

# BUZ aktuell

## Mediation in der BUZ

### Alternative Streitbeilegung als effektives Instrument einer verfahrensoptimierten Leistungsregulierung?

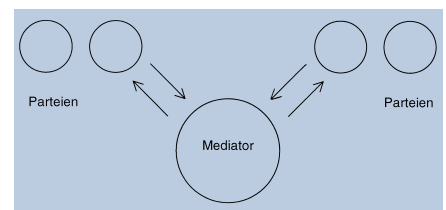


Jürgen Teiwes,  
Rechtsanwalt,  
BUZ-Schadenservice,  
GeneralCologne Re,  
teiwes@gcr.com  
Tel. 0221 9738-469

*Dass Mediation nicht mit den Entspannungsübungen und Stressbewältigungsprogrammen der Meditation verwechselt werden sollte, hat sich mittlerweile herumgesprochen. Aber was bedeutet Mediation genau? Wie funktioniert Mediation in der Praxis? Wie ist das Verfahren zur Vermittlung in einem Konflikt aufgebaut? In welchen Fällen kann Mediation in der Versicherungswirtschaft erfolgreich eingesetzt werden? Viele Fragen, die oft unbeantwortet bleiben.*

#### Was ist Mediation?

Mediation wird als die Vermittlung in einem Konflikt zwischen zwei oder mehreren Konfliktparteien unter Einschaltung eines in der Regel neutralen Dritten (Mediators) bezeichnet, ohne dass dem Dritten eine eigene Entscheidungsbefugnis zusteht. Vielmehr versuchen die Parteien in einem Mediationsverfahren freiwillig, selbständig und eigenverantwortlich unter Vermittlung eines neutralen Dritten, ihren Konflikt zu einer für alle tragbaren Lösung zu führen. Die Freiwilligkeit der Parteien kann durch vertragliche Mediationsklauseln oder durch Vorschriften der in einigen Bundesländern (in Nordrhein-Westfalen zum 01.10.2000) eingeführten obligatorischen Streitschlichtung eingeschränkt sein. Aber auch diese Verfahren fallen unter den Begriff der Mediation, und die Freiwilligkeit hinsichtlich des Mediationsergebnisses wird stets gewährleistet.



Grundmodell der Mediation

#### Entwicklung und Anwendungsbereiche

Mediation in der heutigen Form kam ungefähr ab 1970 aus den USA nach Deutschland. Ebenso wie

## Inhalt

Mediation in der BUZ	1
Der Diabetes mellitus	4
Blick über den Zaun	10
Aktives Rückenmanagement	13
Seminartermine	16
Impressum	16

in den USA, wo Mediation sich zunächst im Familien- und Umweltrecht etablierte, entwickelte sich die Mediation auch bei uns zunächst im Familienrecht bei der Trennung und Scheidung. Dort führte die Einführung verschiedener interdisziplinärer Arbeitskreise zur Mediation in familiengerichtlichen Verfahren Anfang 1992 zur Gründung der Bundes-Arbeitsgemeinschaft für Familienmediation (BAFM), einem bundesweiten Fachverband der Familienmediatoren.

Dagegen befindet sich die Wirtschaftsmediation seit ungefähr 1998 immer noch in den Anfängen, trotz der Bemühungen der Gesellschaft für Wirtschaftsmediation und Konfliktmanagement (GWMK), den Mediationsansatz in der praktischen Konfliktlösung ausgewählter Branchen der Wirtschaft einzusetzen.

Gerade in letzter Zeit sind deutliche Entwicklungen erkennbar:

- Das Gesetz zur Förderung der außergerichtlichen Streitbeilegung vom 15. 12. 1999 (BGBl. Nr. 55 1999 I, Seite 2400) sieht vor, dass der Landesgesetzgeber bestimmen kann, dass in vermögensrechtlichen Streitigkeiten vor dem Amtsgericht mit einem Streitwert bis zu 1.500 DM und nachbarrechtlichen Streitigkeiten die Erhebung der Klage nur zulässig ist, wenn zuvor von einer durch die Landesjustizverwaltung eingerichteten oder anerkannten Gütestelle versucht worden ist, die Streitigkeit einvernehmlich beizulegen.
- Der Referentenentwurf zum „Gesetz zur Reform des Zivilprozesses“ des Bundesministeriums der Justiz vom 23. 12. 1999 sieht eine der mündlichen Verhandlung vorgeschaltete Güteverhandlung vor. Das Gericht wird danach zudem ermächtigt, den Parteien eine außergerichtliche Streitschlichtung vorzuschlagen. In letzter Zeit werden verstärkt regionale Mediation Centres gegründet, die zunehmend auch bei der Durchführung von Mediationsverfahren mit wirtschaftlich

geprägten Konflikten Unterstützung anbieten.

- Auch die Gründung regionaler Schlichtungsstellen zur alternativen Konfliktbeilegung in Zusammenarbeit von regionalen Anwaltvereinen und Industrie- und Handelskammern sind zu beobachten. Mit dem Ziel einer schnellen und effizienten Beilegung von Streitigkeiten im grenzüberschreitenden Geschäftsverkehr und insbesondere im Bereich der Finanz- und Versicherungsdienste hat die Europäische Kommission 35 bereits bestehende einzelstaatliche Beschwerdestellen, die beispielsweise auf die Kredit- oder Versicherungswirtschaft spezialisiert sind, zu dem europaeinheitlichen Netz „Fin-Net“ verknüpft.

### Die 5 Grundprinzipien der Mediation

In der Praxis haben sich einige Verfahrensgrundsätze der Mediation und persönliche Charaktereigenschaften des Mediators als unverzichtbar erwiesen:

#### *Neutralität des Mediators*

Der Mediator sollte beiden (bzw. allen beteiligten) Parteien die jeweils erforderlichen Hilfestellungen und Informationen geben. Er muss sich jedoch jeglicher Bewertungen des Sachverhalts und jeder Parteilichkeit enthalten.

#### *Vertraulichkeit*

Anwälte z. B. sind bereits gemäß § 43 a Abs. 2 BRAO i.V. mit § 2 BORA [oder: aufgrund berufsständischer Vorschriften] zur Verschwiegenheit verpflichtet. Bei anderen Berufsgruppen stellt die Vertraulichkeit einen Verfahrensgrundsatz der Mediation dar. Im Mediationsverfahren ist auch im Verhältnis der Parteien untereinander Vertraulichkeit geboten, denn das im Mediationsverfahren Gesagte darf in einem späteren Prozess nicht gegen die andere Partei verwendet werden.

#### *Selbstverantwortlichkeit*

Die Lösung des Konflikts wird von den Parteien selbst und in eigener Verantwortung erarbeitet und nicht durch den Mediator verbindlich vorgegeben.

#### *Informiertheit*

Die Parteien werden vom Mediator über alle entscheidungswesentlichen Tatsachen informiert. Der Anwalt informiert auch über gesetzliche Grundlagen, während alle anderen zur Mediation befähigten Berufsgruppen einen Anwalt hinzuziehen müssen, um einen Verstoß gegen das Rechtsberatungsgesetz zu vermeiden.

#### *Freiwilligkeit*

Jedes Verfahren, auch ein nicht freiwillig begonnenes, kann jederzeit auf Wunsch einer Partei ohne Sanktionsfolgen beendet werden.

### Die 5 Phasen des Mediationsverfahrens

- Erste Phase: Abschluss des Mediationsvertrages
- Zweite Phase: Bestandsaufnahme
- Dritte Phase: Interessenfindung
- Vierte Phase: Konfliktlösung
- Fünfte Phase: Ergebnis

In der Vorbereitungsphase (erste Phase, an deren Ende der Abschluss des Mediationsvertrages stehen sollte) treten idealerweise beide Parteien, meist jedoch lediglich eine Partei an den Mediator mit dem Wunsch heran, ein Mediationsverfahren durchzuführen. Mit allen am Mediationsverfahren beteiligten Parteien werden dabei die Erwartungshaltungen der Parteien an den Mediator und an das Verfahren erörtert.

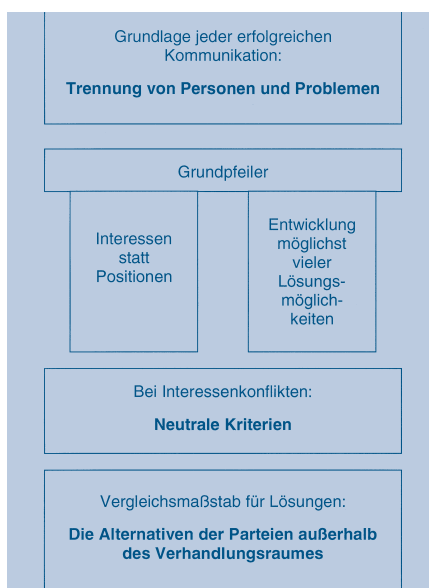
Hierzu gehört im Wesentlichen:

- Die Parteien bestimmen die Themen der Mediation und die Reihenfolge, in der die Themen ver-

handelt werden sollen. Der Mediator legt das Verfahren fest und kann auf die Strukturierung des Problemstoffes lediglich Einfluss zu nehmen versuchen, je nachdem, ob er seine Rolle mehr aktiv oder passiv sieht.

- Der Mediator ist lediglich für den Verhandlungsprozess verantwortlich, für den Inhalt und das Ergebnis sind dagegen die Parteien allein zuständig.
- Die Parteien sollen nach einer fairen Lösung suchen und dabei Anspruchsdenken vermeiden. Anhaltspunkt für eine Lösung können, müssen aber nicht (ausschließlich) die geltenden Gesetze sein.

Das Ziel in dieser Phase der Mediation ist es, bereits im Anfangsstadium ein Vertrauensverhältnis zwischen allen am Verfahren Beteiligten aufzubauen sowie die Motivation der Parteien für das Verfahren sicher zu stellen und etwaige Machtungleichgewichte zu beseitigen. Abgeschlossen wird diese Phase der Mediation durch die Unterzeichnung des Mediationsvertrages, der im Wesentlichen Absprachen über die organisatorische Vorgehensweise und auch eine entsprechende Gebührenvereinbarung enthält, üblich ist dabei eine gesamtschuldnerische Übernahme der Kosten durch beide Parteien zu gleichen Teilen.



Grundpfeiler der Mediation

In der zweiten Phase (Bestandsaufnahme) werden in einem ersten Treffen die zu klärenden Themengebiete abgesteckt, die dritte Phase (Interessenfindung) dient der Klärung der Bedürfnisse und Interessen der Parteien, der Ermöglichung gegenseitigen Verständnisses sowie der Identifizierung eines Bezugs- und Wertesystems. Der Mediator muss in dieser Phase auf der Grundlage des in der ersten Phase geschlossenen Mediationsvertrages und der in der zweiten Phase erfolgten Bestandsaufnahme die Absichten und Interessen der Parteien herauszufiltern und auf einen Nenner zu bringen versuchen. Er muss versuchen, die interessenbestimmten Ziele einer Partei von deren auf dem Beharren einer eingenommenen Position bestimmten Verhalten zu trennen und den Parteien diesen Unterschied zu verdeutlichen.

In der vierten Phase (Konfliktlösung) sammelt der Mediator alle in Betracht kommenden Lösungsvorschläge der Parteien, um sie dann in der sich anschließenden „Bewertungsphase“ nach deren praktischer Durchsetzbarkeit gewichten zu können. Auf diese Weise können die von den Parteien übereinstimmend als nicht erfolgversprechend angesehenen Lösungsvorschläge ausgesondert und sogenannte „Win-Win-Situationen“, d. h. Lösungen ohne Verlierer geschaffen werden.

Die fünfte Phase dient der Fixierung des Ergebnisses der Konfliktlösung der vierten Phase unter Beachtung der materiellen Rechtslage und der rechtlichen Formvorschriften. Zu diesem Zweck wird die abschließende Mediationsvereinbarung unterzeichnet.

### Mediation statt Litigation

Die klassische juristische Methode der Streitentscheidung (Litigation) basiert auf der sogenannten Subsumtionstechnik und ist von daher anspruchsbasiert. Sie lässt in der Regel nur einen Gewinner zu und delegiert die Verantwortung zur Lösung des Konfliktes an einen Dritten, den Richter. Das Verfahren ist

dabei ein fehlerorientiertes, was zur Folge hat, dass die Konfliktparteien ihre eigenen Interessen hinter der einmal eingenommenen Position nicht erkennen und weiter auf ihrem Standpunkt beharren, ohne im laufenden Gerichtsverfahren überhaupt einmal die Möglichkeit gehabt zu haben, das Interesse und damit die Position der anderen Partei zu erkennen. Der Grad der durch die Gerichtsentscheidung angestrebten Befriedigungswirkung bleibt somit häufig eher gering.

Die Stärken des Mediationsverfahrens zeigen sich dagegen insbesondere im Familienrecht, aber auch im Mietrecht oder im Nachbarrecht, weil nach einer Mediation die engen persönlichen Beziehungen bestehen bleiben können, die Gefahr einer (auch emotionalen) Eskalation vermieden wird und Rachegefühle aufgearbeitet werden.

Im Bereich der Wirtschaft bietet sich die Mediation vor allem deshalb an, weil die Unternehmen auch nach Beilegung des Streits weiterhin geschäftliche Beziehungen zueinander unterhalten (müssen). Diese geschäftliche Grundlage würde durch ein möglicherweise jahrelanges, kostenträchtiges und häufig mit dem „Gesichts-“ und Imageverlust eines Unternehmens verbundenes Gerichtsverfahren entzogen.

### Versicherungsspezifische Aspekte ...

Noch in diesem Jahr soll nach den Plänen des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) ein in Berlin ansässiger Ombudsmann für die Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Kunden und Versicherern eingeführt werden. Vorbild ist der seit ungefähr acht Jahren erfolgreich arbeitende Ombudsmann der Banken zur Streitschlichtung zwischen privaten Kunden und privaten Banken. Der Ombudsmann der Versicherungsbranche soll Streitfälle bis 10.000,- DM verbindlich für die Unternehmen – unverbindlich für die Kunden – entscheiden und bei Streitwerten bis 100.000,- DM

Empfehlungen aussprechen können. Die Möglichkeit für die Kunden, sich statt dessen an das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen (BAV) oder an Gerichte zu wenden, bleibt unberührt.

Der Ombudsmann soll über ein Call-Center rund um die Uhr erreichbar sein. Er wird von den beteiligten Versicherungsgesellschaften finanziert. Ein Beirat von Gruppen, die „eine wichtige Stimme in Verbraucherfragen“ haben, soll die Schiedsstelle unterstützen. Um die Unabhängigkeit des Ombudsmanns zu gewährleisten, soll die Amtszeit auf fünf Jahre begrenzt sein. Die privaten Krankenversicherer wollen sich nicht beteiligen, sondern eine eigene Schiedsstelle einrichten.

### ... auch in der BUZ?

Die Voraussetzungen der Mediation in der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung weichen im Grundsatz nicht von denen anderer Bereiche ab.

Auch hier – wie in anderen Versicherungssparten – entwickeln sich die Konflikte im Spannungsverhältnis zwischen Kunde und Versicherer, teils unter Einschaltung des Rückversicherers. Auch hier sind zeit- und kostenintensive Gerichtsverfahren mit der zunehmend absehbaren Tendenz, sich ohnehin gerichtlich zu vergleichen, sowie die zunehmende Prozessfreudigkeit der Kunden Grund genug, sich auf Seiten der Versicherer der Mediation als Wegbereiter kreativer und einvernehmlicher Lösungen zu öffnen.

Denn auch in der BUZ gibt es genug Streitpotential:

- (jahre-) lange Klageverfahren
- Anzeigepflichtverletzungen
- Auseinandersetzungen um den Grad der Berufsunfähigkeit
- Widerstand gegen Verweisung
- Ablehnung von Wiedereingliederungsmaßnahmen in der Rehabilitation
- Ablehnungsschreiben als einseitiges Diktat, das Streitfälle provoziert

Da damit gerechnet werden muss, dass Lebensversicherer in Zukunft auch anhand der Qualität ihrer Schadenregulierung bewertet werden, steht damit auch die Schadenregulierung in der BUZ auf dem Prüfstand. In erster Linie müssen unnötige Prozesse vermieden werden, um in der Schadenregulierung eine stärkere Kundenorientierung entfalten zu können. Wirtschaftliche Interessen müssen an die Stelle der rechtlichen Eskalation mit emotionaler Beteiligung beim Versicherten und beim Regulierer treten. Nur so kann das für die klassische rechtliche Auseinandersetzung typische Beharren auf den eigenen Positionen der Parteien durchbrochen und statt einer Aufarbeitung der Vergangenheit Raum gewonnen werden für eine kreative Gestaltung der Zukunft.

Die Mediation bietet in der BUZ die Möglichkeit, zeitlich schnellere und kostengünstigere Lösungen mit einer größeren Befriedigungswirkung bei den Parteien zu finden. Nur diese sogenannte Win-Win-Situation nützt beiden – dem Versicherer und dem Kunden.

## Diabetes mellitus – „eine rätselhafte Erkrankung“

### Bewertung der Berufsunfähigkeit bei Frühkomplikationen und Spätschäden



Bernhard Balg,  
Ärztlicher Dienst  
GeneralCologne Re  
bbalg@gcr.com

*Der Diabetes mellitus stellt wie kaum eine andere chronische Krankheit den Patienten vor hohe Anforderungen beim Umgang mit dieser Erkrankung. Der Patient wird nicht nur seine Ernährungsgewohnheiten (Reduktion der Zufuhr von Kohlehydraten und Kalorien im Rahmen der „Diabetes-Diät“) umstellen müssen, insbesondere hat er auch aufgrund der verzögerten Wundheilung penibel auf Verletzungen zu achten, selbst wenn diese nicht unmittelbar spürbar sind. Auch die Blutzuckerselbstkontrolle setzt auf Seiten des Patienten voraus, den Blut-*

*zuckerspiegel durch eine Reihe von Maßnahmen selbst aktiv regulieren zu können. Die Komplexität des Krankheitsbildes setzt somit einen aufgeklärten, sich selbst beobachtenden Patienten voraus, der gewillt und in der Lage ist, die notwendig gewordene Änderung seines Lebensstils tagtäglich aktiv und geduldig zu managen.*

## Historisches

Das Wort „Diabetes mellitus“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet „honigsüßer Durchfluss“. Belegt ist eine Aussage des Griechen Aretaios von Kappadokien aus dem Jahre 100 nach Christus, demzufolge der Diabetes „eine rästelhafte Erkrankung“ sei. Auch heute noch hat diese Einschätzung Gültigkeit, insofern die Krankheitsentstehung noch nicht vollständig aufgeklärt ist.

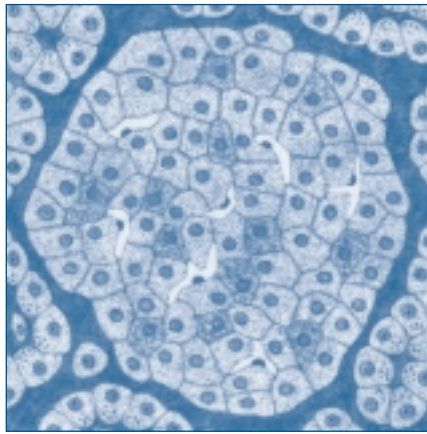
Thomas Willis (1621 – 1675) beschrieb den honigsüßen Geschmack des Urins, lange Zeit konnte nur durch das Schmecken des Urins die Diagnose des Diabetes mellitus gestellt werden.

Paul Langerhans (1847 – 1888) beschrieb 1869 die inselartige Zellinformation in der menschlichen Bauchspeicheldrüse, den sog. „Langerhans-Inseln“. Mering und Minkowski gelang es im gleichen Jahr, tierexperimentell bei Hunden einen Diabetes mellitus zu erzeugen, indem sie die Bauchspeicheldrüse (Pankreas) entfernten.

Die erste Behandlung eines Patienten mit Insulin erfolgte 1922. 1960 wurde die chemische Struktur des Insulins aufgeklärt, 1976 gelang erstmalig die Umwandlung von Schweineinsulin in Humaninsulin. Seit 1979 wird Humaninsulin gentechnologisch hergestellt.

## Definition und Ausbreitungsgrad

Der Diabetes mellitus ist eine chronische Stoffwechselerkrankung mit Verminderung der Insulinwirkung. Mit dem Diabetes mellitus ist der Hausarzt täglich konfrontiert. In Deutschland leben zur Zeit 4 Millionen Diabetiker, wovon 10 % dem Typ I und 90 % dem für die BUZ relevanten Typ II zuzuordnen sind, der eine typische Wohlstandserkrankung darstellt: „Zuviel Essen bei zu wenig Bewegung!“ In den nächsten zehn Jahren ist mit einer Zunahme der Zahl auf 6 Millionen zu rechnen, was in erster Linie auf den Anstieg der Lebenserwartung bei erblich bedingter Diabetes mellitus zurück zu führen ist.



Langerhans-Inselzellen

## Die verminderte Insulinaktivität als Erkrankungsursache

Das Insulin ist ein Hormon, das in den Inselzellen (lat. insula: die Insel) der Bauchspeicheldrüse gebildet wird. Es dient dem Transport des Traubenzuckers (Glucose), der – vor allem nach den Mahlzeiten – aus dem Verdauungstrakt anflutet. Der Traubenzucker ist der universelle „Treibstoff“ aller Körperzellen. Das Insulin öffnet die Eingangstüren der Zellen, sodass der Traubenzucker in diesen Zellen aufgenommen und verarbeitet werden kann. Dadurch sinkt die Konzentration des Traubenzuckers im Blut.

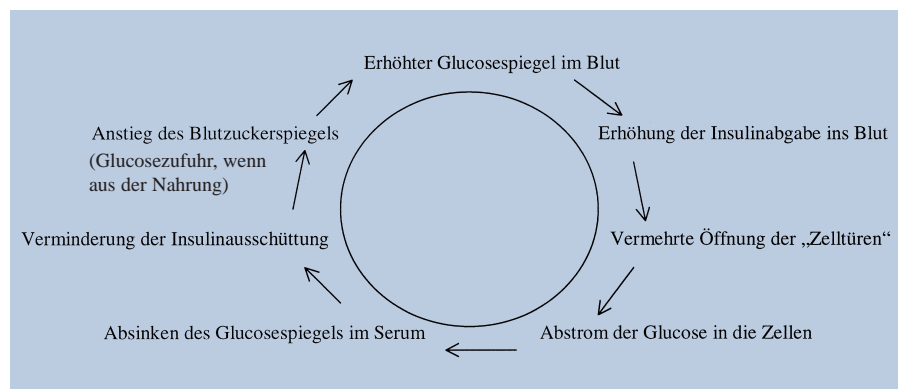
Die Insulinausschüttung geschieht hierbei nach dem Prinzip der positiven Rückkoppelung.

Dabei wird eine Basisrate Insulin kontinuierlich ausgeschüttet und zu den Mahlzeiten eine höhere Dosis abgegeben. Durch diese „Thermostatregelung“ wird der Blutzuckerspiegel zwischen 60–140 mg % eingependelt. Bei länger dauernder

Erhöhung des Blutzuckers über diese Werte kommt es zu einer krankhaften Verkalkung der Arterien. Bei Hinzutreten anderer atrophischer (verkalkungsfördernder) Faktoren (Hypertonie, Fettstoffwechselstörung, Nikotinabusus) kommt es zu dramatischer Beschleunigung der Arteriosklerose.

## Typ I-Diabetes

Hierbei handelt es sich um den klassischen Typ des Insulinmangeldiabetes. Bei genetischer Veranlagung kommt es nach einem Virusinfekt zur Bildung von Antikörpern gegen diese Viren. Die Antikörper enthalten jedoch zusätzlich die Fehlinformation: Zerstöre die Inselzellen! Bei Fehlen der Fähigkeit des Immunsystems diese Zerstörung zu verhindern, kommt es innerhalb von Wochen zum völligen Erliegen der Insulinproduktion mit akut lebensbedrohlichen Folgen. Der Blutzucker steigt an, kann jedoch wegen mangelnder Öffnung der Türen nicht in den Zellen aufgenommen werden. Es kommt zum Stillstand der Zellmotoren, die auf „Notstromaggregat“ umschalten und Fettsäuren verbrennen. Dies führt bei längerem Andauern zu einer Anhäufung von Säuren im Blut (Azidose), die bei längerem Andauern (Tage) zum Tod führt (Koma diabeticum, azidotisches Koma). Der Beginn der Erkrankung ist plötzlich und muss sofort durch die Gabe von Insulin behandelt werden. Die Insulintherapie muss lebenslang erfolgen. Die Erkrankung beginnt meist vor dem 30. Lebensjahr (juveniler oder jugendlicher Diabetes mellitus). Die immu-



Die Insulinausschüttung erfolgt nach dem Prinzip der positiven Rückkoppelung.

## Krankheitssymptome

Je nach Ausmaß des vorhandenen Insulinmangels und der Dauer des Mangels können mehr oder weniger deutliche Symptome (isoliert oder kombiniert) gefunden werden, wie:

- starker Durst 67–91 %
- Mattigkeit, Abgeschlagenheit 64–80 %
- vermehrtes Wasserlassen 40–75 %
- Juckreiz 20–50 %
- Heißhunger 25 %
- Sehstörungen 25 %
- Infektanfälligkeit 10–15 %

Beim Typ II-Diabetes wird der Verlauf hauptsächlich durch die Folgen der Gefäßschäden bestimmt. Etwa drei Viertel der Patienten sterben an vaskulären Komplikationen. Bei 30–50 % der Patienten mit Typ II-Diabetes fehlen Beschwerden ganz oder sind derartig gering, dass sie nicht Veranlassung zu einem Arztbesuch geben.

Die Prognose der Diabeteskranken könnte entscheidend verbessert werden, wenn es gelänge, das allgemeine Wohlstandssyndrom, bestehend aus Fettleibigkeit (Adipositas), Fettstoffwechselstörung, Hyperurikämie infolge von Fehlernährung und Überernährung (durch zuviel Zucker, zuwenig Ballaststoffgehalt bei kohlenhydrathaltigen Nahrungsmitteln, zuviel Fett, zu reichlich Eiweiß – und zuviel Alkohol), positiv zu beeinflussen.

nologischen Veränderungen sind dabei schon lange vor Ausbruch der Erkrankung zu erkennen.

### Typische Merkmale bei Typ I-Diabetes

- paukenschlagartiger Beginn
- nicht älter als 30 Jahre
- sofort und auf Dauer insulinpflichtig
- Einstellung der Blutzuckerwerte knifflig

### Typ II-Diabetes

Beim Typ II-Diabetes kommt es zunächst zu einem vermindertem Ansprechen der „Zelltüren“ auf das zeitgerecht und ausreichend angebotene Insulin (Insulinresistenz). Die Insulinresistenz wird durch Überge-

wicht gefördert. Es kommt zu einer Erhöhung des Blutzuckers mit konsekutiver, weiterer Erhöhung der Insulinproduktion (Hyperinsulinämie). Bis zur Erschöpfung der Inselzellen infolge Überforderung dauert es Jahre. Der Blutzuckerspiegel ist lange noch, zumindest im Zustand der Nüchternheit, ausgeglichen. Insulin fördert den Appetit, sodass es zu weiterem Gewichtsanstieg und Zunahme der Insulinresistenz kommt. Der weitere Verlauf der Erkrankung führt zur Verminderung der Insulinproduktion unter die notwendige Menge. Dieses Defizit muss durch Insulingaben substituiert werden. Der Typ II-Diabetes ist immer mit anderen Risikofaktoren (Übergewicht, Hypertonie, Hyperlipidämie) verbunden („Tödliches Quartett“).

### Typisch Merkmale des Typ II-Diabetes

- schleichender Beginn
- Alter > 35 Jahre,
- Übergewicht
- oft zusätzliche Risiken (Übergewicht, Hypertonie),
- Insulin nur nach längerer Erkrankung erforderlich
- bei guter Compliance gut einstellbar.

### Diagnostik

Bei Typ I-Diabetes ist die Diagnose wegen des dramatischen Beginns einfach.

Bei Typ II-Diabetes verläuft die Erkrankung schleichend, die von der WHO mit einem Nüchternblut-

zucker > 125 mg % definiert wurde. Ein postprandialer (p. p.; nach der Mahlzeit) Wert von 180 mg % und mehr beweist eine diabetische Stoffwechsellage. Diät und Medikation geben weitere Hinweise über die Schwere der Erkrankung. Grenzsituationen werden mit dem oralen Glucosetoleranztest (OGTT) geprüft, bei dem der Blutzucker nach Gabe von 75 – 100 Gramm Traubenzucker gemessen wird. Der Blutzucker sollte nach 2 Std. unter 200 mg % liegen. Werte zwischen 140–200 mg % sind verdächtig und weisen auf eine gestörte Glucosetoleranz hin (Siehe Tabelle 1).

Wichtigstes Maß für die Qualität der Blutzuckereinstellung ist der HbA1c. Der rote Blutfarbstoff (Hämoglobin: Hb) nimmt Zucker aus dem Blut auf. Der „verzuckerte“ Anteil (HbA1c) ist umso größer, je höher der Blutzucker ist. Da die roten Blutkörperchen als Träger des Hb eine durchschnittliche Lebensdauer von drei Monaten haben, repräsentiert der prozentuale Anteil des HbA1c am Gesamt-Hb die Qualität der Blutzuckereinstellung (Normalwert beim Gesunden 4–6 %). Auf Dauer kann bei optimaler Therapie ein Wert von 6–7 % erreicht werden.

### Symptome

Der Diabetes mellitus verursacht zunächst keine spürbaren Symptome, daher muss die Compliance durch Aufklärungsarbeit erreicht werden. Beim Typ I-Diabetes treten

	Kriterien für die Diagnose des Diabetes mellitus und der eingeschränkten Glukosetoleranz (alle Plasmaglukosewerte in mg/dl)						Kriterien für die Diagnose eines Schwangerschaftsdiabetes (100-g-OGTT)
	Normal		Diabetes mellitus		Eingeschränkte Glukosetoleranz		Plasmaglukose venös
	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Nüchtern ≥ 105 mg/dl 1 h ≥ 190 mg/dl 2 h ≥ 165 mg/dl 3 h ≥ 145 mg/dl
NPG	< 115	< 130	≥ 140	≥ 140	115–139	130–139	
OGTT	< 140	< 140	≥ 200	≥ 200	140–199	140–199	

**Abkürzungen:** NPG = Nüchternplasmaglukose, OGTT = Oraler Glukosetoleranztest  
 Aus: Harris, M. et al. for the National Diabetes-Data-Group: „Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance“. *Diabetes* 28: 1049, 1979. Verwendet mit der Genehmigung der American Diabetes Association, Inc.

Tabelle 1 Kriterien der National Diabetes-Data-Group

plötzliche Schwäche, starker Durst, schweres Krankheitsgefühl und Gewichtsverlust auf. Es besteht akute Lebensgefahr.

Der Typ II-Diabetes zeigt auf Grund des schleichenden Beginns keine Akutsymptome. Wichtige Indikatoren sind schlecht heilende Wunden, Durst, Hautpilzinfektionen, oft Zufallsbefunde beim check-up.

## Frühkomplikationen

Zu den möglichen Frühkomplikationen gehören das Koma und die Hypoglykämie.

Unter einem Koma ist dabei eine narkoseähnliche Bewusstlosigkeit zu verstehen. Hierbei handelt es sich um eine lebensbedrohliche Situation mit der Notwendigkeit der Überwachung und Behandlung auf einer Intensivstation. Das Koma diabeticum ist beim Typ I-Diabetes als akut bedrohliche Situation anzusehen (Ketoazidose: Übersäuerung des Blutes), die innerhalb von Tagen tödlich verlaufen kann. Beim Typ II-Diabetes tritt das Koma als seltene Komplikation meist bei alten Menschen durch einen starken Anstieg des Blutzuckers bis 1000 mg % mit einer einhergehenden „Eindickung“ des Blutes und dadurch bedingter Hirndurchblutungsstörung auf (Hyperosmolares Koma). Diese Frühkomplikation kann bei mangelnder Therapie und Blutzuckerüberwachung jederzeit innerhalb von Tagen eintreten: In ein Koma fällt man nicht, man gleitet hinein.

Unter einer Hypoglykämie ist die Unterzuckerung durch Übermedikation mit blutzuckersenkenden Medikamenten, oder mangelnder Nahrungszufuhr zu verstehen. Eine ungewöhnliche körperliche Belastung kann bei bisher guter Einstellung durch vermehrten Glucoseverbrauch ebenfalls zur Hypoglykämie führen. Das Gehirn reagiert sehr sensibel auf Glucosemangel. Zunächst treten Heißhunger, Schweißausbruch, Hände zittern auf. Danach kommt es zu Einschränkungen der Reaktionsfähigkeit. Psychische Entgleisungen, einhergehend

mit einer völligen Verknennung der Situation und Fehlreaktionen sind möglich; später tritt ein Bewusstseinsverlust auf. Im Gegensatz zum diabetischen Koma kann sich die tiefe, komatöse Situation in Minuten entwickeln. Zur Verhinderung dieser Gefahr trägt jeder Diabetiker Traubenzucker als sofort wirksames Gegenmittel bei sich: Er ist geschult, die frühesten Anzeichen zu erkennen.

Die Hypoglykämie tritt vor allem bei Typ I-Diabetikern auf, die ihre Insulindosis wegen der wechselnden Stoffwechselsituation ständig anpassen müssen und nach Möglichkeit am unteren Limit eingestellt werden müssen. Beim stabileren Diabetes Typ-II sind die Hypoglykämien meist auf Diät- oder Medikationsfehler zurückzuführen. Bei guter Schulung und Compliance sind Unterzuckerungen hier selten.

Die Einstellung des Blutzuckerspiegels kann durch unterschiedliche Verhaltensweisen reguliert werden (siehe Abbildung Waage).

## Spätkomplikationen

Der Diabetes mellitus führt zu einer frühzeitigen, schweren Arteriosklerose, wobei der Typ I mehr die kleinen Gefäße (Mikroangiopathie), und der Typ II die großen Arterien angreift (Makroangiopathie). Folgende Gefäßprovinzen sind dabei häufig betroffen:

**Gehirn:**  
Hirndurchblutungsstörungen, Apoplex (Schlaganfall).

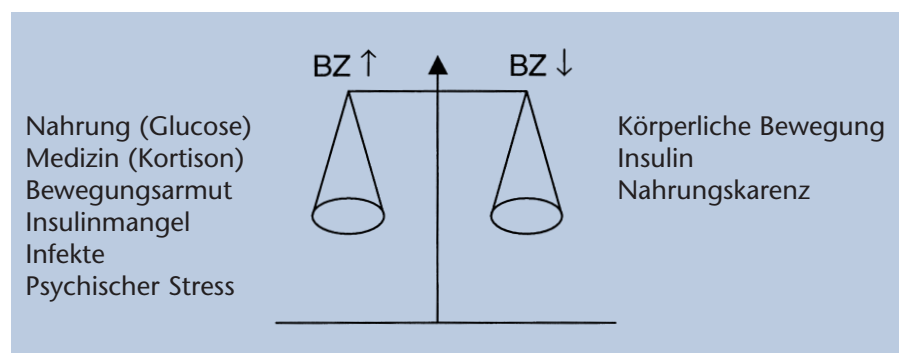
**Auge:**  
Durchblutungsstörungen der Netzhaut (Retinopathie), grauer Star (Katarakt). Die Schäden (Lähmungen, Erblindung, Sprachstörungen) können vom Neurologen und Augenarzt objektiviert werden.

**Herz:**  
Koronare Herzkrankheit. Herzinfarkt, manchmal schmerzlos (stumm) verlaufend. Beurteilung durch Internisten oder Cardiology: Welches Leistungsvermögen hat das Herz-Kreislaufsystem noch? Ein halbes bis ein Jahr nach einem Infarkt ist der endgültige Zustand erreicht.

**Niere:**  
Diabetische Nephropathie mit chronischem Nierenversagen. Dialyse, Transplantation.  
Notwendige Unterlagen: Arztbericht mit Angaben zu Blutdruck, Medikamenteneinnahme. Labor: Blutbild, Kreatinin(-Clearance), Eiweißausscheidung im Urin.

**Nervensystem:**  
Polyneuropathie mit strumpfförmig von den Füßen aufsteigenden Missempfindungen: Kribbeln, Brennen. Objektivierung durch Stimmgabeltest.

**Füße:**  
Durchblutungsstörungen und Zerstörung der Schmerznerven führen zu nicht bemerkten Wunden, die schlecht heilen und häufig zur Amputation führen. Bei optimaler Versorgung abheilend. Bei Verengung der großen Arterien mittels OP.  
Arztbericht, Krankenhausbericht.



Die Einstellung des Blutzuckerspiegels wird durch unterschiedliche Verhaltensweisen beeinflusst, wie das Modell einer Waage veranschaulicht.

## Therapie

Zwei Ziele müssen mit der Therapie erreicht werden, nämlich erstens die Verhinderung von Frühkomplikationen, also die Verhinderung von Koma und Hypoglykämien, und zweitens die Verhinderung von Spätkomplikationen. Das diabetische Koma tritt selten auf und hat bei rechtzeitiger Behandlung keine Folgen. Es ist bei mehrfachem Auftreten ein Zeichen mangelnder Behandlung. Die Hypoglykämie tritt vor allem bei insulinabhängigen Diabetikern auf und wird bei diesen als Zeichen der „straffen Einstellung“ zum zeitlichen Hinausschieben der Spätfolgen in Kauf genommen.

Im Bereich der Spätkomplikationen ist mit arteriosklerotischen Verengungen in den verschiedenen Gefäßprovinzen 15–20 Jahre nach Beginn der Erkrankung zu rechnen. Die Arteriosklerose ist wesentlich häufiger als beim Nichtdiabetiker, insbesondere das Nierenversagen ist eine typische Komplikation des Diabetes. Auch die beste Einstellung des Blutzuckers verhindert die Komplikationen nicht, sondern verschiebt sie nur. Zusätzliche Risikofaktoren wie Hypertonie, Nikotin, erhöhte Blutfette potenzieren das Risiko. Beim Diabetes Typ II, der nur ein Teilaspekt des metabolischen Syndroms ist, verbessert eine Normalisierung des Blutdruckes die Prognose wesentlich stärker als eine Normalisierung des Blutzuckers. Die Prognose ist abhängig von Dauer der Erkrankung sowie der Höhe des Blutzuckers (zur Zeit bestes Kriterium: HbA1c).

Die Diabetesbehandlung der letzten Jahre hat verstärkt die Eigeninitiative und Eigenverantwortlichkeit des Patienten in den Vordergrund gestellt. Der Patient ist Hauptakteur: Er misst seinen Blutzucker selber und er ist geschult, seine Medikation und Diät situationsgerecht anzupassen. Der diabetisch geschulte Hausarzt, die diabetologische Schwerpunktpraxis und das Diabetes Schulungszentrum werden nach Bedarf eingeschaltet, Diabetesassistentinnen und Diätberater

runden das Betreuungsprogramm ab. Regelmäßige augenärztliche Kontrollen begleiten die Erkrankten.

Zur konsequenten Überwachung des Diabetikers gehört die augenärztliche Untersuchung (1–2 mal im Jahr). Mit dem Augenspiegel (Ophthalmoskop) kann der Augenarzt Veränderungen an den Netzhautgefäßen erkennen. Die Veränderungen sind repräsentativ für das gesamte Gefäßsystem und damit für die Spätkomplikationen. Die Stadieneinteilung der Retinopathie I–IV dient nicht der Beurteilung der Sehfähigkeit, sondern ist eine Beschreibung des Fortschreitens der diabetischen Angiopathie. In den Stadien III–IV treten Sehstörungen auf, diese sind aber durch eine augenärztliche Untersuchung mit Sehschärfebestimmung und Gesichtsfeldmessung zu objektivieren. Der graue Star (Katarakt) mit Trübung der Augenlinse tritt bei Diabetikern häufiger und frühzeitiger auf, lässt sich aber durch Austausch der Linse durch eine Plastiklinse in einem kleinen operativen Eingriff beseitigen.

Das Nierenversagen führt oft zu mehrjähriger Dialyse mit dem Ziel der Nierentransplantation. Ein Drittel aller Dialysepatienten und ein großer Teil der Nierentransplantationen sind durch die diabetische Nierenschädigung verursacht. Es kommt zur Einschränkung der Entgiftungsfunktion der Niere mit Anhäufung giftiger Ausscheidungsprodukte im Blut. Das blutbildende Hormon (Erythropoietin) wird vermindert gebildet, sodass eine renale Anämie entsteht. Die Niere schüttet das blutdrucksteigernde Renin aus, um ihre Durchblutung zu verbes-

sern (renale Hypertonie). Diese Hypertonie als eigenständiger Arteriosklerosefaktor verschlechtert auf Dauer die Situation in allen Organen, mit der Folge der potenzierten Schädigung. Die medikamentöse Senkung des Blutdrucks so tief wie subjektiv vom Patienten tolerierbar hat aufschiebende Wirkung. Da die Niere eine entscheidende Wirkung bei der Aktivierung des Vitamin D3 hat, führen die späten Stadien der Nephropathie zu erheblichen Knochenschäden (Osteopathie). Die Schäden durch die Nephropathie sind erst in späten Stadien des Diabetes für die BUZ relevant. Sie kündigen sich durch eine zunehmende Eiweißausscheidung an. Der renale Hochdruck ist meist einstellbar. Immer öfter wird auch die Bauchspeicheldrüse transplantiert. Dies führt durch normalisierte Insulinwirkung oft zu einer dramatischen Verbesserung der Stoffwechselsituation.

Die Neuropathie ist in ihrer Entstehung ungeklärt. Eine mangelnde Blutversorgung der Nervenstränge durch eine diabetische Verkalkung der sie versorgenden Gefäße ist plausibel. Sie führt zu Funktionsstörungen und –ausfällen der peripheren Nerven, die Signale vom zentralen Nervensystem zu den Organen und Muskeln leiten, und Informationen (Temperatur, Schmerz, Tastsinn etc.) von der Peripherie zum Rückenmark und Gehirn leiten. Das Auftreten der Neuropathie ist zwar abhängig von der Dauer der Erkrankung, tritt aber im Einzelfall in verschiedenen Stadien der Erkrankung auf. Am ehesten ist die periphere Neuropathie in den Beinen zu diagnostizieren. Sie

Insulin-Präparationen	Wirkungsbeginn**	Wirkungsmaximum (h)	Wirkungsdauer (h)
rasch wirksames Alt-Insulin	5–30 min	2–4	6–8
rasch wirksames Semilente (Suspension von Zink-Insulin)	1½–2 h	4–9	10–16
mittellang wirkend (NPH oder Lente)	1–3 h	6–12	18–26
lang wirkend (Ultralente oder PZI)	4–8 h	14–24	28–36

Abkürzungen: NPH = Neutral-Protamin-Hagedorn; PZI = Protamin-Zink-Insulin  
 \* eine große interindividuelle Variabilität bedingt die große Breite der angegebenen Bereiche  
 \*\* subkutane Injektionen

Tabelle 2 Wirkdauern verschiedener Insulinpräparationen\*

beginnt mit der Verminderung des Vibrationsempfindes, welches in seiner Ausprägung mit einer angeschlagenen Stimmgabel festgestellt werden kann. Verschlechterungen können durch Vergleichsuntersuchungen diagnostiziert werden.

Die beidseitige Neuropathie schreitet von außen nach zentral fort. Am Bein finden sich strumpfförmig angeordnete Missempfindungen (Kribbeln, Brennen, Taubheitsgefühl). Meist bleibt es bei diesen Beschwerden: Lähmungen kommen nicht vor. Die autonome Neuropathie betrifft die Steuerung der inneren Organe. Dabei treten Störungen der Magen-, Darm-, oder Blasen-tätigkeit, die nur selten zur Beeinträchtigung der Berufsfähigkeit führen, auf.

Eine unglückliche Verbindung von Taubheitsgefühl und schlechterer Durchblutung (Mangelversorgung, Heilungsfähigkeit) führen zu schlecht heilenden Geschwüren an den Füßen, auf denen das ganze Körpergewicht lastet. Die Prophylaxe besteht in ständiger Kontrolle der Füße durch Patient oder Arzt, konsequente Behandlung auch kleiner Verletzungen, Vorsicht bei der Fußpflege und guter Blutzuckereinstellung. Bei Gefährdung ist das Tragen speziell gepolsterter Schuhe anzuraten. In Deutschland werden pro Jahr ca. 30.000 Amputationen durchblutungsgestörter Zehen, Füße und Unter- und Oberschenkel durchgeführt. Durch die verbesserte Wundversorgung lassen sich auch große Fußgeschwüre ausheilen. Meist ist die Berufsfähigkeit für körperlich belastete Berufe erheblich eingeschränkt.

### Auswirkungen auf die BUZ

Im Rahmen der BUZ spielt der Typ I-Diabetes nur eine geringe Rolle, da bedingt durch den recht früh einsetzenden Krankheitsbeginn – zumeist schon in der Jugendzeit – diese Fälle

schon in der Risikoprüfung herausgefiltert werden.

Von größerer Bedeutung ist die Hypoglykämiegefahr, die insbesondere für bestimmte Berufsgruppen von Relevanz ist. Die Hypoglykämiegefahr besteht immer beim Typ I-Diabetes und beim Typ II-Diabetes bei der Therapie mit blutzuckersenkenden Medikamenten, durch die es zur Steigerung der Insulinproduktion kommt (z. B. Glibenclamid). Wegen der Gefahr von Hypoglykämien ist bei einigen Berufen eine Berufsunfähigkeit allein deshalb gegeben, weil die Lizenz zur Berufsausübung wegen der Gefährdung Dritter entzogen wird. Dies ist meist bei Berufen in der Personenbeförderung, z. B. bei Piloten und Busfahrern, aber auch bei Kraftfahrern der Fall. Mit der neuen Fahrerlaubnisverordnung, die am 1. 1. 1999 in Kraft gesetzt wurde, liegt es dabei im Ermessen des Arztes, ob der Versicherte nach Einstellung des Diabetes weiterhin in der Lage ist, Personen befördern zu können. Dies ist insbesondere bei Bus- und Taxifahrern zu berücksichtigen.

Da wir von den Versicherten im Rahmen der Bedingungen nicht fordern können, in einem Beruf zu verbleiben, durch den sie den Eintritt einer Berufsunfähigkeit eventuell herbeiführen, ist eine Berufsunfähigkeit bei allen Berufen anzunehmen, die mit einer Eigengefährdung durch plötzliche Hypoglykämien einhergehen. Hierzu gehören die absturzgefährdeten Berufe wie Dachdecker und Schornsteinfeger, aber auch Berufe mit Kontrollfunktion wie Waffenträger und Personal, das an laufenden, unfallträchtigen Maschinen arbeiten muss. Bei schwer körperlich Tätigen wie z. B. bei Straßenarbeitern oder Maurern besteht ebenso die Möglichkeit der Berufsunfähigkeit, da sie aufgrund des vermehrten Glucoseverbrauchs hypoglykämiegefährdet sind.

In der Regel ist bei Büroberufen und leichten bis mittelschweren körperlichen Tätigkeiten bei einem bestehenden Diabetes nie eine Berufsunfähigkeit gegeben. Ledig-

lich besonders stressbetonte Arbeitsplatzprofile oder Arbeitsplätze mit sehr unregelmäßigen Anforderungen können die Betroffenen von der penibel einzuhaltenden Selbstkontrolle und Selbsteinstellung abhalten und sollten einer genaueren Prüfung im Rahmen der Leistungsregulierung unterzogen werden. Schichtarbeit ist bei einem Diabetes sicherlich als ungünstig im Hinblick auf die Berufsfähigkeit zu beurteilen.

Ebenfalls problematisch sind Tätigkeitsfelder im Bereich der Gastronomie (Köche, Bäcker, Konditoren, usw.), bei denen die Gefahr besteht, die bestehenden Ernährungspläne auf Grund der Tätigkeitsmerkmale der betreffenden Arbeitsplätze nicht hinreichend einhalten zu können. Es stellt sich dann aber die Frage, ob die Versicherten nicht ein adäquates Arbeitsfeld in Diabetesküchen oder -bäckereien finden können.

Hinsichtlich der Spätfolgen der Diabetes mellitus ist darauf hinzuweisen, dass insbesondere Nierenversagen und Erblindung zu irreversiblen Schäden führen können. Auch Schlaganfälle und Herzinfarkte führen zu erheblichen Beeinträchtigung der Berufsfähigkeit. Wichtig ist hier, dass mit einer Besserung der Hirn- oder Herzleistung nach einem Jahr gerechnet werden kann. Diese Besserungstendenz lässt sich oft kurz nach dem Ereignis abschätzen, sodass Zwischenregelungen – Reha, Umschulung, einzelvertragliche Regelungen – eingesetzt werden können.

# Der Blick über den Zaun

## Schadenerfahrungen in England bei Invaliditätsversicherungen – der Silberstreif am Horizont?

*England hat wie andere Märkte dieser Welt, vor allem Australien und Amerika, bisher sehr schlechte Schadenerfahrungen mit der Invaliditätsversicherung gemacht. Wie überall ist die profitable Risikobewertung in der Invaliditätsversicherung – in England Income Protection (IP), disability income insurance oder permanent health insurance genannt – schwierig.*

*Ross Ainslie gibt Ihnen im nachfolgenden Beitrag einen Überblick über die Risikobewertung in der Invaliditätsversicherung in England (Income Protection, IP).*

*Ross Ainslie, der sowohl den Erstversicherungs- wie den Rückversicherungsmarkt gut kennt, beschreibt dabei aus seiner Sicht als Aktuar des „life and health insurance R&D team“ der GeneralCologne Re in London die Entwicklung der Schadendaten in England und die Maßnahmen, mit denen die Versicherer dort auf diese Situation zu reagieren versuchen.*

### Rückblick

Invaliditätsversicherungen gibt es in England schon seit über 100 Jahren. Natürlich haben sich die Bedingungen im Laufe der Zeit sehr verändert. Heutzutage sieht eine typische IP Police wie folgt aus:

- Leistungen werden bezahlt, wenn der Versicherte vollständig wegen Krankheit oder Unfall außer Stande ist, die Tätigkeiten seines Berufes auszuüben und auch nicht beruflich aktiv ist;
- Leistungen werden bis zum Endalter 60 oder 65 bezahlt;
- Leistungen werden höchstens bis zu 50% des Einkommens bezahlt, das vor Eintritt der Invalidität erzielt worden ist;
- Versicherungsnehmer zahlen keine Steuern auf die Leistungen;
- Leistungen wegen Invalidität aus anderen Quellen (z.B. anderer Versicherer, Sozialversicherungen) werden grundsätzlich angerechnet;
- Wartezeiten können gewählt werden (4, 13 oder 26 Wochen sind üblich);
- Vor Annahme erfolgt eine vollständige Risikoprüfung, erhöhte Risiken bekommen einen Zuschlag oder eine Ausschlussklausel;
- Risikofaktor Beruf: es gibt in der Regel 4 Berufsklassen entsprechend dem damit verbundenen Invalidisierungsrisiko, z. B. in Klasse 1 sind Aktuare und Wirt-

schaftsprüfer eingeschlossen, in Klasse 4 alle Arbeiter;

- Prämienraten sind vielfach garantiert.

Viele Jahre haben sich die englischen Lebensversicherer darauf konzentriert, Lebensversicherungen mit erheblichen Sparanteilen zu verkaufen. Reine Risikoabsicherungen wie Risikoversicherungen oder IP-Police galten eher als unwichtig. Solange vor allem die IP-Versicherungen nicht offensichtlich unprofitabel waren, solange ließen Versicherer die Dinge schleifen und kümmerten sich nicht um die Produktentwicklung.

Unglücklicherweise wurden die Folgen dieser Haltung erst dann klar, als sich die Schadenerfahrungen in den späten 80er Jahren und den frühen 90er Jahren bereits deutlich verschlechtert hatten. Viele Gründe spielten dabei eine Rolle. In der Risikoprüfung war vor allem von Bedeutung:

- Die schlechte Ausbildung und die mangelnde Fähigkeit der Risikoprüfer, insbesondere den Unterschied zwischen dem Sterblichkeitsrisiko und den Invaliditätsrisiken zu verstehen.
- Unzureichende Antragsformulare, mit Hilfe derer wichtige Informationen erst gar nicht erhoben wurden und die Abklärung des beruflichen Risikos kaum möglich war;
- Absolute Akzeptanz der Hausarztberichte.

Auch auf der aktuariellen Seite ergaben sich Defizite:

- Kaum vorhandene aktuelle Schadenstatistiken, weder im Verbund noch bei einzelnen Versicherern (als Beispiel sei nur erwähnt, dass die Schadendaten aus 1989 erst 1995 zur Verfügung standen);
- Unvermögen, die tatsächliche Profitabilität des IP-Geschäftes zu messen. Viele Gesellschaften konnten dieses Geschäft nicht

von anderen Lebensversicherungsprodukten getrennt verwalten, wodurch die Notwendigkeit von Gegenmaßnahmen erst, als es zu spät war, erkannt wurden;

- Nutzung traditioneller Tarifierungsmethoden, die vor allem für die Reservierung der Schäden völlig unzureichend waren.

Auf der Regulierungsseite kamen weitere Schwächen hinzu:

- Zu wenige und schlecht ausgebildete Regulierer mit der Folge, dass die Leistungsfälle vor der Regulierung nur unzureichend abgeklärt wurden. Einmal anerkannt, wurden die laufenden Schadenfälle nicht genügend nachgeprüft und aktiv gemanagt. Hinter allem stand der unbedingte Wunsch, die internen Verwaltungskosten niedrig zu halten.
- Auch hier wiegt die übergroße Akzeptanz der vorgelegten ärztlichen Unterlagen durch den Hausarzt des Versicherten schwer, der natürlich als Anwalt seines Patienten auftritt.

### Ursachen für die Verschlechterung der Schadenerfahrung

Hier ist vor allem der wachsende Wettbewerb zwischen den Lebensversicherern zu nennen. Außerdem spielte die veränderte Struktur auf dem Arbeitsmarkt eine Rolle ebenso wie das allgemeine Verhalten gegenüber Arbeit als solcher im Zusammenspiel mit den sich rapide verschlechternden wirtschaftlichen Rahmenbedingungen.

Der wachsende Wettbewerb zwischen den Versicherern zeigte sich vor allem in den Versicherungsbedingungen und in der Risikoprüfung. Einerseits führten die Versicherer immer günstigere Bedingungen ein (Wechsel von dem Begriff der Erwerbsunfähigkeit hin zum Begriff der Berufsunfähigkeit im eigenen Beruf) und sie verzichteten zunehmend auf die Möglichkeit, die Prämien bei Bedarf anpassen zu können. Andererseits wurde die Risikoprüfung vor allem bei der

Beurteilung der Berufsklassen immer großzügiger. Hochrisikobefurde wurden aus Marketinggesichtspunkten in günstigere Klassen eingestuft. Einer der Effekte war dann, dass es für die Versicherten leichter wurde, Leistungen zu bekommen, während es aber immer schwieriger wurde, sie zu einer zügigen Rückkehr zur Arbeit zu motivieren.

Anfang der 80er Jahre erlebte die Wirtschaft in England signifikante Veränderungen: weg von der herstellenden Industrie hin zu einer Dienstleistungsindustrie. Im Gefolge dieser Entwicklung entstand Massenarbeitslosigkeit. Arbeitgeber nutzten bewusst die Möglichkeiten der Frühverrentung wegen schlechter Gesundheit zum Abbau von Arbeitsplätzen. Eine der nicht vorgesehenen Entwicklungen war

dabei, dass Langzeiterkrankungen und Fehlen am Arbeitsplatz gesellschaftlich akzeptabel wurde – vor allem auch für früher tabuisierte Krankheiten wie Stress.

Als England eine weitere Verschlechterung seiner wirtschaftlichen Lage in den frühen 90er Jahren erlebte, war das Fundament gelegt für den Missbrauch der IP-Versicherungen. Sie wurden als Ausgleich für die finanziellen Verluste durch Arbeitslosigkeit benutzt. Tatsächlich wurden damit Langzeiterkrankungen abgedeckt, weil eine IP-Police eine finanzielle und sozial attraktive Alternative für Versicherungsnehmer darstellte.

Die Auswirkungen auf die Schadenerfahrung ergeben sich aus den folgenden Abbildungen.

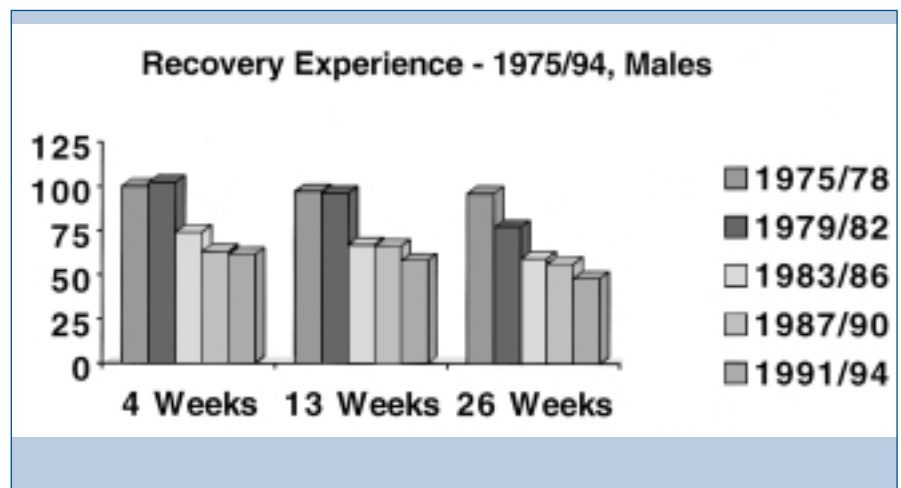


Abbildung 1: Schadeneintrittshäufigkeit im Verhältnis zur Eintrittswahrscheinlichkeit aus den Jahren 1975 – 1994 bei Männern.

Abbildung 1 zeigt die Schadeneintrittshäufigkeit im Verhältnis zur Eintrittswahrscheinlichkeit aus den Jahren 1975 – 1994 für Männer. Die Daten beziehen sich auf die unterschiedlichen Wartezeiten von 4, 13 und 26 Wochen. Während die Schadenerfahrung für kurze Wartezeiten recht gut war, gilt dies nicht für Wartezeiten von 26 Wochen, bei der die Schadenhäufigkeit deutlich über den Erwartungen lag. Einer der Gründe dafür war vor allem, dass die Versicherer mit ihrem Schadenmanagement erst dann ansetzen konnten, wenn der Versicherte

bereits seit geraumer Zeit krank war. Zu diesem Zeitpunkt war es dann offenbar schon zu spät, ihn wieder zur Rückkehr an den Arbeitsplatz zu motivieren. Die Erfahrungen für Frauen waren im übrigen ähnlich schlecht, teilweise tatsächlich 50 – 100% schlechter als bei den Männern.



Abbildung 2: Reaktivierungen im Verhältnis zu den erwarteten Reaktivierungen bei Männern zwischen 1975 und 1994.

Abbildung 2 zeigt die entsprechenden Reaktivierungen im Verhältnis zu den erwarteten. Je weniger Schadenfälle innerhalb der erwarteten Zeiträume beendet werden können, um so schlechter natürlich die Schadenerfahrung. Abbildung 2 zeigt eine klare und eindeutige Verschlechterung dieser Zeiten. 1994 konnten nur noch halb so viele Leistungsfälle in dem erwarteten Zeitraum beendet werden wie 1975, und zwar über alle Wartezeiten. Die Erfahrungen bei Frauen war dabei ähnlich.

### Gegenmaßnahmen

Zu Beginn der 90er Jahre wachten die Lebensversicherer endlich auf. Eine Reihe von Versicherern verzeichneten ganz erheblich Verluste, bei einigen mehr als 100 Millionen Pfund. Prämien wurden daraufhin für Neuverträge und – soweit überhaupt möglich – für Altverträge erhöht. Einige Versicherer schlossen die Bücher ganz. Andere nahmen ihre Versicherungen vom Markt, soweit sie Prämien Garantien enthielten. Die Risikoprüfung und die Leistungsregulierung wurden erheblich verbessert. Auch die Aktuarer erkannten, dass sie ihr Handwerkszeug im Hinblick auf die Datenerhebung und -analyse verbessern mussten. Der Vertrieb der Invaliditätsversicherung ging stark zurück und

hat heute auch erst wieder die Zahlen von 1990 erreicht.

Waren diese Maßnahmen nun erfolgreich? In England liegen jetzt die Schadendaten aus 1998 vor und das Muster ist undeutlich.

Es gibt eine Reihe unerwarteter Effekte:

- Die Reaktivierungsraten von Frauen und Männern sind fast identisch;
- Die Reaktivierungsraten sind in allen Berufsklassen erstaunlich ähnlich;
- Trotz der deutlichen Verbesserung der Wirtschaft in England sind die Reaktivierungshäufigkeiten nicht besser geworden als zu Beginn der 90er Jahre. Auch die Eintrittswahrscheinlichkeiten für Versicherungen mit langen Wartezeiten haben sich nicht verbessert.

Die Gründe für diese Ergebnisse sind bisher noch nicht vollständig analysiert. Falls der wirtschaftliche Niedergang für die schlechten Ergebnisse in der Invaliditätsversicherung verantwortlich war, dann war die Erwartung natürlich, dass sich bei einer Verbesserung des wirtschaftlichen Klimas die Schadenerfahrung verbessern würde.

Jedenfalls sollte dies als Warnung für alle Versicherer gelten, ihr Risikomanagement konsequent zu betreiben.

### Was können wir aus den Erfahrungen lernen?

Natürlich sind die Erfahrungen aus England nicht einzigartig. Ähnliche Entwicklungen haben wir schon einige Jahre früher in Australien und USA gesehen. Auch wenn alle diese Märkte unterschiedlich sind, ist ihnen doch eins gemeinsam: der stark wettbewerbsbeeinflusste Vertrieb von Invaliditätsversicherungen für Invalidität ausschließlich im eigenen Beruf. Eine der Schlüsselerfahrungen ist, dass genau dieses Produkt mit hohen Risiken behaftet ist und dass nur das effektive Management des Risikos Profitabilität für die Lebensversicherer sichern kann.

Die GeneralCologneRe verfügt über weltweite Erfahrungen im Management der Invaliditätsversicherungen. Wir helfen Ihnen dabei, die Fehler der Vergangenheit zu vermeiden und für die Zukunft attraktive und rentable Invaliditätsprodukte zu entwickeln.

# Aktives Rückenmanagement als Behandlungsperspektive bei wirbelsäulenbedingten Erkrankungen



Frank Becker, Aus- und Weiterbildungsreferent  
GeneralCologne Re  
fbecker@gcr.com  
Tel.: 0221 9738-736

Wirbelsäulenbedingte Erkrankungen führen immer noch die BUZ-Ursachen-Statistiken an. Grund dafür sind unter anderem eine defizitäre Stütz- muskulatur und – gerade bei körperlich Tätigen – unergonomische Körperhaltungen und Arbeitsweisen. Nach der Anerkennung von BUZ-Leistungen führt die meist eingenommene Schonhaltung zu einem weiteren Abbau der wirbelsäulenstützenden Muskulatur. Chronischer Schmerz ist oftmals das Leitsyndrom. Die Reaktivierungsquote bei den meist degenerativen Krankheitsbildern ist gering. Bei einmal mit den bildgebenden Verfahren diagnostizierten Veränderungen kann der Nachweis einer Gesundheitsbesserung kaum gelingen, wenn der Versicherte weiterhin an Beschwerden leidet. Auch wenn es keine Schadenminderungspflicht gibt, sollte dennoch bei einer ausreichenden Motivationslage des Versicherten aus Kostengründen ein Aufbau- training angestrebt und dem Versicherten angeboten werden.

Grund genug, um sich über alternative Regulierungsmethoden Gedanken zu machen: Mit einem aktiven Rückenmanagement können Betroffene soweit auftrainiert und geschult werden, dass sie in ihren Berufen verbleiben oder in diese zurückkehren können. Den ökonomischen Folgen der derzeitigen Praxis des Rückenmanagements sind dabei auf Grund ihres kontinuierlichen Wachstums besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Die direkten (Arzt, Krankenhaus, Reha) und indirekten (Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit) Kosten für das Rückenmanagement werden auf 35 Milliarden DM pro Jahr geschätzt. Demgegenüber scheint bei einer Vielzahl der Leistungsanbieter (Hausarzt, Orthopäde, Schmerztherapeut, Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Neurochirurg, Neurologe, Psychosomatiker, Radiologe, Chirotherapeut, Heilpraktiker, Physiotherapeut) kein ausreichendes Bewusstsein für dieses offenkundige Missmanagement vorhanden zu sein. Vor dem Hintergrund internationaler Studien, die zeigen, dass ein Paradigmenwechsel im Rückenmanagement erforderlich ist und erstaunliche Langzeiterfolge möglich sind, erläutert Dr. Bernhard Kügelgen, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin und Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, im Gespräch mit Frank Becker die Möglichkeiten und Grenzen eines neuen Rückenmanagements.

## Herr Dr. Kügelgen, welchen grundsätzlichen Ausgangspunkt sehen Sie für ein modernes Rückenmanagement?

Entscheidend am neuen Rückenmanagement ist die Trennung des gewöhnlichen akuten Rückenschmerz, der zu ca. 80 % in höchstens 4 Wochen von selbst wieder abklingt, vom chronifizierten Rückenschmerz. Der akute Rückenschmerz kann vom Hausarzt betreut werden, wenn er die Red Flags kennt und beachtet, da hier leistungsfähige Standards vorliegen.

## Welche Absicht wird mit dem Konzept der Red Flags verfolgt?

Red Flags dienen dem rechtzeitigen Erkennen von gefährlichen Situationen, einmal hinsichtlich anderer Krankheiten (Alter, Allgemeinsymptome, Grundkrankheit) sowie von Komplikationen (vorangegangenes Trauma, Beteiligung des Nervensystems als Nervenwurzel- oder Cauda-Syndrom). Röntgen und Injektionen sind dann entbehrlich, Physiotherapie und Chirotherapie fakultativ.

## Eine große Rolle spielt hierbei sicherlich auch die Gefahr einer Chronifizierung des Krankheitsbildes. Sehen Sie Indikatoren, durch die einer Chronifizierung Vor-schub geleistet werden kann?

Besonders ungünstig wirkt sich die Übermittlung eines falschen Krankheitskonzeptes (Verschleiß) aus, das womöglich mit einer falschen Verhaltensempfehlung (Schonung) sowie der Delegation von Krankheit und Hilfe an den Arzt (Spritze) einhergeht. Ebenso wenig hilfreich sind unrealistische (ständige Schmerzfreiheit) oder banale (flüchtige Befindlichkeitsbesserung) Therapieziele. Im Verhalten, flüchtige Befindlichkeits-

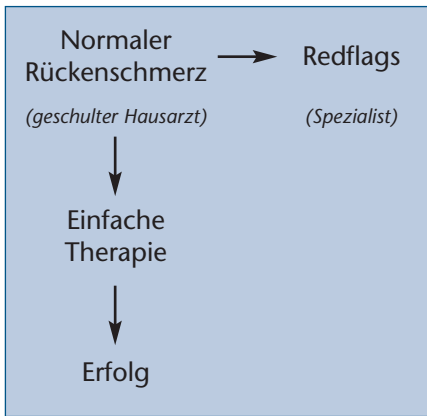


Abb 1 Rückenmanagement nach neuen Leitlinien

besserungen als Therapieziele zu akzeptieren, liegt wahrscheinlich eine der Ursachen, warum sich so viele Leistungsanbieter selbstzufrieden um die Rückenkranken bemühen. Hinzu kommt das Vermischen der vielen gutartigen Fälle mit sehr guter Spontanprognose mit einer relativ kleinen Zahl Chronifizierter, die dann aber den größten Teil der Kosten ausmachen.

### Angesichts der Chronifizierungsgefahr kommt offensichtlich der genauen Bestimmung von Therapiezielen eine besonders wichtige Bedeutung zu. Welche Aspekte erscheinen Ihnen dabei besonders wichtig zu sein?

Therapieziele sind weder flüchtige Befindlichkeitsbesserung noch andauernde Schmerzfreiheit, sondern die alltagstaugliche Rückenbelastbarkeit, zugleich die Kompetenz des Patienten, der lernt, mit seinem Rücken selbst zurecht zu kommen. Therapieelemente sind neben der ärztlichen Schmerztherapie die psychologische Behandlung, die Bahnung rückengerechter Verhaltensänderungen und psychologischer Schmerzbewältigungstechniken. Weiter ist hier die Physiotherapie mit manueller Therapie und medizinischer Trainingstherapie zu nennen, die eine umfassende Muskelreconditionierung und Harmonisierung der muskulären Arbeit im Sinne der verbesserten Koordination zum Ziel hat, sowie die Ergotherapie mit Work Hardening, also das Training alltagstypischer Rückenbelastungen, und schließlich die Sozi-

Chronifizierung [χρονολόζ (griech.) = die Zeit] bezeichnet zunächst eine längere Krankheitsdauer, in der Regel beim Rückenschmerz mehr als 3 Monate, darüber hinaus beinhaltet der Begriff vielfältige biopsychosoziale Anpassungsvorgänge, die analysiert und in den therapeutischen Strategien berücksichtigt werden müssen. Beim subakuten (4. – 12. Woche) und beim chronischen Rückenschmerz (ab 12. Woche) haben die psychologischen (FABQ-Test) und sozialmedizinischen (Dauer der Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsplatzzufriedenheit) Kriterien eine hohe Aussageverlässlichkeit für den weiteren Krankheitsverlauf. Daher ist bei diesen Patienten nach einem sorgfältigen Auswahl- und Eignungsverfahren eine multimodale Therapie indiziert, die ein ärztlicher Spezialist leitet, wie ihn die Weiterbildungsordnung (noch) nicht vorsieht. Auf mehreren Kanälen werden alle Probleme der Patienten berücksichtigt und ihm zu einem Weg aus seinem Dilemma verholfen.

Keinesfalls dürfen ärztliche Maßnahmen die Chronifizierung fördern:

- Überbewertung bildgebender Verfahren
- „degenerativ“, „Verschleiß“
- Schonungsverhalten der Patienten
- Schmerzbetäubung
- zu viele Operationen
- Delegation der Krankheit an den Arzt
- passives Patientenverhalten
- chaotische Therapiekonzepte
- Zufriedenheit nach Spontanheilung
- zu lange Arbeitsunfähigkeit
- Therapieziel „aktuelle Beschwerdelinderung“
- Therapieziel „völlige Schmerzfreiheit“

arbeit mit allen Elementen der beruflichen Wiedereingliederung.

**Ein professionelles modernes Rückenmanagement wäre demnach durch einen Umdenkungsprozess gekennzeichnet. Während die traditionellen Rückenschulen das Therapieziel passiv formulieren, indem sie die Rückenbelastung zu mindern versuchen, fordert das moderne Rückenmanagement, die Rückenbelastbarkeit zu steigern. Wie**

### beurteilen Sie aus Ihrer Sicht diese aktive Beschreibung des Therapieziels?

Wie im Sport muss der, der sich viel abverlangt, mehr tun als der, der sich wenig abverlangt. Dann sind die meisten Tätigkeiten möglich, auch körperlich schwere Tätigkeiten bei angeblich vorgeschädigter Wirbelsäule.

### Welche Vorteile sehen Sie im aktiven Rückenmanagement für die Möglichkeiten der Leistungsregulierung in der BUZ?

Tatsächlich spielen die radiologischen Befunde bei sog. degenerativen Prozessen für die Trainierbarkeit keine Rolle. Dies spielt bei vielen BUZ-Versicherungsverfahren eine große Rolle. Es ist dann bedeutsam, im Rahmen eines Assessments die Interessenlage des Versicherten zu erfassen: Will er Schmerzverringern und eine Leistungssteigerung, so kann ihm fast immer geholfen werden. Hat er einen sekundären Krankheitsgewinn bzw. eine andere Lebensplanung, die die Versicherungsleistung einschließt, ist er untherapierbar.

### Für welche Erkrankungen eignet sich das multimodale Verfahren besonders? Sind auch Erfolge bei schweren Handicaps zu verzeichnen?

Hierzu ist zu sagen, dass grundsätzlich jeder Körper trainierbar ist. Das Problem ist vorrangig ein psychologisches. Wenn es an der Therapiebereitschaft mangelt, sind natürlich auch die Heilungschancen gering. Zu fordern ist daher die Abkehr von einer Denkweise, die vor-schnell den Prozess des Alterns und den Verschleiß des Körpers für eine etwaige Berufsunfähigkeit verantwortlich macht. Der Grund, warum es zur Berufsunfähigkeit kommt, liegt aber vielmehr in den Köpfen der Patienten, da es durchaus möglich ist, individuelle Trainingsprogramme zu entwickeln, mit deren Hilfe es möglich ist, die in einem bestimmten Beruf besonders gegebenen Anforderungen gezielt zu trainieren. Ausschlaggebend ist

daher aus den genannten Gründen nicht die Schwere der Diagnose, sondern die Güte des Therapiekonzeptes, das möglichst individuell für die Bedürfnisse und beruflichen Erfordernisse des Patienten erstellt werden muss.

### Bei welchen Berufen ist die Aussicht auf Wiederherstellung der Berufsfähigkeit am Wahrscheinlichsten?

Auch hier gilt das bereits Gesagte. Wesentlich ist, dass das, was der Patient nicht kann, trainiert werden muss.

### Wie sieht das Rückenmanagement konkret aus? Können Sie Angaben über Kosten, Dauer und die Erfolgsquote machen?

Ein solches multimodales Therapieprogramm, wie wir es in Koblenz durchführen, führt zu einer außerordentlich hohen Erfolgsquote. Lediglich in Fällen, in denen andere Vorerkrankungen eine Rolle spielen oder andere Krankheitsereignisse eintreten, kann der Therapieerfolg misslingen, was dann aber natürlich nicht in der Therapie begründet liegt. Sogenannte spezifische Rückenerkrankungen (Tumore, Entzündungen) haben ebensowenig von dieser Therapie einen Gewinn wie Fälle, in denen Rückenerkrankungen nur vorgeschützt werden (Erkrankungen im Beckenbereich, Depressionen). Ansonsten ist die Einstellung des Patienten der entscheidende Faktor. Unser Trainingsprogramm dauert 4 Wochen, die Patienten werden hierbei täglich für ca. 4 Stunden intensiv behandelt. An dieses Programm schließt sich eine dreimonatige Nachsorge an, während der die Patienten 1–2mal pro Woche je für eine Stunde betreut werden. Die Kosten betragen dabei für das Trainingsprogramm 5000 DM pro Fall, die Nachsorge wird im Rahmen der ambulanten Kosten abgerechnet.

**Die Hinwendung zu einem aktiven Rückenmanagement geht in vielen Fällen einher mit einer Abkehr von monomodalen Therapieverfahren. Welche Ansatzpunkte sehen Sie hier?**

### Multimodale Therapie – multiprofessionelles Team

#### Arzt

Spezialist (fachübergreifend)  
Arzt-Patienten-Beziehung  
Entspannungstechniken  
Teamleiter  
Patientenlehrer  
Case Manager

#### Psychologe

Testdiagnostik  
Kleine Psychotherapie  
Eignungsteste  
Krankheitsbewältigung  
Schmerzbewältigung  
Motivationstechniken  
Verhaltensänderungen

#### Krankengymnast

Muskuläre Rehabilitation  
Rückengerechtes Verhalten  
Manualtherapie  
Schmerztherapie

#### Trainingstherapeut

Vegetative Roborierung  
Muskuläre Koordination  
Muskuläre Kondition  
Gezielte Muskelfunktionsmessung  
Muskeltrainingstherapie  
Case Manager

#### Sozialpädagoge

Ergonomischer Arbeitsplatz  
Sozialrecht  
Hilfsmittel  
Berufskunde

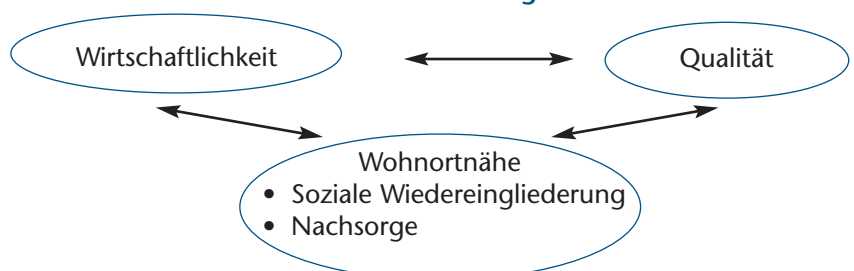
Es ist ein Irrtum, chronifizierten Rückenpatienten generell eine gerätgestützte Trainingstherapie als monomodales Therapieverfahren (FPZ, MedX) anzubieten. Zwar sind auch hier dauerhafte Erfolge möglich, das Verfahren impliziert aber eine hohe Patientenselektion. Vielversprechend sind die sog. multimodalen Programme. Die BAcK (Bundesarbeitsgemeinschaft chronische Kreuzschmerzen) hat 3 multimodale Programme für chronifizier-

te Rückenranke mit Zugangs- und Ausschlusskriterien vorgestellt. Sie unterscheiden sich in ihren Modulen und der Intensität, richten sich nach dem Defizitprofil der Patienten und sind unterschiedlich teuer. Programm 1 wird arbeitsplatzbegleitend organisiert, Programm 2 geht über 4 Wochen teilstationär. Internationale Studien zeigen, dass solche multimodalen Programme geeignet sind, etwa 85 % der chronisch Rückenranke dauerhaft in den Arbeitsprozess wieder zu integrieren, wenn sie rechtzeitig und qualitätsgesichert angewendet werden. Insgesamt sind die Möglichkeiten des modernen Rückenmanagements vielversprechend, enorme Kosten können gespart werden, viele Patientenkarrrieren können anders verlaufen. Große Bedeutung kommt dem Krankheitskonzept der Patienten zu und der Edukation. Hier kann ein aktueller Patientenratgeber helfen.

### Ein großes Problem stellt sicherlich auch die Ergebnisqualität neuer Therapieverfahren dar. Was vermag hier insbesondere die multimodale Therapie zu leisten?

Es gibt bis heute beim chronifizierten Rückenranke keine allgemein anerkannten Kriterien, Ergebnisqualität zu messen. Dies ist aber die wichtigste Voraussetzung, um endlich auch die Anreize diesem Ziel anzupassen. Die Verfahren der multimodalen Therapie sind ausgesprochen anspruchsvoll für die Mitarbeiter einer Einrichtung. Viele medizinische Institutionen (Arzt- oder Therapeutenpraxen, Rehakliniken, Krankenhäuser) dürften überfordert sein. Leider werden Einrichtungen immer noch nach Kriterien der Struktur-

### Die drei konkurrierenden Kriterien für eine wohnortnahe Rehaeinrichtung



qualität beurteilt. Die Mitglieder der BACK haben sich freiwillig auf bestimmte qualitätssichernde Maßnahmen verpflichtet und beurteilen Therapieerfolge hinsichtlich der anhaltenden alltagstauglichen Rückenbelastbarkeit anhand der Arbeitsunfähigkeiten sowie die zunehmende Autonomie des Patienten anhand der verringerten Beanspruchung des medizinischen Systems. Die Umsetzung neuer Erkenntnisse in einem Gesundheitssystem ist aber schwierig, besonders unter den derzeitigen Bedingungen. Hierfür gibt es keine Regelungen. Dennoch ist es gelungen, im Therapiezentrum Koblenz®, KRIP (Koblenzer Rücken Intensiv Programm) 1 und KRIP 2 zu etablieren, beide Programme werden dort regelmäßig bei kurzer Wartezeit angeboten, und zwar wohnortnah ambulant und teilstationär mit ambulantem Nachprogramm, Wiedereingliederung und Follow up.

Abschließend noch ein Wort zur Operation: Diese ist nicht ohne Risiko und nicht selten von unbefriedigendem Erfolg. Besonders bei der Kompression eines Nerven ist bei allen Maßnahmen darauf zu achten, dass nicht nur der Schmerz reduziert wird, sondern auch der Nerv erhalten bleibt, andererseits können erhebliche Behinderungen entstehen. Die Alternative zur Operation in einem solchen Fall ist zwar möglich, besteht aber nicht im Zuwarten und Fortsetzen physikalischer und medikamentöser Therapie, sondern in einem standardisierten Programm, das in wenigen Tagen die Nervenwurzel befreit und in maximal 2 Wochen eine ausreichende Belastbarkeit für eine Nachbehandlung (AHB-Reha oder KRIP 2) erreicht. Bei uns führte dieses Verfahren in über 90% zum Erfolg.

## Seminartermine 1. Halbjahr 2001

**2. – 4. Mai 2001**                      Gesprächsführung in der                      Köln  
 BUZ-Leistungsregulierung

Der Erfolg eines Beratungs- bzw. Verhandlungsgesprächs mit dem Antragsteller insbesondere in der BUZ-Außenregulierung hängt wesentlich davon ab, ob es dem Leistungsregulierer gelingt, den Beginn und den weiteren Verlauf der Kommunikation aktiv, souverän und effektiv zu gestalten. Wir zeigen Ihnen anhand von Praxisfällen aus der Außenregulierung auf, mit Hilfe welcher Techniken Sie auf der Grundlage geeigneter theoretischer Grundlagen dieses Ziel erreichen können.

**29. Mai 2001**                      BUZ-Recht 2001                      Köln  
 – Aktuelle Rechtsprechung

**Neu! BUZ-Recht mit Vorabendprogramm!** Prof. Dr. Roland Rixecker, Präsident des OLG Saarbrücken und Vorsitzender des Versicherungssenats, spricht am Vorabend des Seminars zu ausgewählten Themen aktueller BUZ-Rechtsprechung. Mit anschließender Diskussion und Einladung zum Essen durch die GeneralCologne Re. Das detaillierte Programm und Ihre Einladung werden wir Ihnen 6 Wochen vor Veranstaltungsbeginn zukommen lassen.

**7. Juni 2001**                      Internet-Recherche für                      Köln  
 BUZ-Leistungsregulierer

Zunehmend gewinnen auch im Versicherungsgewerbe die neuen Medien an Bedeutung, insbesondere auf dem Gebiet der Informationsbeschaffung, Informationsaufbereitung und Informationsbewertung. In diesem Jahr bieten wir Ihnen erstmalig eine Schulungsveranstaltung an, mit deren Hilfe wir Ihnen professionelle Möglichkeiten an die Hand geben wollen, wie Sie einen möglichst optimalen Zugriff auf rechtliche, medizinische und berufsbezogene Daten erlangen können.

## Termine des BUZ-Kompaktkurses

Mit den Terminen für den BUZ-Kompaktkurs werfen wir bereits einen Blick auf das 2. Halbjahr 2001. Der Kompaktkurs beginnt im September 2001 und endet im Juni 2002. Wir denken, dass diese Struktur des Kurses – Beginn im Herbst, Ende im Sommer – sowohl für Ihre wie für unsere Planungen vorteilhaft ist. Hier die Termine für 2001 und 2002 im Einzelnen:

<b>9. – 14. September 2001</b>	1. Woche „Recht und Methodik“
<b>2. – 7. Dezember 2001</b>	2. Woche „Berufskunde“
<b>24. Februar – 1. März 2002</b>	3. Woche „Medizin“
<b>2. – 7. Juni 2002</b>	4. Woche „Abschlusskolloquium“

### Impressum BUZaktuell 1/2001

#### Herausgeber

Kölnische Rückversicherungs-Gesellschaft AG  
 Theodor-Heuss-Ring 11  
 50668 Köln  
 Tel. 0221 9738-0  
 Fax 0221 9738-494  
 www.gcre.com

#### Redaktion

Dr. Marianne Kutzner (verantwortlich),  
 Jutta Eich, Kerstin Tiedt, Gerhard Riedel,  
 Frank Becker  
 Theodor-Heuss-Ring 11, 50668 Köln  
 Tel. 0221 9738-0  
 Fax 0221 9738-494  
 kutzner@gcre.com

#### Druck

Druckhaus Locher GmbH, Köln

**Auflage: 1500**

Die veröffentlichten Beiträge genießen urheberrechtlichen Schutz  
 © Kölnische Rückversicherungs-Gesellschaft AG  
 2001