltung Nürnberg
Südwestpark 2 – 4
90449 Nürnberg

ZUSAMMENFASSUNG

Der Schutz der Sozialdaten gehört zu den wichtigsten Belangen für alle im Bereich der Prävention, Rehabilitation und Entschädigung tätigen Menschen. Der hohe Stellenwert dürfte heute allgemein verinnerlicht sein. Die Frage, ob Datenschutz notwendig ist, bedarf deshalb keiner Diskussion.

Allerdings steht die Ausgestaltung des Datenschutzes in Deutschland nicht im Einklang mit wichtigen Verfahrensgrundsätzen. Unüberschaubare rechtliche Grundlagen, formalisierte Verfahrensschritte sowie Auslegungsschwierigkeiten und -differenzen verzögern das Verfahren erheblich. Dies beeinträchtigt das für die Berechtigten zumeist gewichtigere Interesse an einer zügigen Entscheidung über Leistungen.

Es ist keine anzustrebende Lösung, dass die Betroffenen regelmäßig Verzichtserklärungen abgeben. Vielmehr sollte das Datenschutzrecht wesentlich gestrafft und präzisiert werden. Daneben ist es aber auch erforderlich, dass sich die Datenschutzbeauftragten auf ihre unabhängige Stellung zurückbesinnen. Um materielle Gerechtigkeit zu erreichen, muss es der Sozialverwaltung stets möglich sein, die Rechts- und Tatsachenlage umfassend zu prüfen und sich weitgehend unbehindert mit Therapeuten, Gutachtern und beratenden Sachverständigen auszutauschen. In datenschutzrechtlichen Fragen muss sie in einem partnerschaftlichen Dialog einen eigenen Rechtsstandpunkt verfolgen können, ohne politischem Druck ausgesetzt zu sein. Deshalb ist auch eine sensible Entscheidung über Inhalt und Diktion der Tätigkeitsberichte der Datenschutzbeauftragten notwendig. Insbesondere bei der Diskussion ungeklärter Rechtsfragen würde ein zurückhaltendes Auftreten die unabhängige Stellung betonen und damit das Gewicht der Äußerungen insgesamt erhöhen.

**Heidelberger Gespräch
vom 14. bis 15. September 2005**

TITEL

Kommunikation in der Begutachtung – Datenschutz als Hindernis

AUTOR

Dr. med. Renate H. Beeko

ANSCHRIFT

Akademie für öffentliches Gesundheitswesen
Auf'm Hennekamp 70
40225 Düsseldorf

ZUSAMMENFASSUNG

Ärzte haben mit dem Gebot der ärztlichen Schweigepflicht eines der ältesten Datenschutzgesetze für ihre Berufsausübung. Die heutigen Datenschutzregeln gehen über die ärztliche Schweigepflicht in ihrem Regelungsbereich noch hinaus und erweitern damit den Persönlichkeitsschutz für die Patienten, auch im Gutachtenbereich.

Gutachten werden in ihrer Vielzahl entweder in der öffentlichen Verwaltung oder für die öffentliche Verwaltung erstellt, wodurch sich eine besondere Bindung an Recht und Gesetz für ihre Erstellung ergibt, sowohl für den Auftraggeber als auch für die begutachtende Person.

Durch Kenntnis und Anwendung datenschutzrechtlicher Vorgaben in der Begutachtung werden nicht nur die Persönlichkeitsrechte des Begutachteten respektiert und wird rechtmäßig verfahren, sondern es werden auch Voraussetzungen für eine klarere Kommunikation und bessere Gutachtenerstellung geschaffen.

**Heidelberger Gespräch
vom 14. bis 15. September 2005**

TITEL

Haftung des gerichtlichen Sachverständigen unter Berücksichtigung des neuen Haftungstatbestands nach § 839a BGB – aus juristischer Sicht

AUTOR

Prof. Dr. jur. Gerhard Wagner, LL.M. / Dr. jur. Christoph Thole

ANSCHRIFT

Lehrstuhl für Deutsches und Europäisches Privat- und Prozessrecht
Internationales Privatrecht und Rechtsvergleichung
Universität Bonn
Adenauerallee 24-42
53113 Bonn

ZUSAMMENFASSUNG

Das für den medizinischen Sachverständigen geltende Haftungsregime läßt sich grob unterteilen in die Privatgutachterhaftung einerseits und die Haftung des gerichtlichen Sachverständigen andererseits. Letztere ist in § 839a BGB in einer grundsätzlich abschließenden Sonderhaftungsnorm verankert worden. Gerichtlicher Sachverständiger in dem dort vorausgesetzten Sinne ist, wer von einem staatlichen Gericht in einem konkreten Verfahren ernannt wird, während Parteigutachter oder von einer Schlichtungsstelle herangezogene Sachverständige ebensowenig erfasst werden wie Behördengutachten und dienstliche Gutachten behördlicher Mitarbeiter. Ob Aussagen von sachverständigen Zeugen oder Gutachten in einem Verwaltungsverfahren zu einer Haftung analog § 839a BGB führen können, ist bisher ungeklärt.

§ 839a BGB ist Anspruchsgrundlage für das Schadensersatzbegehren, aber zugleich Haftungsprivileg für den Sachverständigen. Die Einstandspflicht tritt erst bei grober Fahrlässigkeit, d.h. bei schweren Verstößen gegen die gutachterlichen Sorgfaltspflichten ein. Das für den Gutachter geltende Pflichtenprogramm ergibt sich dabei aus den Regeln des jeweiligen Fachgebietes. § 839a BGB begründet aber nur dann einen Ersatzanspruch, wenn der Schaden durch eine auf dem unrichtigen Gutachten beruhende gerichtliche Entscheidung eintritt. Diese Haftung für sog. Urteilsschäden erstreckt sich auf alle adäquat kausalen Schäden einschließlich Vermögensschäden. Die Haftung ist ausgeschlossen, wenn der Geschädigte es zumindest fahrlässig unterläßt, den Schaden durch Gebrauch von Rechtsmitteln, durch Einwendungen gegen das Gutachten o.ä. abzuwenden. Tritt der Schaden dagegen nicht durch eine Gerichtsentscheidung ein, etwa eine Körperverletzung bei der Exploration, so handelt es sich um einen Begleitschaden, der nach den Regeln der deliktischen Jedermann-Haftung (§§ 823 ff. BGB) zu ersetzen ist.

**Heidelberger Gespräch
vom 14. bis 15. September 2005**

TITEL

Haftung des gerichtlichen Sachverständigen unter Berücksichtigung des neuen Haftungstatbestandes nach § 839 a BGB – aus Sicht des medizinischen Sachverständigen.

AUTOR

Dr. med. Frank Schröter

ANSCHRIFT

Institut für Medizinische Begutachtung
Landgraf-Karl-Str. 21
34131 Kassel

ZUSAMENFASSUNG

Vor der Neueinführung des § 839 a BGB haftete der unbeeidigte Gerichtsgutachter gemäß § 826 BGB nur nach vorsätzlichem Verschulden, bei Privatgutachten bei grober Fahrlässigkeit. Die Unbrauchbarkeit eines Gerichtsgutachtens führte – in seltenen Fällen – unabhängig vom Verschuldensgrad zum Versagen einer Vergütung, blieb ansonsten ohne Sanktion für den Gutachter.

Mit Einführung des § 839 a BGB wollte die Bundesregierung eine von ihr erkannte "Gerechtigkeitslücke" schließen: "Erstattet ein vom Gericht ernannter Sachverständiger vorsätzlich oder grob fahrlässig ein unrichtiges Gutachten, so ist er zum Ersatz des Schadens verpflichtet, der einem Verfahrensbeteiligten durch eine gerichtliche Entscheidung entsteht, die auf diesem Gutachten beruht."

Eine vorsätzliche Falschbegutachtung kann eigentlich nur auf krimineller Energie beruhen, die einer Sachverständigentätigkeit völlig fremd ist.

Eine "grobe Fahrlässigkeit" ergibt sich keineswegs allein aus der Feststellung, dass objektiv eine unrichtige gutachtliche Schlussfolgerung vorgetragen wurde. Vielmehr muss dem Sachverständigen nachgewiesen werden, dass er die gebotene Sorgfalt in außergewöhnlich schwerwiegender Weise verletzt, also auf der Hand liegende Sorgfaltsregeln missachtet hat.

Grobe Fahrlässigkeit wäre z. B. gegeben, wenn der Sachverständige von falschen, möglicherweise bei den betroffenen Probanden gar nicht erhobenen Befunden ausgegangen ist, was in der Regel vom Betroffenen selbst bei der gebotenen Überprüfung des Gutachtens erkennbar sein müsste. Solche Kontrollversäumnisse des Betroffenen – auch entsprechende Beratungsversäumnisse seines Anwalts – gehen zu Lasten des Geschädigten, der sich dieses eigene Verschulden anrechnen lassen muss.

Eine "grobe Fahrlässigkeit" führt also nicht automatisch zu einem Haftungsanspruch. Das Gutachten muss zudem zur Grundlage einer **gerichtlichen** Entscheidung geworden sein. Nach einem für den Betroffenen ungünstigen Urteil ist er zudem gehalten, den Schaden durch Gebrauch eines Rechtsmittels

abzuwenden. Tut er dies nicht, verliert er seinen Anspruch gegenüber dem Sachverständigen. Erfolgt ein außergerichtlicher Vergleich, entfällt der Anspruch nach § 839 a BGB selbst dann, wenn fehlerhafte Schlussfolgerungen des Gutachters für diesen Vergleichsschluss maßgeblich wurden.

Sollte die von vielen Juristen und Gutachtern eigentlich als überflüssig angesehene zusätzliche zivilrechtliche Absicherung eines Klägers nach § 839 a BGB, die über die üblichen Grundsätze der Amtshaftung der Gerichte hinausgeht, zu einer Qualitätsverbesserung im Gutachterwesen beitragen, hätte diese neue Bestimmung zumindest in dieser Hinsicht einen Nutzen.

<p style="text-align: center;">Heidelberger Gespräch vom 14. bis 15. September 2005</p>
--

TITEL

Haftung des gerichtlichen Sachverständigen unter Berücksichtigung des neuen Haftungstatbestandes nach § 839a BGB

AUTOR

Prof. Dr. jur. Otto Ernst Krasney

ANSCHRIFT

Im Eichenhof 28
34125 Kassel

ZUSAMMENFASSUNG

Die Schlichtungsstellen befassen sich – wie eine Umfrage bestätigt hat – grundsätzlich nicht mit Fehlern in den Gutachten von gerichtlich bestellten medizinischen Sachverständigen. Erkennbare oder vermeintliche Fehler können und werden in der Regel schon in dem Gerichtsverfahren geltend gemacht, in dem das Gutachten eingeholt wurde. Medizinische Streitpunkte werden dann noch im laufenden Verfahren gegebenenfalls durch ein neues Gutachten geklärt. Gesundheitsstörungen, die auf Untersuchungen während der Begutachtung zurückgeführt werden, können allerdings dazu führen, losgelöst von dem Ergebnis des Gutachtens die Schlichtungsstelle anzurufen. Für die Fälle, in denen der nach Auffassung des Begutachteten eine Haftung des gerichtlich bestellten medizinischen Sachverständigen begründende Fehler in der gutachterlichen Beurteilung selbst erst nach Abschluss des Gerichtsverfahrens erkennbar und strittig wird, erscheint es jedenfalls in der Regel nicht zweckdienlich, den Gang zu den Schlichtungsstellen rechtlich zu ermöglichen und tatsächlich zu beschreiten. Die fachlichen Erkenntnisse und die gesammelten Erfahrungen der in der Schlichtungsstelle mitwirkenden Mediziner und Juristen erstrecken sich regelmäßig nicht auf die besonderen medizinischen und rechtlichen Schwierigkeiten der Beurteilung, ob Gutachten medizinischer Sachverständiger grob fahrlässig unrichtig sind. Die verwaltungsrechtlichen Möglichkeiten einer erneuten Sachentscheidung unter Beachtung erkannter fehlerhafter Begutachtung (z.B. § 44 SGB X) sollten jedoch vorrangig ausgeschöpft werden. In zivilrechtlichen Streitigkeiten ist dagegen auf die Möglichkeit der Restitutionsklage nach § 580 Nr.3 ZPO hinzuweisen.

**Heidelberger Gespräch
vom 14. bis 15. September 2005**

TITEL

Weiterentwicklungen in der Pflegebegutachtung - aus Sicht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

AUTOR

Dr. med. Barbara Gansweid
Leiterin der Sozialmedizinischen Expertengruppe Pflege
der MDK Gemeinschaft

ANSCHRIFT

MDK Westfalen-Lippe
Kattenstrother Weg 90
33332 Gütersloh

E-Mail: bgansweid@mdk-wl.de

ZUSAMMENFASSUNG

Nach 10 Jahren Pflegeversicherung wird auch aus gutachterlicher Sicht ein umfassender Reformbedarf gesehen. Die Begutachtungs-Richtlinien wurden wiederholt überarbeitet. Die Präzisierungen in der nächsten Fassung, die zum 01.01.2006 in Kraft treten soll, werden weiter zur Vereinheitlichung der Begutachtungsergebnisse beitragen. Bei der extremen Varianz von Art, Umfang und Frequenz von Pflegeleistungen und dem Fehlen allgemein akzeptierter Standards bleibt die Einschätzung des Pflegebedarfs in Minutenwerten schwierig. Es wird eine scheinbare Genauigkeit vorgespiegelt, die das tatsächliche Ausmaß der Abhängigkeit des Pflegebedürftigen nicht hinreichend erfasst. Durch die somatisch orientierte Definition des Pflegebegriffs grenzt die Pflegeversicherung vor allem geistig behinderte und (geronto-) psychiatrisch veränderte Menschen aus ihrem Leistungsbezug aus, da deren spezifischer Betreuungsbedarf als Voraussetzung zum Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung nicht berücksichtigt wird.

Seit 2002 wird bereits ein Vorschlag aus dem Bundespflegeausschuss zu einem „erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff“ diskutiert, der zusätzlich zur bisherigen Grundlage des SGB XI auch

- Förderungs-, Beaufsichtigungs- und Betreuungsaufwand
- Bedarf an behandlungspflegerischen Maßnahmen
- Fähigkeit zu kommunizieren und Bedarf an sozialer Betreuung umfassen soll.

Wenn bei der anstehenden Reform der Pflegeversicherung eine solche Erweiterung des Pflegebegriffs vorgenommen werden sollte, muss rechtzeitig ein neues standardisiertes Begutachtungsinstrumentarium geschaffen und vor seinem Einsatz methodisch überprüft werden.

<p style="text-align: center;">Heidelberger Gespräch vom 14. bis 15. September 2005</p>
--

TITEL

Besonderheiten bei der Kinderpflegebegutachtung

AUTOR

Dr. med. Dorothee Braun, Ärztin für Kinderkeilkunde - Sozialmedizin

ANSCHRIFT

MDK Westfalen-Lippe, BBS Bielefeld
Hermannstr. 1-3
33602 Bielefeld

E-Mail: DBraun@mdk-wl.de

ZUSAMMENFASSUNG

Die Pflegebegutachtung bei Kindern stand seit Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes immer wieder in der öffentlichen Kritik. Dies ist maßgeblich durch folgende Punkte bedingt:

1. Die Definition des Begriffes „Pflegebedürftigkeit“, wie er im SGB XI verwendet wird, deckt sich nicht mit dem was Eltern und Betreuer als tgl. wiederkehrende Belastung im Umgang mit dem pflegebedürftigen Kind empfinden. Die durch die Einstufung erhoffte finanzielle und gesellschaftliche Anerkennung der elterlichen Pflegeleistung bleibt in vielen Fällen aus.
2. Die derzeit noch gültigen Begutachtungs-Richtlinien (BRi) geben Zeiten für den Höchstbedarf an Hilfe gesunder altersentsprechend entwickelter Kinder vor, die von dem ermittelten Gesamtbedarf global abzuziehen sind. Dieses Verfahren zur Ermittlung des krankheits- und behinderungsbedingten Hilfebedarfes ist schwierig umzusetzen und führt zu einer Verzerrung des stufenrelevanten Hilfebedarfes.

Durch die Änderung der BRi voraussichtlich zum 01.01.2006 wird diese Verzerrung dadurch beseitigt, dass die Höchstwerttabellen durch realistischere Pflegebedarfstabellen für den verrichtungsbezogenen Hilfebedarfes eines sich normal entwickelnden Kindes ersetzt werden. Ausgehend von diesem pauschalierten Maßstab des altersgemäßen Hilfebedarfs, der sich streng an den Definitionen der Verrichtungen orientiert, kann bei kranken und/oder behinderten Kindern der krankheits- bzw. behinderungsbedingten Mehrbedarf für die jeweiligen Verrichtungen im Bereich der Grundpflege und der Hauswirtschaft erfasst und dokumentiert werden.

Die Anwendung des „aktuellen“ derzeit praktizierten Verfahrens und des „neuen“ durch die voraussichtlich ab 01.2006 gültigen BRi vorgeschriebene Vorgehens wird an Beispielen erläutert.

<p style="text-align: center;">Heidelberger Gespräch vom 14. bis 15. September 2005</p>
--

TITEL

Weiterentwicklung in der Pflegebegutachtung - aus der Sicht der Betroffenen

AUTOR

Anne Kreiling
Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke
und Vorsitzende der ACHSE (Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen)

ANSCHRIFT

Amselweg 9
34225 Baunatal

ZUSAMMENFASSUNG

Wir begrüßen die Entwicklung zu mehr Mitsprache der Betroffenen, wie sie sich auch in einer Anhörung der Selbsthilfe zum Entwurf der neuen Richtlinien für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit äußert. So erleben wir auch z.B. die Einbindung der Patienten in den Gemeinsamen Bundesausschuss und seine Unterausschüsse als den richtigen Weg, gemeinsam die Versorgungssituation zu verbessern.

Die Begutachtung ihrer Pflegebedürftigkeit wird von vielen Betroffenen schon immer als sehr problematisch empfunden. Besonders Menschen mit seltenen Erkrankungen erleben sie als wenig differenziert; häufig entsteht der Eindruck, dass die entsprechende Erkrankung kaum bekannt ist und die Gutachter die speziellen Auswirkungen nicht kennen.

Gegenseitige Information und Anerkennung können helfen, die Begutachtung der Situation angemessen zu gestalten.

<p style="text-align: center;">Heidelberger Gespräch vom 14. bis 15. September 2005</p>
--

TITEL

Definition chronischer Erkrankungen nach § 62 SGB V – aus juristischer Sicht

AUTOR

RA Prof. Dr. jur. Jürgen Kruse

ANSCHRIFT

Rechtsanwälte Zamponi & Kruse
Bäckerstraße 33 c
81241 München

Evangelische Fachhochschule Nürnberg
Bärenschanzstraße 4
90429 Nürnberg

ZUSAMMENFASSUNG

Das einschlägige Gesetz zum Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, das SGB V, enthält selbst keine Definition des Begriffs der chronischen Erkrankung. Es verweist vielmehr auf sog. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 SGB V, in denen „das Nähere zur Definition einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung bestimmt“ werden soll.

Damit ist zunächst einmal klar, dass die Definitionsmacht delegiert wurde. Dies mag man begrüßen, weil im Gemeinsamen Bundesausschuss, der nun auch noch durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen unterstützt wird, ein größerer Sachverstand versammelt ist als im Deutschen Bundestag. Man kann dies aber angesichts zum Teil weitreichender Folgen, die an diesen Begriff geknüpft werden, und wegen der mangelnden demokratischen Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses auch als Problem ansehen.

Ferner ist im Gesetz nicht lediglich von einer „chronischen Erkrankung“ die Rede, sondern es muss eine „schwerwiegende“ chronische Erkrankung vorliegen, damit an sie die in § 62 vorgesehenen Rechtsfolgen geknüpft werden können.

Die Vorschrift des § 62 SGB V bezieht sich nur auf die Frage von Zuzahlungen. Infolge der jüngsten Veränderungen im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ist jedoch das neue Problem aufgetaucht, dass nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel ganz aus der Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen wurden. Dies hat schwerwiegende Konsequenzen, ganz besonders für bedürftige chronisch Kranke.

**Heidelberger Gespräch
vom 14. bis 15. September 2005**

TITEL

Definition schwerwiegender chronischer Erkrankungen nach § 62 SGB V - aus medizinischer Sicht

AUTOR

Dr. med. Helmut Piechowiak

ANSCHRIFT

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Bayern
Beratungszentrum München-Nord
Taunusstrasse 27
D-80807 München

ZUSAMMENFASSUNG

Der Beitrag des Mediziners zur 'Definition' einer "schwerwiegenden chronischen Erkrankung" ist - leider - denkbar gering. Die Sprache der Medizin(er) ist in der Regel interessenorientiert. Der Begriff „chronisch“ findet umfangreiche, aber höchst unsystematisierte Verwendung, der Begriff „schwerwiegend“ ist eher weniger gebräuchlich. Eine Analyse der Sprachgewohnheiten ist wenig hilfreich.

Die Richtlinie zeigt, dass auch hohe und kompetent besetzte Gremien wie der Gemeinsame Bundesausschuss durchaus in größte Schwierigkeiten kommen, wenn medizinische, ökonomische und politische Aspekte leistungsrechtlich nachvollziehbar und fair geregelt werden sollen. Die Praxis - so scheint es - hat sich aus Gründen des verwaltungstechnischen Aufwandes längst davon verabschiedet, die Behandlungsintensität wegen "derselben schwerwiegenden chronischen Krankheit" zu prüfen; sie prüft „Chroniker“. Deren Zahlen haben sich binnen eines Jahres mehr als verdoppelt, was kassenseitig zumindest gar nicht als ein besonderer Nachteil empfunden zu werden scheint. Die Hintergründe werden kurz angesprochen.

Besonders schwierig erscheint die Interpretation der Formulierungen unter § 2 Abs. 2 Punkt c) der Richtlinie, die nach der Beschlussbegründung eigentlich nur einen sehr ähnlichen Patientenkreis beschreiben wollen wie in Abs. 2 Punkt b). Tatsächlich ist auf Basis des gewählten Wortlauts eine befriedigende Unterscheidung von „chronischen“ und „schwerwiegend chronischen“ Erkrankungen nicht möglich. Dies könnte - vielleicht - eher gelingen, wenn die Richtlinie nicht auf die negativen Auswirkungen der Erkrankungen bei Therapieverzicht abheben würde - das kann in einer medikalisierten Gesellschaft kein realistischer Beurteilungsmaßstab sein -, sondern auf die Auswirkungen trotz normaler oder optimaler Therapie. Das würde jedenfalls Krankheitsstadien und Funktionsstörungen erfassen, die eine weit bessere Korrelation zum Begriff der Schwerbehinderung bzw. zu einem GdB 60 aufweisen würden.