

Medizinische Gutachten

Bearbeitet von
Hans Dörfler, Wolfgang Eisenmenger, Hans-Dieter Lippert, Ursula Wandl

2. Auflage 2015. Buch. XXV, 625 S. Gebunden
ISBN 978 3 662 43424 6
Format (B x L): 16,8 x 26 cm

Weitere Fachgebiete > Medizin > Human-Medizin, Gesundheitswesen > Medizinische Diagnostik, DRG-Konzept, Gutachten

Zu Inhaltsverzeichnis

schnell und portofrei erhältlich bei

The logo for beck-shop.de features the text 'beck-shop.de' in a bold, red, sans-serif font. Above the 'i' in 'shop' are three red dots of increasing size. Below the main text, the words 'DIE FACHBUCHHANDLUNG' are written in a smaller, red, all-caps, sans-serif font.

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Grundbegriffe der Begutachtung

W. Eisenmenger, H.-D. Lippert, U. Wandl

2.1 Kausalität – 43

- 2.1.1 Allgemeine Aspekte des Kausalitätsbegriffs – 43
- 2.1.2 Sozialversicherungsrecht – 43
- 2.1.3 Strafrecht – 44
- 2.1.4 Zivilrecht – 45

2.2 Verschulden – 46

- 2.2.1 Strafrecht – 46
- 2.2.2 Zivilrecht – 46

2.3 Krankenversicherung – 47

- 2.3.1 Soziale Krankenversicherung – 47
- 2.3.2 Private Krankenversicherung – 48

2.4 Unfallversicherung – 50

- 2.4.1 Gesetzliche Unfallversicherung – 50
- 2.4.2 Private Unfallversicherung – 51

2.5 Rentenversicherung – 53

- 2.5.1 Gesetzliche Rentenversicherung – 53
- 2.5.2 Private Rentenversicherung (Berufsunfähigkeitsversicherung) – 53

2.6 Pflegeversicherung – 56

- 2.6.1 Gesetzliche Pflegeversicherung – 56
- 2.6.2 Private Pflegeversicherung – 57

2.7 Schwerbehindertenrecht – 59

- 2.7.1 Behinderung – 59

2.8 Arbeitsförderung – 59

- 2.8.1 Arbeitsfähigkeit – 59

2.9 Soziales Entschädigungsrecht – 60

2.10 Strafrecht – 61

- 2.10.1 Schuldfähigkeit – 61

- 2.10.2 Verhandlungsfähigkeit – 61
- 2.10.3 Vollzugstauglichkeit – 62
- 2.10.4 Gewahrsamsfähigkeit – 62

2.11 Bürgerliches Recht – 62

- 2.11.1 Geschäftsfähigkeit – 62
- 2.11.2 Testierfähigkeit – 62
- 2.11.3 Betreuungsbedürftigkeit – 63
- 2.11.4 Vaterschaft – 63
- 2.11.5 Einstellungsuntersuchung – 63

2.12 Verwaltungsrecht – 64

- 2.12.1 Straßenverkehrsrecht – 64
- 2.12.2 Beamtenrecht – 64

Literatur – 65

In diesem Kapitel werden wichtige Rechtsbegriffe erläutert, die für die Erstattung von Gutachten in den unterschiedlichen Rechtsgebieten der sozialen wie der privaten Versicherungszweige wichtig sind und deren Bedeutung dem Sachverständigen bei der Erstellung seines Gutachtens gewärtig sein muss.

2.1 Kausalität

In diesem Kapitel werden Zusammenhangsfragen dargestellt, Fragen, bei denen es u. a. um den Nachweis von Folgen bestimmter Ereignisse geht. Diese Fragen müssen im Strafrecht hinsichtlich der Schuldhaftigkeit behandelt werden. Hier gilt die **Äquivalenztheorie**. Im Zivilrecht gilt die **Adäquanztheorie**. Hier geht es häufig um Abzüge von Versicherungsleistungen, z. B. nach Unfällen, bei bereits bestehenden Erkrankungen. Im Sozialrecht gilt die **Relevanztheorie**. Hier wird, unter mehreren konkurrierenden Bedingungen für eine Folge, die wesentliche Bedingung ermittelt.

2.1.1 Allgemeine Aspekte des Kausalitätsbegriffs

Wesentliche Fragestellung vieler ärztlicher Begutachtungen ist die Klärung des ursächlichen Zusammenhangs (Kausalität) zwischen einem Ereignis und einer Erkrankung bzw. Gesundheitsschädigung. Das medizinisch-naturwissenschaftliche Denken leitet sich hinsichtlich des Ursachenzusammenhangs primär vom naturwissenschaftlichen Kausalitätsprinzip ab, wonach jede Veränderung eine Ursache hat. Ein Ereignis wird als an eine Summe von Umständen geknüpft aufgefasst. Bei Abwesenheit oder unvollständiger Anwesenheit dieser Umstände wird erwartet, dass das Ereignis nicht eintritt; umgekehrt wird bei ihrer Anwesenheit erwartet, dass das Ereignis mit Notwendigkeit eintreten werde. Da dieses Prinzip aber bereits in den reinen Naturwissenschaften zu relativieren ist, kann es nicht verwundern, dass es sich auf den Menschen und hier speziell auf dessen Gesundheit oder Krankheit nur mit Einschränkungen anwenden lässt.

Die soziale Ordnung verlangt allerdings Entscheidungen, die gerecht und vernünftig sein sollen. Die Voraussetzungen hierfür liefert das Recht, die Rechtsprechung liefert die Endergebnisse. Da sich gezeigt hat, dass sich das naturwissenschaftliche Kausalitätsprinzip nicht in seiner Absolutheit auf juristische und medizinische Fragestellungen, speziell auf die Klärung der Ursächlichkeit bei Gesundheitsschäden, übertragen lässt, mussten juristische Kausalitätstheorien geschaffen werden, die die Rechts- und Sozialordnung garantieren.

Die medizinische Empirie liefert in aller Regel zu Kausalitätsfragen nur Aussagesicherheiten im Bereich von Wahrscheinlichkeitsgraden. Je nach den Regulierungszielen der Rechtsbereiche – Straf-, Zivil- oder Sozialrecht – sind die Anforderungen an die Beweissicherheit und damit an den Kausalitätsnachweis unterschiedlich. Dies muss der Gutachter wissen und berücksichtigen, um seinen Auftrag ordnungsgemäß erfüllen zu können.

2.1.2 Sozialversicherungsrecht

Relevanztheorie oder Theorie der wesentlichen Bedingung im Sozialrecht

Die Kausalitätsnorm im Sozialrecht gründet auf der sog. Relevanztheorie. Die Rechtsprechung hat hierzu ausgeführt (BSGE I, 72), dass als Ursachen und Mitursachen – unter Abwägung ihres verschiedenen Wertes – nur die Bedingungen anzusehen sind, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Man spricht deshalb auch von der Kausalitätstheorie der wesentlichen Bedingung. Unter mehreren konkurrierenden Bedingungen ist die wesentliche zu ermitteln und festzulegen.

Richtungsweisende Verschlimmerung unfallunabhängiger Leiden

Wichtig ist, dass ein Unfallereignis auch dann als kausal angesehen wird, wenn es ein unfallunabhängiges Leiden richtungsweisend verschlimmert hat. Insofern weicht die Kausalitätsnorm bei Unfällen, die von Sozialversicherungen entschädigt werden, von der Kausalitätsnorm ab, die greift, wenn es um Leistungen privater Unfallversicherungen geht.

Wie oben dargestellt, kommt es bei Letzteren nämlich zu einer Minderung der Leistungen um den prozentualen Anteil vorbestehender, unfallunabhängiger Leiden, während solche Abzüge im Sozialversicherungsrecht nicht zulässig sind.

Alkoholisierung als rechtlich wesentliche Ursache

Von großer praktischer Bedeutung ist die Wirkung einer Alkoholisierung bei Unfällen. Gerade bei Wegeunfällen mit Kraftfahrzeugen wird häufig der Gutachter gefragt, ob die Alkoholisierung die rechtlich allein wesentliche Ursache war (obwohl die Frage nach der rechtlichen Einordnung keine medizinische ist). Man beurteilt diese Frage sinnvollerweise so, dass man überlegt, ob ein nüchterner Kraftfahrer bei gleicher Sachlage wahrscheinlich nicht verunglückt wäre. Dieses Prinzip ist auch auf Arbeitsunfälle Alkoholisierter anzuwenden.

Lebensverkürzung durch Unfall oder Berufskrankheit

Ein ebenfalls häufig auftauchendes Problem ist die Beurteilung des Zusammenwirkens von Unfall bzw. Berufskrankheit und natürlichem Leiden beim Tod eines Versicherten. Um hier unwesentliche Belastungen, z. B. durch ein Bagatellereignis, von wesentlichen Belastungen abzugrenzen, hat die Rechtsprechung eine Normierung getroffen: Eine Berufskrankheit oder ein Unfall sind dann als wesentlich und somit als Ursache oder Mitursache anzusehen, wenn dadurch der Tod um mindestens ein Jahr vorverlegt, d. h. die Lebenserwartung des Betroffenen um mindestens ein Jahr verkürzt wurde.

Eine solche Abschätzung zu treffen, ist für den Arzt manchmal außerordentlich schwierig. Der Gutachter muss sich hierzu mit der allgemeinen Lebenserwartung bei bestimmten Leiden auseinandersetzen. Als Beispiel sei ein Todesfall bei bestehender fortgeschrittener Leberzirrhose angeführt, bei dem eine gewerbliche Vergiftung durch Einatmung von Halogenkohlenwasserstoffen erfolgt ist. Wenn es, nach primär erfolgreicher Behandlung der Auswirkungen an den Lungen, zu einem Leberversagen kommt, wird die Abschätzung der Verkürzung der Lebenszeit wesentlich davon abhängen, ob die Zirrhose bereits klinisch manifest (Aszites, Ösophagusvarizenblutungen) war oder nicht.

Nachweissicherheit und Wahrscheinlichkeitsgrade

Da es der Sinn des Sozialrechtes ist, soziale Härten zu verhindern bzw. auszugleichen, kann für die Beweisforderung im Sozialrecht nicht das gleiche gelten wie im Straf- oder Zivilrecht.

Es wäre sonst dem Antragsteller, der beweispflichtig ist, nur schwer möglich, seine Ansprüche durchzusetzen, zumal bei vielen ätiopathogenetischen Problemen Kausalitätsfragen nicht oder nur schwer zu beantworten sind. Es genügt deshalb im Sozialrecht, wenn der Antragsteller mit Wahrscheinlichkeit belegen kann, dass zwischen einem schädigenden Ereignis und seinem Gesundheitsschaden ein ursächlicher Zusammenhang besteht. Wahrscheinlichkeit ist nach einem obergerichtlichen Urteil »das Fürwahrhalten aus unzulänglichen Gründen«.

Die obergerichtliche Rechtsprechung hat im Laufe der Jahre eine Reihe von Wahrscheinlichkeitsgraden definiert. Als wahrscheinlich wird die Kausalität dann bezeichnet, wenn mehr für als gegen die ursächliche Verknüpfung zwischen Ereignis und Schaden spricht. In Zahlen ausgedrückt bedeutet dies, dass man bei mehr als 50% Richtigkeitserwartung der Aussage von **Wahrscheinlichkeit** ausgehen kann.

Wenn das Für und Wider einer Annahme völlig gleich ist, die Gründe sich also die Waage halten, spricht man

von **Unentschiedenheit**, was einem prozentualen Verhältnis von 50% zu 50% entspricht.

Als **unwahrscheinlich** wird ein Zusammenhang bezeichnet, wenn mehr Gründe dagegen als dafür sprechen, womit ein Prozentgehalt von weniger als 50% umschrieben wird.

Der höchste Wahrscheinlichkeitsgrad ist die »an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit«. In Prozenten ausgedrückt ist dies allerdings nicht 100%, sondern 99,97%. Zwischen diesem Grad der Wahrscheinlichkeit und der einfachen Wahrscheinlichkeit sind durchaus Abstufungen möglich, wie z. B. »sehr wahrscheinlich« oder »äußerst wahrscheinlich«, ohne dass dies allerdings in konkreten Prozentangaben festgeschrieben wäre. Bei Verwendung dieser Begriffe geht man allerdings davon aus, dass die Richtigkeit der Annahme in der Größenordnung von etwa 90% liegt.

Der niedrigste Wahrscheinlichkeitsgrad ist dann verwirklicht, wenn eine Annahme mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann.

2.1.3 Strafrecht

Die Bedingungs- oder Äquivalenztheorie im Strafrecht

Im Strafrecht gilt die Bedingungs- oder Äquivalenztheorie. Als ursächlich gilt jede Bedingung, die nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg (in der Medizin: der »negative Erfolg« = Schaden) entfele.

Man spricht auch von »conditio sine qua non«. Da alle Bedingungen als gleichwertig (äquivalent) angesehen werden, wird die Theorie auch als Äquivalenztheorie bezeichnet.

Beispiel: Autounfall mit Todesfolge

Ein älterer Fußgänger wird von einem schleudernden Pkw erfasst und erleidet einen Unterschenkelbruch sowie eine Commotio. Er wird stationär aufgenommen, der Bruch operativ versorgt. Aufgrund des hohen Lebensalters gelingt es nur langsam, den Patienten zu mobilisieren. Trotz Thromboseprophylaxe stirbt er nach 8 Tagen plötzlich. Die Sektion ergibt eine Lungenembolie nach Schenkelvenenthrombose im verletzten Bein. Gravierende Vorerkrankungen der Beinvenen liegen nicht vor.

Bewertung. Es handelt sich hier um eine einfache Kausalkette: Für die Entstehung von Thrombosen werden im Wesentlichen 3 Gründe diskutiert (Virchow-Trias):

- entzündliche Vorgänge der Gefäßwand,
- Störungen der Strömungsverhältnisse in den Gefäßen,
- Blutgerinnungsstörungen im Sinne erhöhter Gerinnbarkeit.

Im vorliegenden Falle ist es durch die Kollisionsverletzung zu erheblichen Blutungen in die Weichteile gekommen, außerdem zur stationären Ruhigstellung. Erfahrungsge-
mäß führen diese Veränderungen zu einer Störung der Strömungsverhältnisse in den Beinen, speziell im Einzugsbereich erlittener Verletzungen. Andere Ursachen konnten ausgeschlossen werden. Es bestehen somit zwischen verletzungsbedingter Blutung, stationärer Ruhigstellung im Bett, Beeinträchtigung der Strömungsverhältnisse in den Beingefäßen, Bildung einer Schenkelvenenthrombose und Auftreten einer Lungenembolie mit Tod ursächliche Zusammenhänge, sodass der Tod als mittelbare Folge der Unfallverletzung zu bezeichnen ist. Würde man sich das Unfallereignis hinwegdenken, wäre der Tod zu dem Zeitpunkt, zu dem er eingetreten ist, und unter den beobachteten Umständen nicht eingetreten

2.1.4 Zivilrecht

Adäquanztheorie im Zivilrecht

Im Zivilrecht existieren drei wesentliche Begriffe zur Kausalität:

- a. haftungsbegründende
- b. haftungsausfüllende
- c. adäquate Kausalität

Hat eine willkürliche menschliche Handlung oder Unterlassung einen Schaden hervorgerufen haben, bezeichnet man dies als haftungsbegründende Ursache. Der daraus entstandene Schaden ist dann die haftungsausfüllende Kausalität. Dieser Schaden muss allerdings »adäquat« sein, weshalb auch von »Adäquanztheorie« gesprochen wird. Darunter versteht man, dass ein Ereignis nach der allgemeinen Lebenserfahrung – »normalerweise« – geeignet gewesen sein muss, zu einer bestimmten Folge bzw. Gesundheitsschädigung zu führen.

Wenn ein Schaden nur eine weit entfernt liegende Möglichkeit der Folge eines Verhaltens darstellt, sodass mit dieser Möglichkeit nach vernünftiger Lebensauffassung und Erfahrung nicht gerechnet werden konnte, gilt die Bedingung als nicht kausal. Das Reichsgericht hat dies so umschrieben (RGZ 133, 126), dass eine Handlung oder Unterlassung dann adäquat sei, wenn sie im Allgemeinen und nicht nur unter besonders eigenartigen, ganz unwahrscheinlichen und nach dem regelmäßigen Verlauf der Dinge außer Betracht zu lassenden Umständen zur Herbeiführung eines Erfolges geeignet war.

Beispiel: Begriffe zur Kausalität

Die verschiedenen Begriffe lassen sich sehr gut am Beispiel eines Auffahrunfalls, d. einer Heckkollision erklären: Klagt ein Geschädigter nach einem nachgewiesenen Heckan-

stoß über Beschwerden im Sinne einer HWS-Distorsion, so war die Kollision haftungsbegründend. Dem Geschädigten obliegt dann aber der volle Nachweis der haftungsausfüllenden Kausalität, d. dass bei den konkreten Bedingungen dieser Kollision seine Gesundheitsschädigung eine adäquate Folge war. Mittels einer biomechanischen Analyse lassen sich sehr gut die während des Unfalls auf den Körper des Betroffenen einwirkenden Kräfte berechnen. Bewegen sich diese Kräfte im Rahmen alltäglicher Belastungen der HWS, so wird dem Betroffenen der volle Nachweis der haftungsausfüllenden Kausalität schwerlich gelingen.

Zurechnungszusammenhang bei vorbestehendem Leiden

Ein Zurechnungszusammenhang wird bejaht, wenn der Schaden z. B. durch eine spezielle konstitutionelle Schwäche des Geschädigten ermöglicht oder aggraviert worden ist. Wenn z. B. ein Bechterew-Kranker bei einem Auffahrunfall eine HWS-Fraktur erleidet, obwohl der Aufprall nur mit ganz geringer Geschwindigkeit erfolgte (Geschwindigkeitsänderung $\Delta v < 10$ km/h), so wird der Kausalzusammenhang bejaht, denn der Schädiger hat keinen Anspruch darauf, nur auf gesunde Personen zu treffen.

Dieser Grundsatz gilt allerdings nicht für ungewöhnliche, keinesfalls zu erwartende Verläufe. So wird ein Herzinfarkt nach einer Auseinandersetzung über einen Verkehrsunfall nicht als adäquate Folge angesehen.

Zurechnungszusammenhang bei Fehlverhalten Dritter

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Bewertung ärztlichen Fehlverhaltens innerhalb einer Kausalkette. Wenn z. B. bei einem fremdverschuldeten Verkehrsunfall jemand einen Unterschenkelbruch erleidet und sich durch einen ärztlichen Sorgfaltspflichtverstoß eine Pseudarthrose der Frakturstelle entwickelt, die trotz langwieriger weiterer Behandlungsschritte zu einer Fehlstellung oder Verkürzung des Beines führt, so ist der Unfall kausal für dieses Endergebnis. Denn nach den Erfahrungen des täglichen Lebens muss mit Fehlern bei der ärztlichen Behandlung gerechnet werden. Lediglich wenn ein völlig außerhalb der Lebenserfahrung liegender Kunstfehler vorgekommen wäre, wäre die Kausalitätskette unterbrochen.

Beweislast und Nachweissicherheit

Die Anforderungen an die Sicherheit des Nachweises der ursächlichen Verbindung eines Fehlverhaltens mit einem Schaden sind im Zivilrecht primär nicht geringer als im Strafrecht, d. h. denjenigen, der etwas behauptet (Kläger), trifft die Pflicht des Nachweises. Ist es nicht möglich, den Beweis zu erbringen, kann das Gericht eine Beweiserleichterung zulassen, nach dem Beweis des ersten Anscheins.

Ist ein Fehlverhalten des Beklagten nachgewiesen, kann das Gericht dem Kläger weitere Beweiserleichterungen beim Kausalitätsnachweis bis hin zur Umkehr der Beweislast zubilligen, sodass der Beklagte beweisen muss, dass der Schaden auch eingetreten wäre, wenn kein Fehlverhalten erfolgt wäre.

2.2 Verschulden

2.2.1 Strafrecht

Verschulden und Nachweissicherheit

Allerdings können nur solche Bedingungen einem Verursacher zugerechnet werden, die er schuldhaft verursacht hat. Ein Verschulden kann vorsätzlich oder fahrlässig, jeweils mit Abstufungen, sein (► Übersicht).

Verschulden

- **Vorsätzlich** bedeutet: Mit vollem Wissen und Willen das Ergebnis herbeizuführen.
- **Bedingt vorsätzlich** bedeutet: Das Ergebnis zwar nicht direkt anzustreben, aber es billigend in Kauf zu nehmen.
- **Bewusst fahrlässig** bedeutet: Das Ergebnis aufgrund seiner persönlichen Fähigkeiten ins Kalkül gezogen zu haben, aber darauf vertraut haben, dass es nicht eintritt.
- **Fahrlässig** bedeutet: Das Ergebnis nicht vorhergesehen zu haben, obwohl es einem bei zumutbarer Überlegung möglich gewesen wäre.

Allen diesen Varianten ist gemeinsam, dass das Ergebnis für den Verursacher **vorhersehbar** gewesen sein muss

Der Nachweis der Kausalität muss mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit geführt werden. Dies ist zwar keine mathematische Sicherheit entsprechend 100%, es müssen aber »vernünftige Zweifel schweigen«.

Die hohe Anforderung an die Aussagesicherheit kommt v. a. den beschuldigten Ärzten in Behandlungsfehlerprozessen zugute, da sich selten der Verlauf einer Krankheit in die Zukunft extrapolieren lässt, wenn man die Vielzahl denkbarer natürlicher Komplikationen berücksichtigt.

Beispiel: Alkoholisierter Patient stirbt nach Klinikentlassung

In die Ambulanz eines Krankenhauses wird ein Patient gebracht, der bewusstlos auf der Straße lag.

Aufnahmebefund. Somnolent und ansprechbar, starke Alkoholfahne. Der aufnehmende Arzt erfährt vom Patienten, dass dieser größere Mengen Bier getrunken habe. Keine äußerlich sichtbare Verletzung. Während der palpatorischen Untersuchung am Schädel und grober Prüfung des neurologischen Status erscheint die Mutter des Patienten und gibt an, dass dieser, nach zurückliegendem Schädel-Hirn-Trauma, nach Alkoholgenuß öfter Krampfanfälle erleide. Unter Hinweis auf zahlreiche gleichartige Krankenhauseinlieferungen bittet die Mutter, den Patienten zu entlassen, damit er seinen Rausch zu Hause ausschlafen könne. Der Arzt bricht daraufhin die Diagnostik ab und entlässt den Patienten. Dieser liegt am nächsten Morgen tot im Bett.

Sektionsbefund. Epidurales Hämatom nach parietotemporaler Kalottenfraktur.

Kausalitätsbegutachtung. Das Unterlassen weiterer Diagnostik, speziell einer Röntgenaufnahme des Schädels, stellt sich als Sorgfaltspflichtverstoß dar.

- Wäre der Krankheitsverlauf ein anderer gewesen, wenn eine Röntgenaufnahme gefertigt worden wäre?
 - Nicht jeder Schädelbruch ist auf einer Röntgenaufnahme sicher zu erkennen. Wäre es dieser gewesen?
 - Es lag eine Verwerfung der Tabula externa vor, die in der a.-p.-Aufnahme sicher zu sehen war.
- Was hätte sich in der Behandlung dadurch geändert?
 - Man hätte stationär aufnehmen und beobachten müssen. Bei neurologischen Symptomen: Operation oder Verlegung zum CT.
- Wäre durch die Operation der Tod vermieden worden?
 - Die postoperative Mortalität des epiduralen Hämatoms beträgt laut Statistiken mindestens 4%. Somit kann nicht gesagt werden, dass der Patient 100%ig überlebt hätte.

Fazit: Trotz Verstoß gegen die Regeln der Sorgfaltspflicht kann nicht gesagt werden, dass der Tod mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vermieden worden wäre, wenn die Regeln der ärztlichen Kunst eingehalten worden wären.

2.2.2 Zivilrecht

Beweislast und Nachweissicherheit

Die in ► Abschn. 2.1.4 dargestellten Bestimmungen zur Beweislast und Nachweissicherheit gelten auch hier.

Minderung der Versicherungsleistung in der privaten Unfallversicherung

In der privaten Unfallversicherung bestimmen die allgemeinen Versicherungsbedingungen, dass bei Mitwirkung

von Krankheiten oder Gebrechen an den eingetretenen Unfallfolgen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen ist, sofern dieser Anteil einen Mindestprozentsatz erreicht.

Dies führt häufig dazu, dass vom ärztlichen Sachverständigen eine Schätzung verlangt wird, welchen Anteil unfallunabhängige Leiden an einem Krankheitsbild haben. Das bedeutet, dass der Gutachter eine Wertung mit konkreten Zahlenangaben vornehmen muss. Erwartet werden Prozentzahlen hinsichtlich der Teilkomponenten eines komplexen Krankheitsgeschehens. Jedem Gutachter muss klar sein, dass solche Schätzungen nur grob und generalisierend sein können.

2.3 Krankenversicherung

2.3.1 Soziale Krankenversicherung

Krankheit

Ein Versicherter erhält nur dann Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn er krank ist. Krank ist ein Versicherter nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), wenn er unter einem regelwidrigen körperlichen Zustand leidet, der entweder die Behandlungsbedürftigkeit oder die Arbeitsunfähigkeit oder beides zur Folge hat (BSGE 13, 134; 59, 119; Höfler in: Kassler Kommentar, § 27 SGB V, Rz. 9 ff.) Es handelt sich bei dem Begriff der Krankheit um einen rechtlichen Zweckbegriff, nicht um eine medizinische Definition. Er hat den Sinn, das Risiko festzulegen und zu offenbaren, was die Leistungspflicht auslöst.

Für das Feststellen der Regelwidrigkeit ist vom Leitbild des gesunden Menschen auszugehen, der zur Ausübung normaler körperlicher und psychischer Funktionen in der Lage ist (BSGE 35, 10). Eine Abweichung von dieser Norm führt zur Regelwidrigkeit, wobei es sich um eine erhebliche Abweichung handeln muss. Auf natürlichen Entwicklungen (Altersgebrechlichkeit, Schwangerschaft etc.) beruhende Schwächezustände oder Beschwerden stellen keine Krankheiten dar.

Den Krankheitsbegriff erfüllt auch ein hinreichend konkreter Krankheitsverdacht. Dieser Zustand muss Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit verursachen. Dies ist dann der Fall, wenn der regelwidrige körperliche oder geistige Zustand im Verhältnis zu anderen Einzelbedingungen wegen seiner besonderen Beziehung zu Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit diese wesentlich mitbewirkt hat (BSGE 33, 202 = NJW 1972, 1157).

Behandlungsbedürftigkeit liegt vor, wenn durch den regelwidrigen Gesundheitszustand körperliche oder geistige Funktionen in so beträchtlichem Maße eingeschränkt

sind, dass ihre Wiederherstellung der Mithilfe des Arztes bedarf (BSGE 26, 240). Behandlungsbedürftigkeit und Behandlungsfähigkeit müssen gegeben sein, und sie müssen mit den Behandlungszielen des § 28 SGB V in Verbindung gebracht werden. Ziel der ärztlichen Behandlung ist es, den regelwidrigen Gesundheitszustand zu erkennen, zu heilen, Verschlimmerungen zu verhindern oder Beschwerden zu lindern.

In Fällen, in denen noch keine Funktionsstörungen eingetreten sind, genügt zur Behandlungsbedürftigkeit die Prognose, dass sich unbehandelt der Gesundheitszustand verschlechtern würde und dass durch möglichst frühzeitige Behandlung dieser Verschlechterung entgegengewirkt werden kann (Hennies 1997b, S. 76).

➤ Als Behandlungserfolg muss nicht vollständige Heilung erreichbar sein. Es genügt eine begründete Aussicht auf Besserung oder wenigstens Linderung der Beschwerden.

Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Arbeitnehmer infolge Krankheit daran gehindert ist, die ihm nach dem Arbeitsvertrag obliegende Tätigkeit zu verrichten, oder wenn er die Tätigkeit nur unter der Gefahr, seinen Zustand in absehbar naher Zukunft zu verschlechtern, fortsetzen kann und deshalb die Arbeit vorzeitig niederlegt (BAGE 7,144; BSGE 26, 288).

Zwischen der Krankheit und der Unfähigkeit, Arbeit zu leisten, muss Kausalität bestehen. Der Begriff findet sich nicht im Gesetz, sondern ist in langer Rechtsprechung (auch für das Rentenrecht) entwickelt worden.

Zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit muss geklärt werden, welche Tätigkeit der Arbeitnehmer zuletzt verrichtet hat und ob er diese oder eine ähnlich geartete Tätigkeit nach dem derzeitigen Gesundheitszustand noch ausführen kann.

Bei fortbestehendem Arbeitsverhältnis konzentriert sich die gutachterliche Beurteilung auf die letzte ausgeübte Tätigkeit. Das beim Versicherten festgestellte, individuelle Leistungsprofil wird am beruflichen Anforderungsprofil gemessen.

Ist das Arbeitsverhältnis gelöst und besteht Arbeitslosigkeit, so richtet sich die Begutachtung an den Normen des Arbeitsförderungsrechts aus.

Dienstunfähigkeit

Der Begriff der Dienstunfähigkeit gilt einheitlich für das Beamtenrecht in Bund und Ländern und erfasst alle Beamten, Richter, Soldaten sowie Wehr- und Zivildienstleistende. Näheres dazu findet sich in Abschnitt 2.03.04 zum Beamtenrecht.

Dienstunfähigkeit bezieht sich auf ein bestimmtes Amt und stellt nicht auf generelle Erwerbsfähigkeit ab. Einem Beamten kann ein anderes Amt derselben oder einer anderen Laufbahn übertragen werden, und zwar auch ohne seine Zustimmung, wenn mit diesem Amt mindestens dasselbe Endgrundgehalt verbunden ist und außerdem zu erwarten ist, dass der Beamte den Anforderungen genügt.

➤ **Cave: Der Begriff der Dienstunfähigkeit im Beamtenrecht darf nicht mit dem der Dienstunfähigkeit in § 7 BAT (= jetzt § 3 Abs. 4 TVöD) verwechselt werden. Dort ist er identisch mit Arbeitsunfähigkeit.**

Rehabilitation/Leistungen zur Teilhabe

Nicht nur im Bereich der Rentenversicherung, sondern auch in der Krankenversicherung gibt es Rehabilitation. Hennies (1997a, S. 35) weist darauf hin, dass sich der juristische Begriff (auf den es hier ankommt) und der medizinische Sprachgebrauch nicht decken. Rehabilitation umfasst alle Maßnahmen, die darauf gerichtet sind, körperlich, geistig oder seelisch behinderten Menschen zu helfen, ihre Fähigkeiten und Kräfte zu entfalten.

Hierzu gehört neben der Eingliederung in Arbeit und Beruf die Vorbeugung gegen drohende Behinderung. Rehabilitation in diesem Sinne umfasst neben der Vorbeugung (Prävention) die Eingliederung (Habilitation) und die Wiederherstellung (Rehabilitation).

Die Krankenkassen sind nach dem SGB V zuständig für die Gesundheitsförderung (§ 20), die Verhinderung von Krankheiten (§§ 21–24b), die Früherkennung von Krankheiten (§§ 25, 26) und die Behandlung von Krankheiten (§§ 27–52). In letzterer Funktion ist auch die medizinische Rehabilitation in ambulanter wie stationärer Rehabilitationskur enthalten (§ 40).

Das sozialversicherungsrechtliche Leistungsrecht ist insgesamt vom **Vorrangprinzip** geprägt. Dies bedeutet, dass

- Prävention vor Rehabilitation
- rangiert und dass wiederum
- Rehabilitation/Leistung zur Teilhabe vor Rente

treten soll. Für die gesetzliche Krankenversicherung bedeutet dies, dass in ihrem Leistungskatalog Leistungen, die einer drohenden Behinderung und Pflegebedürftigkeit vorbeugen, Vorrang vor Leistungen bei Krankheit haben, denn Vorsorgemaßnahmen und Leistungen, die der Rehabilitation dienen, sind vorrangig.

2.3.2 Private Krankenversicherung

Private und gesetzliche Krankenversicherungen sind zwei völlig verschiedene Systeme, deren einzige Gemeinsam-

keit die Übernahme von Kosten im Krankheitsfall durch die jeweilige Versicherung ist.

Die private Krankenversicherung zählt zu den ältesten Sparten der Versicherungswirtschaft. So wurden 1845 die ersten Krankenkassen durch die Preußische Allgemeine Gewerbeordnung zugelassen und gegründet. 1883 wurde im Zuge der Sozialgesetzgebung Bismarcks die Krankenversicherung als erster Zweig der Sozialversicherung eingeführt. Zu dieser Zeit wurden etwa 10% der Gesamtbevölkerung erfasst. Seit diesem Zeitpunkt lässt sich auch klar zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung unterscheiden, denn die nicht von der Versicherungspflicht erfassten Personen sahen sich veranlasst, eine private Entsprechung zu bilden – die private Krankenversicherung.

Nach dem totalen Zusammenbruch des gesamten Sozialsystems 1945 und dem Untergang jeglicher Betätigung privater Krankenversicherungsunternehmen wurde 1948 der bizonale Verband der privaten Krankenversicherung gegründet. Der Aufschwung der PKV dauerte bis in die Mitte der 1950er-Jahre an und stagniert seitdem. Durch Pflichtversicherungen und Öffnung der gesetzlichen Krankenversicherung für Angestellte verzeichnet man viele Abwanderungen aus der PKV.

Was ist versichert?

Versichert sind die finanziellen Folgen bei Krankheit. Darunter fallen die medizinisch notwendige Heilbehandlung bei Krankheit oder Unfall sowie Sonderleistungen bei Schwangerschaft, Entbindung und Krankheitsprävention. Besonders absichern lassen sich auch der Pflegefall, stationäre Komfortunterbringung sowie Erstattung von Tagegeldern.

Risikoprüfung

Anders als bei der gesetzlichen Krankenversicherung, bei der keine Risikozuschläge und keine Leistungsausschlüsse erhoben werden und bei der Versicherungsschutz vom ersten Tag der Versicherung an besteht, sind die Aufnahmebedingungen privater Krankenversicherer strenger. Er kann entscheiden, wen er versichern will. Es besteht kein Rechtsanspruch auf den Vertragsabschluss. Je nach Gesundheitszustand können Risikozuschläge erhoben oder Wartezeiten festgelegt werden. Auch ein Leistungsausschluss ist möglich. Wenn die Kosten die Einnahmen des privaten Versicherungsunternehmens übersteigen, werden Beitragsanpassungen vorgenommen.

Ziel von Versicherungsgesellschaft und Versicherten ist es, die Kosten überschaubar zu halten und Kündigungen nach Vertragsabschluss zu vermeiden. Aus diesem Grund wird vor Vertragsannahme eine Risikoprüfung vorgenommen. Es wird überprüft, ob bei dem Versiche-

rungsnehmer in den nächsten Jahren zu erwarten ist, dass hohe Rechnungen an den Versicherer eingereicht werden.

Hierzu müssen Fragen nach dem Gesundheitszustand wahrheitsgemäß beantwortet werden. In der Regel wird nach Arztbehandlungen in den letzten 5 Jahren, Krankenhausaufenthalten in den letzten 10 Jahren, bevorstehenden Behandlungen, fehlenden Zähnen und ohne zeitliche Einschränkung nach schweren Erkrankungen und Behinderungen gefragt. Danach werden ggf. Risikozuschläge erhoben oder der Vertragsabschluss gar ganz abgelehnt. Wurden Gesundheitsfragen nicht umfassend und wahrheitsgemäß beantwortet, kann der Vertrag noch Jahre später gekündigt werden.

Um die Zahl der Kündigungen möglichst niedrig zu halten, muss gewährleistet sein, dass die Versicherungsnehmer ihre Beitragszahlungen regelmäßig leisten. Aus diesem Grund werden Anträge von Personen, bei denen dies scheinbar nicht gewährleistet ist, nicht angenommen (z. B. Arbeitslose, Personen mit Haftbefehlen, Umschüler, Ausländer ohne längerfristige Aufenthaltsgenehmigung, Personen ohne festen Wohnsitz, Personen mit Vertragskündigung wegen Nichtzahlung durch den vorherigen Krankenversicherer, bestimmte Berufsgruppen mit unregelmäßigem Einkommen und hoher beruflicher Gefährdung).

Die Risikoprüfung einer Versicherungsgesellschaft ist aber immer individuell. Aus diesem Grund ist es möglich, dass Personen mit mehreren gleichzeitig gestellten Anträgen bei der einen Gesellschaft ohne weiteres angenommen, bei einer anderen mit Zuschlag versichert und bei einer dritten sogar ganz abgelehnt werden können. In Zweifelsfällen können auch Probeanträge gestellt werden.

Beitragsberechnung

In der privaten Krankenversicherung wird der zu leistende Beitrag immer individuell berechnet. Dies bedeutet, dass die Beitragszahlungen abhängig sind vom Umfang des gewünschten Versicherungsschutzes und von personenbezogenen Kriterien (Eintrittsalter, Geschlecht, evtl. bestehende zuschlagpflichtige Vorerkrankungen) beim Eintritt in die private Krankenversicherung.

Da an den personenbezogenen Kriterien nichts zu ändern ist, kann der Beitrag nur durch die Auswahl der Tarife beeinflusst werden. Der Kunde kann zwischen Tarifen mit Grundleistungen und Tarifen mit gehobenen Leistungen unterscheiden, wobei jeder gewünschte zusätzliche Luxus extra bezahlt werden muss.

Kostenbewusstes Verhalten, z. B. die Übernahme eines Selbstbehaltes, kann die Versicherungsbeiträge erheblich reduzieren. Der Selbstbehalt kann entweder als absolute Summe, z. B. 500 Euro pro Jahr, oder als prozentualer Eigenanteil bei jeder Rechnung, z. B. 15%, festgelegt wer-

den. Zur besseren Kalkulierung der Kosten ist eine obere Begrenzung der eigenen Zuzahlungen sinnvoll. Zu unterscheiden ist zwischen einem ambulanten Selbstbehalt und einer Summe, die auch bei Rechnungen aus den anderen Bereichen (stationärer Aufenthalt, Rehabilitation) fällig wird. Nicht selten »belohnen« Versicherer auch ihre Kunden, die keine Leistungen eingereicht haben, mit einer Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung oder Beitragsreduzierung.

Weitere Faktoren, die die Höhe des Beitrages bestimmen, sind z. B. Risikoprämie, Wahrscheinlichkeit von Vertragsstornierungen, aktuelle Sterbetafeln, Rückstellungen, Kosten des Versicherers; sie werden vom Versicherer festgelegt und sind von den Versicherten nicht zu beeinflussen. Immer fließt in den Beitrag noch eine Alterungsrückstellung ein, die bewirkt, dass der Beitrag im Alter nicht zu sehr ansteigt. Die Phase in jungen Jahren wird demnach als Sparphase bezeichnet, im Alter beginnt dann die Entnahmephase, in welcher die Alterungsrückstellungen aufgelöst werden.

Personenkreis

Bisher konnte sich nicht jeder privat krankenversichern. Die private Krankenversicherung war nur offen für alle Personen, die nicht der gesetzlichen Versicherungspflicht unterliegen. Dies bedingte, dass sich v. a. folgende Personengruppen privat krankenversichern können:

- Arbeitnehmer mit einem Bruttojahreseinkommen von mindestens 46.350 Euro (Bemessungsgrenze),
- Freiberufler und Selbstständige,
- Beamte und Beamtenanwärter,
- nicht versicherungspflichtige Studenten,
- Ärzte im Praktikum,
- Zeitsoldaten nach Abschluss ihrer Dienstzeit und
- Personen, die für längere Zeit ins Ausland gehen.

Dies hat sich im Zusammenhang mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung geändert. Danach müssen die Unternehmen der privaten Krankenversicherung ihren Kunden einen Basis tariff anbieten und bei einem Wechsel von einem Anbieter zu einem anderen den Transfer der Alterungsrückstellung ermöglichen. Die **Neuregelung** ist zum 1. Januar 2009 in Kraft getreten.

Besonderheiten der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist jeder freiwillig versichert, während bei den gesetzlichen Krankenkassen die meisten Versicherten pflichtversichert sind. In der PKV ist der Versicherte selbst Vertragspartner des Arztes. Es besteht freie Arztwahl unter allen niedergelassenen

Ärzten. Dies gilt auch für das Krankenhaus oder sonstige Heilbehandler. Der Behandlungsvertrag wird zwischen den beiden Partnern geschlossen. Für jede Leistung erhält der privat Versicherte eine Rechnung, die er überprüfen kann und die Grundlage für die Leistungserstattung ist.

In der gesetzlichen Krankenkasse dagegen gilt das Sachleistungsprinzip. Rechnungen werden nicht gestellt. Alle Leistungen werden unmittelbar von der Krankenkasse bezahlt. Häufig sind allerdings Zuzahlungen zu entrichten.

Die PKV ermöglicht es den Versicherungsnehmern, sich einzeln und individuell zu versichern. Für jede Person wird ein eigener Versicherungsvertrag mit einem eigenen Beitrag abgeschlossen. Der Versicherungsschutz ist deshalb ebenfalls höchst individuell und stark variierbar. Eine Familienversicherung besteht nicht in der PKV. Ehepartner und Kinder können unter bestimmten Bedingungen mitversichert sein, zahlen aber eigene Beiträge.

Krankenzusatzversicherung

Da die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen in letzter Zeit erheblich eingeschränkt wurden, existieren heute zahlreiche und umfangreiche Selbstbeteiligungen sowie deutliche Einschnitte im Leistungskatalog. Private Zusatzversicherungen erweitern die Leistungen der GKV in vielen Bereichen des Versicherungsschutzes. Es bietet sich insbesondere die private Ergänzung folgender Bereiche an:

- stationärer Aufenthalt im Ein- oder Zweibettzimmer mit freier Arzt- und Krankenhauswahl,
- Zahnersatz,
- Heilpraktiker und andere alternative Heilmethoden,
- Sehhilfen,
- Heilmittel,
- Zusatzversicherungen für ambulante Heilbehandlung,
- Pflegekostenversicherung,
- Auslandsreisekrankenversicherung,
- Krankentagegeld,
- Krankenhaustagegeld,
- Pflegetagegeld.

Streitfälle

Gesetzliche Grundlagen der PKV sind Versicherungsvertragsgesetz und allgemeine Versicherungsbedingungen, welche das Zustandekommen und die Erfüllung des Vertrags verbindlich regeln. Einem Vertrag zur Krankheitskostenvollversicherung liegen, hierarchisch geordnet, folgende Gesetze zugrunde: BGB (Bürgerliches Gesetzbuch), HGB (Handelsgesetzbuch) sowie spezielle Versicherungsgesetze (z. B. Versicherungsvertragsgesetz, allgemeine Versicherungsbedingungen, spezielle Klauseln).

➤ Für Streitfälle in der privaten Krankenversicherung sind die Zivilgerichte, für Streitfälle in der gesetzlichen Krankenversicherung die Sozialgerichte zuständig.

2.4 Unfallversicherung

2.4.1 Gesetzliche Unfallversicherung

Arbeitsunfall

Der Begriff ist in § 8 SGB VII definiert. Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz begründenden Tätigkeit. Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Als Gesundheitsschaden gilt auch die Beschädigung oder der Verlust eines Hilfsmittels.

Sowohl zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfallereignis als auch zwischen dem Unfall und dem Gesundheitsschaden als Folge muss (haftungsbegründende und haftungsausfüllende) Kausalität bestehen.

Für die Aufklärung des Sachverhaltes gelten unterschiedliche Beweismaßstäbe:

- Der Vollbeweis gilt für die versicherte Tätigkeit, den Unfall und den Gesundheitsschaden.
- Für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsschaden im Rahmen der haftungsausfüllenden Kausalität gilt die hinreichende Wahrscheinlichkeit.

Berufskrankheit

Die Definition der Berufskrankheit findet sich in § 9 SGB VII. Die Bundesregierung bezeichnet durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Krankheit als Berufskrankheit, wenn ein Versicherter sie aufgrund der Ausübung einer versicherten Tätigkeit erleidet.

Die Bundesregierung wird ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als Berufskrankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der Wissenschaft durch besondere Einwirkung verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grad als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Die Bundesregierung kann dabei bestimmen, dass die Krankheiten nur dann Berufskrankheiten sind, wenn sie durch Tätigkeiten in bestimmten Gefährdungsbereichen verursacht worden sind oder wenn sie zur Unterlassung aller Tätigkeiten geführt haben, die für die Entstehung oder Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.

Medizinische Gutachten

Dörfler, H.; Eisenmenger, W.; Lippert, H.-D.; Wandl, U.
(Hrsg.)

2015, XXV, 625 S. 65 Abb., Hardcover

ISBN: 978-3-662-43424-6