

BUZ aktuell

Zertifizierte Medizinische Sachverständige CPU

Inhalt

Zertifizierte Medizinische Sachverständige CPU	1
Diagnose, Differentialdiagnose und gutachtliche Bewertung von umweltbezogenen Körperbeschwerden	4
Kooperation: Deutsche Versicherungsakademie (DVA) und Gen Re Business School	10
Der BUZ-Fall – Sachleistungen an Arbeitgeber zur Verhinderung einer Berufsunfähigkeit	11
ZuRecht: Individual-vertragliche Vereinbarung	13
Seminartermine	16
Impressum	16

Am 31. Januar 2004 erhielten die ersten Absolventen des Fortbildungsprogramms „Qualifizierung in der medizinischen Begutachtung“, das die Gen Re Business School in Kooperation mit der Universität Köln veranstaltet, ihre Zertifikate. Die Teilnehmer haben im November 2002 mit der berufsbegleitenden Fortbildung begonnen und schließen diese 14 Monate später als „Medizinische Sachverständige CPU“ (Certified Postgraduate Programme of the University of Cologne) erfolgreich ab.

Die Abschlussveranstaltung

Die Abschlussveranstaltung wurde in einem festlichen Rahmen durchgeführt. Herr Dr. Peter Lütke-Bornefeld, Vorstandsvorsitzender der Kölnischen-Rückversicherungs-Gesellschaft AG, wies in seinem Grußwort an die Teilnehmer und die Gäste auf die Bedeutung der Begutachtung für das Versicherungswesen hin und hob den Stellenwert der erfolgreichen Kooperation der Gen Re Business School mit der Universität zu Köln hervor.

Herr Dr. Frank Schröter, Institut für Medizinische Begutachtung, Kassel, machte auf die Verantwortung aufmerksam, die die Gutachter bei der Ausübung ihrer Tätigkeit übernehmen. Die Ausgestaltung des Fortbildungsprogramms „Qualifizierung in der medizinischen Begutachtung“ ermögliche es den Absolventen, sachgerecht und neutral zu urteilen und damit einen Beitrag zu angemessenen Fallentscheidungen zu leisten.

Von Seiten der Teilnehmer betonte Herr Dr. Meier die Bedeutung einer umfassenden Fortbildung im komplexen Feld der Begutachtung. Sie sei die beste Voraussetzung, um den hohen Anforderungen, die zu recht an die Begutachtung gestellt werden, zu genügen.

Der Rektor der Universität zu Köln, Herr Prof. Dr. Tassilo Küpper, äußerte sich sehr zufrieden darüber, wie der im Jahre 2001 zwischen der Gen Re und der Universität zu Köln geschlossene Kooperationsvertrag über die Zusammenarbeit auf

dem Gebiet der wissenschaftlichen Fortbildung mit Leben erfüllt wurde. In kurzer Zeit sei es gelungen, ein sehr anspruchsvolles und praxisorientiertes postgraduiertes Studienangebot zusammenzustellen, das durch seinen hohen Standard in der berufsbezogenen wissenschaftlichen Fortbildung beste Voraussetzungen auch für den beruflichen Erfolg der Absolventen schaffe.

Frau Dr. Marianne Kutzner, Leiterin der Gen Re Business School, ließ das Fortbildungsprogramm in seinem Ablauf noch einmal Revue passieren. Sie wies auf den hohen Einsatz hin, den die Teilnehmer erbringen mussten. Die durchweg guten Ergebnisse zeigten, dass es gelungen sei, neue Qualitätsstandards zu setzen. Ein Netzwerk der „Medizinischen Sachverständigen CPU“ werde dazu beitragen, dass der hohe Qualitätsstandard Vorbildcharakter behalte.

Qualifizierte Gutachter für den Versicherungsmarkt

Die Nachfrage nach Gutachtern wächst bei den privaten und gesetzlichen Versicherungen wie auch bei den Gerichten. Gleichzeitig steigen die Anforderungen an die gutachtliche Kompetenz des medizinischen Sachverständigen. Die Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung ist deshalb das übergreifende Ziel des berufsbegleitenden Seminars. Mit dieser ersten Qualifizierung und Zertifizierung durch die Gen Re Business School und die Universität zu Köln unter Mitwirkung namhafter Fachleute auf dem Gebiet der medizinischen Begutachtung werden neue Qualitätsstandards in der medizinischen Begutachtung gesetzt.

Das Team der Gen Re Business School stellt Ihnen mit Stolz und Freude die ersten Absolventen in der medizinischen Begutachtung vor und empfiehlt sie als Experten in der medizinischen Begutachtung. Gerne unterstützen wir Sie – wie auch in der Vergangenheit – in Fragen der Gutachterausswahl.

Medizinische Sachverständige CPU

Dr. Curt Beil, Köln,
Neurologie, Nervenheilkunde
curt.beil@netcologne.de

Dr. Bernd Berger, Karlsruhe,
Neurologie, Psychiatrie
kontakt@inb-karlsbad.de

Eckehard Drees, Grevenbroich,
Neurologie
edrees@nervenpraxis.de

Dr. Gottfried Ebenhöf, Bad Orb,
Orthopädie
ebenhoe@orb.mediclin.de

Dr. Norbert Eilers, Oldenburg,
Neurologie, Rehabilitationswesen
eilers.norbert@reha-ol.de

Prof. Dr. Jürgen P. Eitenmüller,
Castrop-Rauxel,
Chirurgie, Unfallchirurgie
Tel. 0 23 05/294-244

Dr. Gudula Gepp, Dresden,
Chirurgie
geppgudula@hotmail.com

Dr. Michael Groeger, Würzburg,
Chirurgie, Unfallchirurgie
drgroeger@web.de

Dr. Hans-Peter Groß, Berlin,
Chirurgie, Unfallchirurgie
gross.eichwalde@t-online.de

Dr. Wolfgang Hausotter,
Sonthofen,
Neurologie, Psychiatrie
Wolfgang.Hausotter@t-online.de

Dr. Axel Holst, Hamburg,
Orthopädie
dr.holst@orthopaedie-holst.de

Dr. Robert Karwasz,
Castrop-Rauxel,
Neurologie, Psychiatrie
dr.karwasz@t-online.de

Dr. Klaus-Theodor Körner,
Gelsenkirchen,
Orthopädie
Tel. 02 09/3 18 59 56

Dr. Uwe Meier, Grevenbroich,
Neurologie
umeier@t-online.de

Dr. Emil Neusel, Stolberg,
Orthopädie
e.neusel@t-online.de

Dr. Walther Sachße, Krefeld,
Orthopädie, Sozialmedizin
drsachsse@compuserve.de

Dr. Gisela Riedl, Hopfen am See,
Reha, Case Management,
Arbeitsmedizin
gisela.riedl@fachklinik-enzensberg.de

Dr. Bernhard Schaffartzik, Goslar,
Neurologie, Psychiatrie
B-Schaffartzik@gmx.de

Dr. Frank Sommerfeld,
Landshut/Ergolding,
Orthopädie
info@orthopaedie-LA.de

- Qualitative Anforderungen an eine medizinische Begutachtung
- Unterschiedliche Gutachtenarten einschließlich verfahrenstechnischer Aspekte
- Techniken zur Erfassung und Identifizierung relevanter Informationen im Zuge der Durchführung eines Begutachtungsauftrags
- Fachspezifische Begutachtungsstandards und -verfahren
- Praktische Durchführung der Begutachtung für verschiedene Auftraggeber
- Differenzierte Gesprächstechnik (basierend auf kommunikationstheoretischen Erkenntnissen)
- Sachgerechter Aufbau des Sachverständigengutachtens
- Honorierung von Sachverständigengutachten
- Netzwerke medizinischer Sachverständiger

Die Module des Fortbildungsprogramms

Das Programm wird inhaltlich umfassend in 6 Modulen, die sich zeitlich über ca. 14 Monate erstrecken, durchgeführt.

• Modul 1: Basiswissen

Neben der umfassenden Vermittlung der Rechtsgrundlagen beschäftigt sich das Modul mit der Rolle als medizinischer Sachverständiger, den Arten von Gutachten, dem Aufbau und dem Abfassen von Gutachten sowie den aktuellen Qualitätsstandards.

• Modul 2: Versicherungsbedingungen

Hier stehen die unterschiedlichen privaten und gesetzlichen Versicherungsträger, deren Versicherungsprodukte und -bedingungen und die daraus resultierenden Erwartungen an die Gutachter im Mittelpunkt.

• Modul 3: Kommunikation

Gesprächsführung für medizinische Sachverständige: Von der Planung

Themenfelder des Fortbildungsprogramms

Die Fortbildung beinhaltet die folgenden Themenfelder. Sie werden in den 6 Modulen des Fortbildungsprogramms nach Maßgabe der medizinisch-gutachtlichen Erfordernisse ausgestaltet:

- Rechtsgrundlagen der ärztlichen Gutachtertätigkeit (ZPO, Haftung, Datenschutz etc.)
- Sozial- und zivilrechtliche Versicherungsbedingungen sowie ihre Konsequenzen für die Sachverständigentätigkeit
- Rolle und Selbstverständnis des medizinischen Sachverständigen
- Reflexion der Sachverständigenrolle im Spannungsfeld von objektiver Begutachtung und kurativ geprägtem ärztlichem Selbstverständnis
- Rezeption medizinischer Gutachten durch Auftraggeber
- Rolle des medizinischen Sachverständigen im Gerichtsverfahren
- Gutachtensprache als Fach- und Vermittlungssprache
- Rechtliche Folgen einer fehlerhaften medizinischen Begutachtung

1. Kongress „Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung“ am 25. 6. 2004 in Köln

Das Thema ist „Interdisziplinäre Begutachtung“.

Der Kongress findet in Kooperation mit der Universität zu Köln statt. Über Einzelheiten werden wir Sie noch informieren.

und Steuerung der Gesprächsphasen über den Einsatz unterschiedlicher Kommunikationsmittel bis hin zu den Chancen und Risiken des Begutachtungsgesprächs reichen die Themen des Moduls.

• Modul 4:

Fachärztliche Begutachtung

Das Modul unterteilt sich in ca. 20 unterschiedliche Bereiche, die jeweils für Mediziner mit der entspre-

chenden fachärztlichen Qualifikation durchgeführt werden: Von der Orthopädie über die Psychosomatik bis hin zur Inneren Medizin werden alle wichtigen Themen der Begutachtung abgedeckt.

• Modul 5:

Besondere Problemstellungen

Begutachtung des HWS-Schleudertraumas in interdisziplinärer Sichtweise; Schmerz und Psyche, Baga-

telltrauma und Fehlentwicklungen, Arzthaftpflicht, spezielle Problematik der Berufskrankheiten u.v.a.m.

• Modul 6: Abschlusskolloquium

Es hat die Form einer eigenen Gutachten-Präsentation mit anschließender Disputation und Expertenfeedback. Diese praktische Umsetzung des erworbenen Wissens vor einem Fachpublikum schafft die beste Basis für einen erfolgreichen beruflichen Alltag in der gutachtlichen Tätigkeit.

Nach Absolvierung aller Module erhalten die Teilnehmer ein Gesamtzertifikat als medizinische Sachverständige. Bei Besuch von nur einem oder einigen Modulen können Teilzertifikate erworben werden.

Diagnose, Differentialdiagnose und gutachtliche Bewertung von umweltbezogenen Körperbeschwerden



Prof. Dr. K. Foerster,
Universitätsklinik für
Psychiatrie und
Psychotherapie,
Tübingen, Leiter der
Sektion für foren-
sische Psychiatrie und
Psychotherapie

Herr Prof. Dr. Foerster hat im Rahmen des Fortbildungsprogramms „Qualifizierung in der medizinischen Begutachtung“ einen Gastvortrag zum Thema „Gedanken zur Verantwortung des medizinischen Sachverständigen“ gehalten. Im Rahmen unseres traditionellen BUZ-Seminars erörtert er das Thema „Fibromyalgie & Co. – Befund, Befinden, Standards der Begutachtung“. Wir veröffentlichen hier einen von ihm gemeinsam mit M. Leonhardt verfassten Artikel zu umweltbezogenen Körperbeschwerden. Wir danken dem Gentner Verlag für die Genehmigung zum Nachdruck dieses ursprünglich in Med Sach 97 (2001) 214 – 219 erschienen Beitrages. Die Literaturliste zum Artikel senden wir Ihnen auf Anfrage zu.

Umweltbezogene Körperbeschwerden sind ein großes gutachtliches Problem. Auseinandersetzungen entzünden sich vor allem an den divergenten ätiologischen Vorstellungen von Proband und Gutachter. Wir plädieren dafür, die Beschwerden der Betroffenen einschließlich des Krankheitsmodells als Symptome einer psychoneurotischen Störung zu betrachten. Diese wird als zeitspezifisches, kulturell determiniertes Reaktionsmuster interpretiert, wobei das Krankheitsmodell als Chiffre für eine schwere innere Bedrohung fungiert. Empirische Befunde, die sich überzeugend in die nosologische Entwicklung im Bereich der psychogenen körperlichen Störungen einordnen lassen, stützen diese Interpretation. Praktische Handreichungen bei differentialdiagnostischen und prognostischen Problemen und Hinweise für eine therapeutische Grundhaltung im Umgang mit diesen schwierigen Probanden ergänzen unsere Überlegungen.

Einleitung

Seit circa 15 Jahren werden zunehmend umweltbezogene Syndrome diagnostiziert. Die dafür verwendeten Bezeichnungen lauten etwa „chemisches Hypersensitivitätssyndrom“, „klinisches Ökologiesyndrom“, „Umwelt-Stress-Syndrom“, „Immundysfunktionssyndrom“ (Altenkirch 1997). In den letzten Jahren hat sich für diesen Symptomkomplex international die Bezeichnung „Multiple Chemical Sensitivity“ (MCS) eingebürgert. Dahinter verbirgt sich ein buntes Bild von körperlichen und neuropsychologischen Beschwerden, die sich einer Objektivierung entziehen, die durch keine organische Veränderung erklärt werden können und deren Ursache in einer schleichenden Intoxikation durch Umweltgifte gesehen wird. Wir verwenden dafür in Anlehnung an Henningsen und Sack (1998) die neutrale Bezeichnung „umweltbezogene Körperbeschwerden“.

In der sozialmedizinischen Begutachtung von Probanden mit umweltbezogenen Körperbeschwerden ergeben sich häufig Probleme. Die Hauptschwierigkeiten sind folgende:

1. Der psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachter muss den Probanden im Hinblick darauf untersuchen, ob eine psychische Störung besteht, die der Proband meist vehement ablehnt. Daraus resultiert häufig eine schwere Belastung der Untersuchungssituation.
2. Die Beurteilung, ob eine ausreichende toxikologische Ausschlussdiagnostik durchgeführt wurde, kann im Einzelfall sehr schwierig sein.
3. Die Herstellung eines Zusammenhangs zwischen den geklagten Beschwerden und nachweisbaren psychosozialen Belastungen, wie er für die Diagnose einer psychogenen körperlichen Störung unerlässlich ist, verlangt einen Untersucher, der nicht nur im deskriptiv-psychopathologischen, sondern auch im psychotherapeutischen Bereich kompetent ist.
4. Die Probanden kommen meist dann zur Begutachtung, wenn Chronifizierungsvorgänge einerseits weit fortgeschritten, adäquate psychotherapeutische Behandlungsversuche andererseits noch überhaupt nicht durchgeführt wurden. Das erschwert die Beantwortung der gutachtlichen Fragen nach Prognose und Therapie erheblich.
5. Da der Proband und der psychiatrisch-psychotherapeutische Sachverständige in der Regel diametral entgegengesetzte ätiopathogenetische Theorien vertreten, sind langwierige Auseinandersetzungen auch nach Abschluss der eigentlichen Begutachtung nicht selten. Daraus kann sich die paradoxe Situation ergeben, dass der Proband zwar eine soziale Gratifikation erhält, aber auf der Basis einer Diagnose, die er ablehnt.

Ein neues oder ein altes Problem?

Körperliche Beschwerden ohne organisches Korrelat sind ein altes me-

medizinisches Problem (Shorter 1992). Formal kann man zwei Zugangswege unterscheiden. Man kann die Haltung einnehmen, dass eine körperliche Schädigung die Ursache der Symptomatik ist. Die körperliche Schädigung kann zwar nicht belegt werden, aber es wird von ihr doch angenommen, dass sie existiert und grundsätzlich einem Nachweis zugänglich ist. Man kann diesen Ansatz den „somatischen“ (korrekter eigentlich den „materialistischen“) nennen.

Der andere Ansatz geht davon aus, dass keine somatische Störung, sondern eine psychische Störung vorliegt, die die somatischen Symptome hervorbringt. Hier spielt also die Annahme eine Rolle, dass die körperliche Symptomatik nicht Folge einer körperlichen Schädigung, sondern Ausdruck einer „hinter“ den Symptomen liegenden seelischen Problematik ist. Das ist der psychologische Ansatz.

Beide Ansätze sind mit charakteristischen Vor- und Nachteilen verbunden. Im ersten Fall werden somatische Veränderungen postuliert, deren Nachweis aussteht. Ein bekanntes Beispiel ist die „traumatische Neurose“ Oppenheims (1889). Oppenheim hatte die Ursache der posttraumatischen psychischen Reaktion bekanntlich in submikroskopischen zellulären Veränderungen gesehen. Das Problem war, dass diese sich einer Objektivierung entzogen.

Der Vorteil des somatischen Ansatzes ist, dass man sich dabei auf ein Modell der Krankheitsentstehung stützen kann, das einfach und unmittelbar einsichtig ist. Es entspricht einer etablierten und erfolgreichen Form des medizinischen Denkens und wird auch in der Bevölkerung weitgehend akzeptiert.

Den Vertretern des psychologischen Modells gelingt in der Regel leicht der Nachweis, dass bei den Betroffenen bemerkenswerte psychosoziale Belastungen vorliegen. Hier sind also – anders als bei der somatischen Hypothese – Faktoren, die für eine Schädigung „ursächlich“ in Betracht kommen, durchaus nach-

weisbar. Der Ursachenbegriff, der hier verwendet wird, ist aber verschieden vom naturwissenschaftlichen Ursachenbegriff. Der formale Mechanismus der Pathogenese – der Weg, wie psychische Faktoren die körperlichen Symptome generieren sollen – ist strittig. Der Nachteil der zweiten Hypothese liegt somit darin, dass sie einen anderen Kausalitätsbegriff verwendet und dabei mit der Leib-Seele-Problematik ein ungelöstes Problem der psychiatrischen Epistemologie berührt. Daraus resultieren erhebliche intersubjektive Differenzen in der Bewertung der Zusammenhänge. Ein historisches Beispiel ist das klassische Konversionsmodell, das auf der Vorstellung der Umsetzung psychischer (libidinös-triebhafter) Energie in Körpersymptome beruht.

Historisch gesehen ist das Problem körperlicher Symptome ohne körperliche Ursache an den Begriff der Hysterie und verwandter Begriffe (Hypochondrie, Neurasthenie) geknüpft (Berrios und Mumford 1995). Diese Begriffe waren – wie auch der Neurosebegriff – alle organisch konzipiert, beginnend bei der hippokratischen Vorstellung, dass hysterische körperliche Symptome durch eine wandernde Gebärmutter ausgelöst würden.

Speziell für diffuse körperliche Beschwerden ohne gesicherte körperliche Ursache wurde im 19. Jahrhundert die Bezeichnung „Neurasthenie“ eingeführt, während die Hypochondrie mehr als eine (organisch gedachte) mentale Krankheit verstanden wurde (Blaschko et al. 1999, Wessely 1995). Noch Freud (1895) erklärte die Neurasthenie durch eine Autointoxikation des Organismus infolge nichtabgeführter sexueller Spannung. Da sich mit der Neurasthenie kein sinnvolles Krankheitskonzept verbinden ließ, wurde der Begriff aufgegeben. Im ICD-10 existiert diese Kategorie zwar noch, sie ist aber umstritten und wird selten benutzt. Die Hypochondrie hat dagegen überlebt und ist in die modernen Klassifikationssysteme eingegangen.

Seit dem 17. Jahrhundert werden Umweltfaktoren als exogene Noxen

für die Entstehung hysterischer Körpersymptome und auch der Hypochondrie diskutiert (Berrios und Mumford 1995). Noch in den dreißiger und fünfziger Jahren des eben vergangenen Jahrhunderts betrachtete man Nahrungsmittelallergien und Einflüsse der damals neuen synthetischen Chemikalien als pathogenes Agens bei diffusen körperlichen Symptomen (Blaschko et al. 1999). Ganz ähnliche Vorstellungen spielen im paramedizinischen Bereich bis heute eine Rolle (z. B. bei der Vorstellung einer Autointoxikation durch Candida-Besiedlung des Darmes).

Briquet (1796–1881) beschrieb 1859 einen Symptomkomplex mit polymorphen körperlichen Beschwerden als einen Sonderfall der Hysterie (Trillat 1995). Als man in den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts mit der nosologischen Zerlegung des Hysteriebegriffes begann, wurde von den Konversionsstörungen eine primär chronische, polysymptomatische und schwere Form abgetrennt, die man Briquet-Syndrom nannte, da sie der Beschreibung von Briquet sehr ähnelte. Verlaufsuntersuchungen belegten die Stabilität dieses Krankheitsbildes (Sack et al. 1998). Heute wird die ganze Gruppe einschließlich der Hypochondrie als „somatoforme Störung“ (ICD-10, DSM-IV), das Briquet-Syndrom speziell als „Somatisierungsstörung“ bezeichnet. Es besteht Einigkeit, dass es sich dabei um psychische, nicht um körperliche Störungen handelt.

Der Weg zu dieser Einsicht war lang. Die Geschichte der Hysterie und der psychogenen körperlichen Störungen lässt sich als Versuch beschreiben, in immer neuer Gestalt auftretende Symptome, die in kein bekanntes körperlich begründbares Krankheitsbild passen, dennoch somatisch zu erklären. Erst langsam setzte sich die Einsicht durch, dass es sich um seelisch begründete Störungen handelt. Shorter (1992) hat herausgearbeitet, dass die Wahl des Störungsmusters („pattern“) kulturell determiniert ist und in Abhängigkeit davon erfolgt, welche Erkrankungskonzepte in einer Gesellschaft gerade als legitim angesehen

werden. Vieles spricht dafür, dass es sich bei den umweltbezogenen Körperbeschwerden um ein ebensolches Phänomen handelt.

Möglicherweise gilt dieselbe Interpretation auch für eine Reihe anderer, „moderner“ Syndrome, deren Dignität unklar ist. Dazu zählen das Fibromyalgiesyndrom und das Chronic Fatigue-Syndrom. Dazu passt, dass sich in klinischen Studien bedeutsame Überschneidungen dieser Syndrome mit dem MCS-Syndrom nachweisen ließen (Fiedler et al. 1996, Buchwald und Garrity 1994).

Erklärungsmodelle

Das ätiopathogenetische Paradigma des MCS-Konzeptes besteht darin, dass für die Einwirkung mehrerer Umweltgifte in niedriger Konzentration die wissenschaftlich gesicherten toxikologischen Schwellenwerte wegen der Summation der Effekte nicht mehr gelten sollen, sondern deutlich niedriger angesetzt werden müssen („Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile.“). Um das Problem der toxikologischen Schwellenwerte zu umgehen, werden komplizierte allergieähnliche Lernvorgänge verantwortlich gemacht. Teilweise wird postuliert, dass die Schwellenwerte bereits für Einzelsubstanzen (z. B. Amalgam, Holzschutzmittel) zu hoch angesetzt sind, d. h. dass es Schadstoffwirkungen gibt, die subliminal und schleichend sind. Der Begriff des MCS wurde von Cullen (1987) eingeführt. Die von Cullen genannten diagnostischen Kriterien sind recht restriktiv (Henningsen und Sack 1998). Cullen meint zwar, dass eine objektiv nachweisbare Organschädigung zur Diagnosestellung nicht erforderlich sei – allein die subjektiv erlebten Symptome sollen genügen –, fordert aber, dass die Symptomatik in einem engem zeitlichen Zusammenhang mit einer (evtl. geringfügigen) Chemikalienexposition aufgetreten sein muss. Auch müssen die Symptome durch Reexposition reproduzierbar sein. Selbst von Anhängern des Konzeptes werden diese Kriterien oft nicht beachtet. (Henningsen und Sack 1998).

Da der Begriff des MCS eine bestimmte Kausalvorstellung impliziert, für die es keine Evidenz gibt, wurde auf einer Arbeitstagung der WHO in Berlin 1996 die neutralere Bezeichnung „Idiopathic Environmental Intolerances“ (IEI) vorgeschlagen (IPCS 1996). Das IEI soll eine erworbene Störung mit multiplen Symptomen sein, die in Zusammenhang mit Umwelteinflüssen steht, die üblicherweise gut vertragen werden, und die durch keine andere körperliche oder psychische Störung erklärbar ist.

Was ist der Wert dieser Definitionen? Man muss sich darüber im Klaren sein, dass es sich um Arbeitsmodelle handelt, die dazu dienen sollen, klinische Phänomene begrifflich zu beschreiben, um sie der Untersuchung und Forschung zugänglich zu machen. Für die klinische und gutachtliche Praxis sind sie erst dann verwertbar, wenn ihre Gültigkeit belegt ist. Das ist bisher nicht der Fall (Übersicht bei Henningsen und Sack 1998, Blaschko et al. 1999). So konnte in keiner doppelblind angelegten Expositionsuntersuchung die Symptomatik durch die Zufuhr von niedrigen, aber angeblich relevanten Toxindosen reproduziert werden. Wegen der vollständig negativen Befunde hatte die American Medical Association (Council Report 1992) erklärt, dass das MCS kein sinnvoller Begriff zur Erklärung klinischer Phänomene darstellt, da die Diagnose nicht stabil ist, keine Operationalisierung erlaubt und im Widerspruch zu laborchemischen und körperlichen Untersuchungsbefunden steht. Das hindert naturheilkundlich orientierte Ärzte und Heilpraktiker nicht daran, wissenschaftliche Arbeitsmodelle so zu verwenden, als ob sie klinisch belegt wären. Sie werden dabei von einer paratherapeutischen Subkultur unterstützt, zu der auch Firmen gehören, die durch den Vertrieb von Diagnostika und Detoxifikationsagencien finanzielle Interessen haben (Henningsen und Sack 1998).

An die Tatsache, dass keine wissenschaftlich belegte biologisch-naturwissenschaftliche Theorie zur Ätiopathogenese von umweltbedingten

Körperbeschwerden existiert, knüpft die psychologische Forschung an. Es fällt auf, dass - im oben skizzierten Sinn - die Problematik des MCS-Phänomens nicht neu ist, sondern dass die angeblich somatisch zu erklärenden Syndrome eine große Ähnlichkeit mit den somatoformen Störungen der aktuellen psychiatrischen Nomenklatur, dem Briquet-Syndrom und anderen Konzepten aus dem ideengeschichtlichen Umfeld des Hysteriebegriffs aufweisen.

Die Definition des ICD-10 beschreibt für die somatoforme Störung ein schweres, chronisches, polysymptomatisches Beschwerdebild mit einer diffusen körperlichen Symptomatik, das mit wissenschaftlich akzeptierten Methoden nicht ausreichend erklärt werden kann, bei dem eine organische Ursachenüberzeugung verbunden mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen vorliegt, eine psychische Ätiologie trotz offensichtlicher Anknüpfungstatsachen vehement abgelehnt wird und häufig eine Komorbidität mit anderen psychiatrischen Störungen besteht, vor allem mit depressiven und Angststörungen.

Es liegen inzwischen eine Reihe kontrollierter Studien vor, die zeigen, dass viele Patienten mit umweltbezogenen Körperbeschwerden die diagnostischen Kriterien für eine somatoforme Störung erfüllen und auch an weiteren psychischen Störungen leiden (Blaschko et al. 1999, 2000). Das ist sicher ein starkes Argument für eine Psychogenese umweltbezogener Körperbeschwerden. Allerdings stellt sich die Frage, was diese Befunde darüber hinaus bedeuten. Dazu ist eine kritische Anmerkung erforderlich.

Eine gängige Interpretation der oben zitierten Befunde lautet, dass sich „hinter“ umweltbezogenen Körperbeschwerden eine psychische Störung im Sinne der modernen Klassifikationssysteme verbirgt. Aus unserer Sicht ist es logisch inkonsistent und führt zu Verwerfungen, wenn man die ausschließlich auf Deskription und Operationalisierung ausgerichtete Klassifikation des ICD 10- oder des DSM-IV im Sinne

von Strukturdiagnosen benutzt. Wenn man argumentiert, dass sich „hinter“ den angeblich umweltbedingten Syndromen eine psychische Krankheit verbirgt, muss man zwingend ein Krankheitsmodell verwenden, das es erlaubt, Symptome als Ausdruck einer „darunter“ liegenden Struktur zu interpretieren, sie also in einen funktionalen Kontext zu rücken. In Frage kommen hier nur das psychodynamisch-psychoanalytisch ausgerichtete Modell oder verhaltensmedizinische Modelle. Es ist daher nicht sinnvoll, immer wieder neuen Nachweis zu führen, dass Patienten mit umweltbedingten Körperbeschwerden „eigentlich“ an einer somatoformen Störung leiden (Henningssen und Sack 1998). Sinnvoller ist es vielmehr nach der Funktion der Beschwerden, der ihnen korrespondierenden Überzeugungen, nach psychosozialen Belastungen, nach dem Krankheitsgewinn und nach weiteren, auch sozialpsychologischen und kulturellen Determinanten zu fragen.

Diesbezüglich ist belegt, dass die Vorgeschichte der Patienten mit umweltbezogenen Körperbeschwerden dieselben Charakteristika zeigt, die wir ebenso bei anderen psychoneurotischen Störungen finden (Unzufriedenheit am Arbeitsplatz und in der Partnerschaft, Belastungen in der Kindheit, traumatisierende Lebensereignisse, „negative Affektivität“, sekundärer Krankheitsgewinn; Pennebaker 1994, Joraschky et al. 1998). In epidemiologischer Hinsicht ist nachgewiesen, dass sozialpsychologische Faktoren eine erhebliche Rolle spielen. Die epidemiologischen Daten korrelieren nicht mit den objektiven Schadstoffbelastungen, sondern zeigen unabhängig davon regionale Häufungen. Die Amalgam-„phobie“ ebenso wie das „Holzschutzmittelsyndrom“ sind überwiegend ein mitteleuropäisches und skandinavisches Phänomen, während MCS-Patienten sich mehr in den USA finden (Henningssen und Sack 1998). Typische soziale Ansteckungsphänomene („mass psychogenic illness“), wie sie auch bei anderen „hysterischen“ Störungen eine Rolle spielen, sind ebenfalls bekannt (Salvaggio 1994).

Es existieren eine Reihe kognitiv-behavioraler Erklärungsmodelle für die Störungsgruppe, die auch dem so prominenten und den Kontakt massiv belastenden Merkmal der Umweltattribution in der Psychopathologie Rechnung tragen (Henningssen und Sack 1998, Ehlers in diesem Heft). Sie lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass unspezifische Körperbeschwerden, die vor dem Hintergrund psychosozialer Belastungen als bedrohlich erlebt werden, mittels eines kulturgebundenen Erklärungsmodells interpretiert und dann „in einem von Vermeidungen geprägten, subkulturelle Züge annehmenden Lebensstil fern der Schulmedizin umgesetzt“ werden und dabei eine kontinuierliche Verstärkung erfahren (Henningssen und Sack 1998). Iatrogene und soziale Faktoren, darunter auch die Massenmedien, spielen als externe Verstärker eine Rolle und tragen zur Unterhaltung des Prozesses bei.

Von psychodynamisch-psychoanalytischer Seite wurde darauf aufmerksam gemacht, dass sich Umweltgifte als Chiffre für eine innere Bedrohung eignen, die besonders diffus und zerstörerisch ist (Joraschky et al. 1998). Projektion und Verschiebung der Bedrohung in die Umwelt führen zu einer psychischen Entlastung. Der Nachteil ist, dass die Umwelt dadurch mit bedrohlich-feindlichen Reaktionen identifiziert wird. Das Krankheitsmodell der umweltbezogenen Syndrome kommt dem Wunsch nach technisch-manipulativer Kontrolle dieser Wahrnehmungen entgegen und wirkt daher angstreduzierend. Die Angstreduktion ist jedoch nicht von Dauer, da die Angstquelle weiter besteht. Daraus resultiert eine Tendenz zu immer radikaleren therapeutischen Maßnahmen, die selbstschädigende Qualität annehmen. Die Zunahme der projektiven Mechanismen im Sinne eines Circulus vitiosus begünstigt mit zunehmender Krankheitsdauer wahnhafte Entwicklungen.

Diagnose und Differentialdiagnose

Die Inzidenz des MCS wird auf ca. 2–10% in der Allgemeinbevölkerung

rung geschätzt. Die Daten sind vage, da die Stichproben und das diagnostische Vorgehen der Studien sehr heterogen sind (Blaschko et al. 2000).

Für das diagnostische Vorgehen bei der Begutachtung empfiehlt sich eine Mischung aus einem strukturierten und einem unstrukturierten Vorgehen. Das braucht Zeit. Vor Beginn der Untersuchung sollte geprüft werden, ob eine ausreichende toxikologische und organische Ausschlussdiagnostik durchgeführt wurde.

Eine ausführliche Anamneseerhebung unter somatischen und unter psychosozialen Aspekten ist obligat. Partnerschafts- und familiäre Probleme sind sehr häufig, ebenso Probleme am Arbeitsplatz. Es muss nach früheren psychischen Krisen und Traumatisierungen gefragt werden. Auch müssen alle Informationen erhoben werden, die für die Einschätzung der Persönlichkeit und der persönlichen Reife erforderlich sind (Beziehungsverhalten, Berufsfindung, Ablösung vom Elternhaus), da diese Faktoren von prognostischer Bedeutung sind.

Die Probanden sind öfter eingebunden in ein subkulturelles, paratherapeutisches Milieu. Es existieren militante Interessengruppen von MCS-Patienten, von denen berichtet wird, dass sie kritische Wissenschaftler und Ärzte anfeinden und bedrohen (Altenkirch 1997). Es ist wichtig darüber Bescheid zu wissen, um das Ausmaß an Rigidität und sozialer Verstärkerwirkungen beim Probanden beurteilen zu können.

Häufigste Klagen von Patienten mit umweltbezogenen körperlichen Beschwerden sind chronische Müdigkeit und rasche Erschöpfbarkeit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Muskel- und Gelenkschmerzen, Kopfschmerzen, gestörter, nicht erholsamer Schlaf, Halsentzündungen und Husten, Haut- und Augenreizungen, Darmstörungen und Muskelschwäche (Blaschko et al. 1999).

Typischerweise lassen sich diese Beschwerden nicht objektivieren. Dazu zählen auch die neuropsychologi-

schen Beschwerden. MCS-Patienten weisen gegenüber Kontrollgruppen kein erhöhtes Ausmaß an objektivierbaren neuropsychologischen Beeinträchtigungen auf (Simon 1993, Fiedler 1996). Dennoch empfehlen wir bei der Begutachtung die Indikation für eine neuropsychologische Zusatzdiagnostik großzügig zu stellen. Dadurch wird das Arbeitsbündnis zwischen Proband und Untersucher gestärkt und der Untersucher erhält die Gewissheit, auf seinem Fachgebiet eine zuverlässige Ausschlussdiagnostik durchgeführt zu haben. Nur unter dieser Voraussetzung kann er sich kreativ mit der unumgänglichen psychologischen Hypothesenbildung befassen.

Die psychologische Hypothesenbildung gehört in den unstrukturierten Teil. Sie bedeutet, dass der Untersucher eine Idee entwickeln muss über die funktionale Bedeutung der Symptomatik. Er muss einen Zusammenhang herstellen können zwischen der Symptomatik und emotionalen Konflikten und psychosozialen Belastungen. Die Herstellung dieses Zusammenhangs darf nicht willkürlich sein, sondern muss nach methodisch nachvollziehbaren Kriterien erfolgen entweder der psychodynamisch/psychoanalytischen Krankheitslehre oder in Übereinstimmung mit lerntheoretischen Modellen. Bei willkürlicher („intuitiver“) Zuordnung sinkt die Reliabilität der Diagnosefindung, wie wir aus Untersuchungen über somatoforme Störungen wissen, erheblich. In dieser Hinsicht ist ein ständiges Training durch Supervision/Intervision erforderlich. Für eine zuverlässige Diagnosestellung genügt es ferner nicht, eine Ausschlussdiagnostik durchzuführen (negatives Kriterium) und dann im Umkehrschluss eine psychogene Störung zu diagnostizieren. Die Validität der diagnostischen Zuordnung steigt, wenn positive Kriterien eingeführt werden (Kößler und Scheidt 1997).

Gelegentlich kommt es vor, dass kein plausibler Zusammenhang hergestellt werden kann (fehlendes positives Kriterium). In einem solchen Fall darf dann keiner konstruiert werden, sondern die Fragestellung muss

zurück an die organmedizinisch tätigen Kollegen gegeben werden.

Für die Beurteilung der Psychodynamik ist es wichtig, dem Probanden bei der Darlegung seines Krankheitsmodells genau zuzuhören und Interesse daran zu zeigen, so wie man das bei jedem anderen neurotischen Symptom auch tun würde. Es ist beispielsweise zu fragen nach dem ersten Auftreten der Symptomatik, nach den dafür verantwortlichen Schadstoffbelastungen, nach Gegenmaßnahmen des Probanden. Man erhält so auch wertvolle Einblicke in das – von uns als innerlich gedachte – Bedrohungsszenario des Probanden.

Am Anfang der Störung steht häufig eine eingeleitete Erklärung (Davidoff und Keyl 1996). Im Verlauf kommt es zu einer Ursachengeneralisierung, bis die typische MCS-Problematik vorliegt (Miller 1996). Die Betroffenen äußern oft massive Angst, die auch in der Untersuchungssituation nachvollzogen werden kann. Es findet sich ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, das deskriptiv dem phobischen Vermeidungsverhalten ähnelt.

Eine besondere Bedeutung kommt dem psychischen Befund zu. Es ist unbedingt erforderlich, das Ergebnis der Untersuchung im Hinblick auf psychopathologische Kategorien ausführlich zu dokumentieren und den befundlichen Teil von der Anamnese und der gutachtlichen Bewertung sorgfältig zu trennen. Wir sehen immer wieder Gutachten, in denen der als Befund deklarierte Absatz keine Untersuchungsergebnisse enthält, sondern paraphrasierte Probandenangaben. Das widerspricht einer transparenten, wissenschaftlich fundierten Diagnostik und birgt die Gefahr, dass die Beschwerdeschilderung des Probanden automatisch die Diagnose generiert (Stevens und Foerster 2000).

Das differentialdiagnostische Spektrum ist groß. Die Inzidenz psychischer Störungen wird bei Patienten mit umweltbezogenen Beschwerden je nach Untersuchung auf 36-100 % geschätzt (Blaschko et al. 1999). Als

Kerngruppe kristallisieren sich in neueren, methodisch anspruchsvollen Arbeiten die somatoformen Störungen heraus mit einem Anteil von etwas über 50% (Blaschko et al. 2000, Joraschky 1998). Es folgen Angststörungen, affektive Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Regelmäßig lassen sich auch schizophrene Psychosen nachweisen. Diese Angaben basieren allerdings auf Untersuchungen von Patienten, nicht von Gutachtenprobanden. Unserer Erfahrung nach sind im Gutachtenbereich wahnhaftige Entwicklungen recht häufig.

Spezielle Probleme der gutachtlichen Situation

Die vorherrschenden Gegenübertragungsgefühle bei dieser Probandengruppe sind Hilflosigkeit und Wut. Das macht die Untersuchung anstrengend und schwierig. Die Versuchung ist groß, sich diesen Gefühlen zu verschließen oder mit Angriffen auf den Probanden zu reagieren. Beide Reaktionen sind problematisch. Im zweiten Fall entwickelt sich typischerweise eine Auseinandersetzung um das – wie man sagen könnte – „keinen wissenschaftlichen Kriterien standhaltende“ Krankheitsmodell des Probanden. Auch in der Forschung findet man häufig eine Tendenz, an sich durchaus richtige Sachverhalte in subtiler Weise dazu zu benutzen, um die Betroffenen als Narren zu entlarven. So wird z. B. darauf hingewiesen, dass es sich bei der Krankheitsüberzeugung um ein „Glaubenssystem“ handle (Bock und Birbaumer 1998) – als ob wir nicht alle irrationalen Überzeugungen anhängen. Man entledigt sich so zwar seiner aggressiven Gegenübertragungsgefühle, aber man entledigt sich damit auch der Möglichkeit, die Betroffenen zu verstehen. Man sollte beachten, dass es sich bei den Probanden meist um schwer leidende Menschen handelt, die über ihre Symptombildung ein schweres Gefühl innerer Bedrohung abzuwehren versuchen. Andernfalls besteht die Gefahr, dass der Umgang mit diesen Menschen auf das Niveau der Zeit um die vorletzte Jahrhundertwende zurückfällt, als Patienten mit psycho-

genen körperlichen Störungen zu den Psychopathen und Simulanten gezählt wurden. Der Hysteriebegriff ist seitdem bekanntlich kontaminiert.

Es ist vielmehr unbedingt erforderlich, die Betroffenen in ihrem Symptom und ihrem Leiden ernst zu nehmen und sie andererseits davor zu schützen, in autodestruktiver Tendenz Wohnungssanierungen, Operationen oder kostspielige Detoxifikationen durchführen zu lassen, den Arbeitsplatz aufzugeben oder die Partnerschaft zu belasten. Blaschko et al. (2000) und Joraschky (1998) beschreiben bei einem solchen, sensiblen Vorgehen ermutigende Ergebnisse. Die Erarbeitung eines gemeinsamen Krankheitsmodells ist dabei von entscheidender Bedeutung.

Therapeutische und prognostische Probleme

Die Prognose umweltbezogener Körperbeschwerden ist schlecht (Joraschky 1998). Die Chronifizierungsrate liegt bei etwa 50%. Umweltbezogene Körperbeschwerden zeigen damit ein ganz ähnliches Verlaufsmuster wie somatoforme Störungen (Joraschky 1998). Das kann als weiterer Hinweis dafür gewertet werden, dass dasselbe Problem in unterschiedlicher Gestalt vorliegt.

Für die Prognose von somatoformen Störungen ist belegt, dass auch unter Behandlung fast ausschließlich Patienten remittieren, die keine psychiatrische Komorbidität aufweisen (Sack et al. 1998). Da die Komorbidität mit 60–100 % sehr hoch ist, erklärt das die schlechte Prognose. Unserer Erfahrung nach ist eine Kombination mit Persönlichkeitsstörungen und wahnhaften Entwicklungen besonders ungünstig.

Lange Krankheitsdauer ist bei psychoneurotischen Störungen immer ein prognostisch schlechter Faktor. Joraschky (1998) schlägt bei Patienten mit umweltbezogenen Körperbeschwerden eine Einteilung in vier Gruppen vor in Abhängigkeit vom Krankheitsmodell. Er unterscheidet Patienten mit einem flexiblen, mehrdimensionalen Krankheits-

modell, mit einem rigiden somatischen Krankheitsmodell, mit Vergiftungsüberzeugung und Patienten, die sich als Vergiftungsoffer sehen. Dabei soll es sich um Stufen in der Krankheitsentwicklung handeln. Seinen Erfahrungen nach reagiert die erste Gruppe deutlich positiver auf therapeutische Interventionen als die anderen Gruppen.

Systematische Interventionsstudien für umweltbezogene Beschwerden fehlen. Derzeit wird meist ein kognitiv-behavioraler Ansatz empfohlen (Henningsen und Sack 1998). Aufgrund unserer Erfahrung favorisieren wir eher psychodynamisch-tiefenpsychologische Therapieansätze. Die psychotherapeutische Differentialindikation hängt entscheidend von der Persönlichkeit und der Motivation des Betroffenen ab. In allen Arbeiten wird auf die Bedeutung der therapeutischen Grundeinstellung und des Arbeitsbündnisses hingewiesen. Dabei geht es nicht primär um ein gemeinsames Ursachenmodell. An erster Stelle stehen Bemühungen, den Patienten überhaupt vom Sinn psychotherapeutischer Interventionen zu überzeugen, z. B. zur Krankheitsbewältigung.

Betroffene, die begutachtet werden, sind meist schon lange krank. Das gutachtliche Verfahren wirkt zusätzlich als „Nozebo“. Beides ist prognostisch ungünstig. Um die Prognose im konkreten Gutachtenfall zu prüfen, sind weitere Informationen erforderlich (Komorbidität/Persönlichkeit, Situation in Familie/Partnerschaft, frühere psychische Störungen/Traumatisierungen). Die Vorgehensweise ist also dieselbe wie bei anderen psychoneurotischen Störungen (Foerster 2000). Es empfiehlt sich, die Rigidität des Krankheitsmodells des Probanden im obigen Sinne genau zu prüfen, da davon die Empfehlung zu Therapieversuchen abhängt, wie sie üblicherweise vor einer Dauerberentung gefordert werden. Bei einem chronischem Verlauf mit wahnhafter Einengung sind Therapieversuche nach dem derzeitigen Kenntnisstand sinnlos. Das gilt natürlich nicht für eindeutig schizophrene Störungen.

Kooperation: Deutsche Versicherungsakademie (DVA) und Gen Re Business School

Am 12.12.2003 unterzeichneten Vertreter der DVA und der Gen Re eine Vereinbarung über die Zusammenarbeit auf dem Gebiet der berufsbegleitenden Weiterbildung. DVA und Gen Re Business School sind beide unternehmensübergreifende Dienstleister für den Versicherungsmarkt, die kundenorientiert qualitätsgesicherte Bildungs- und Informationsprodukte – mit unterschiedlichen Schwerpunkten – anbieten. In Zukunft werden diese Institutionen auf der Grundlage verbindlicher Qualitätsstandards ausgewählte Weiterbildungsprojekte ge-

meinsam entwickeln, anbieten und durchführen.

Erstes Kooperationsprojekt

DVA und Gen Re Business School werden bereits im Herbst 2004 zwei berufsbegleitende Weiterbildungsprogramme für Leistungsregulierer und Risikoprüfer Leben/BUZ starten. Voraussetzungen für diese Qualifizierungen mit Zertifikatsabschluss sind der Fachwirt DVA oder eine vergleichbare Qualifikation sowie der Gen Re/IHK Abschluss Fach-

frau/-mann für BUZ-Leistungsregulierung bzw. Risikoprüfung.

Die Teilnehmer erwerben in einer jeweils zweiphasigen Weiterbildung die wahlweise Qualifikation zum

- Fachreferent Leistung Leben/BUZ
- Fachreferent Risikoprüfung Leben/BUZ
- Manager Leistung Leben/BUZ
- Manager Risikoprüfung Leben/BUZ

Den Teilnehmern stehen somit vier unterschiedliche qualifizierte Abschlüsse zur Auswahl, die je nach Voraussetzungen und Karriereplanung ausgewählt werden können: Der Abschluss „Fachreferent“ ist auf die fachliche Leitung eines Ressorts bezogen; der Abschluss „Manager“ ist auf zukünftige Aufgaben mit Personalverantwortung ausgerichtet.

Wir werden Sie in Kürze detailliert über diese neuen karrierebegleitenden Weiterbildungsangebote informieren.

Beratung bei:
Dr. Marianne Kutzner,
Leiterin Gen Re Business School,
Tel. 0221- 9738-678,
kutzner@genre.com

Der BUZ-Fall – Sachleistungen an Arbeitgeber zur Verhinderung einer Berufsunfähigkeit



René Hölken,
Reha-Berater der
Gen Re Rehabilita-
tionsdienst GmbH,
Regionalleiter Ost
rhoelke@ggenre.com

Es ist in der BUZ möglich, durch Schutzmaßnahmen oder den Einsatz geeigneter Hilfsmittel Krankheitserscheinungen zu lindern und die Berufsfähigkeit des Versicherten zu sichern oder wieder herzustellen. Durch die Rechtsprechung wurde das mehrfach bestätigt (siehe z. B. OLG Hamm, 19. 12. 1990, r+s 1991, 178, OLG Köln, 26.11. 1997, 5 U 31/96, OLG Köln, 20. 7. 1998, VersR 1999, 1532). Für den Leistungsregulierer besteht oft ein Problem darin zu erkennen, ob Sachleistungen an den Arbeitgeber zur Vermeidung einer Berufsunfähigkeit eines Angestellten notwendig und sinnvoll sind. Außerdem benötigt er Wissen über die Grenzen dessen, was dem Versicherten im Einzelfall zumutbar ist. Wichtig ist auch: In welcher Konkurrenz stehen Leistungen eines privaten BUZ-Versicherers zu denen aus der Sozialversicherung? Wir gehen diesen Fragen anhand des folgenden Falles nach.

Der Unfall und seine Folgen

Die Versicherung begann am 1. 9. 1999 und beinhaltet ein riskiertes Kapital von ca. 120.000,- Euro. Am 2. November 2000 erlitt der zu diesem Zeitpunkt 19-jährige Versicherte einen schweren Verkehrsunfall. Nach notärztlicher Versorgung und Krankenhausaufenthalt konnte der Versicherte am 7. 12. 2000 zunächst nach Hause entlassen werden. Eine Anschlussheilbehandlung in einer Fachklinik erfolgte vom 13. 12. 2000 bis zum 10. 1. 2001. In deutlich gebesserem Allgemeinzustand wurde der Versicherte mit folgenden Abschlussdiagnosen nach Hause entlassen:

- Zustand nach schwerem Schädeltrauma II° mit Hirnödemen
- Zustand nach sekundärer Versorgung einer Strecksehnenruptur 4. Strahl rechts mit Gipsschienenfixation

Problematisch waren vor allem die Leistungsdefizite, die der Versicherte im Bereich der Aufmerksamkeit hatte. Eine am 21. 11. 2001 durchgeführte neuropsychologische Begutachtung ergab erhebliche Hirnleistungsdefizite in den Leistungsbereichen selektive Konzentrationsfähigkeit, Stressresistenz und kognitives Tempo, anamnestisch war der Eingang in den Langzeitspeicher durch eine hohe Vergessensrate deutlich erschwert. Außerdem ließen sich anamnestisch und fremdanamnestisch hirnorganische Allgemeinsymptome wie frühzeitige Ermüdung und psychovegetative Labilität (Cephalgien) feststellen. Die Untersuchungsbefunde ließen sich als mittelgradiges hirnorganisches Psychosyndrom interpretieren. Ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten vom 8. 2. 2002 kommt zu dem Schluss, dass der Versicherte seine Berufstätigkeit als gelernter Koch nicht mehr ausüben können wird.

Aus diesem Grunde wurde vom zuständigen Arbeitsamt eine Vermittlung in den erlernten und zuletzt ausgeübten Beruf als Koch als abwegig angesehen. Die zuständige LVA hat im Zeitraum nach dem Unfall zwar eine Rehabilitationsmaßnahme und verschiedenste Gutachten in Auftrag gegeben, jedoch eine konkrete Aussage dazu, ob und welche beruflichen Reha-Möglichkeiten bestehen, bis ins Jahr 2003 verschoben. Der leistungswillige und durch seine Eltern unterstützte Versicherte kam sich in dieser Situation äußerst hilflos vor.

Überlegungen des BUZ-Versicherers

Die Überlegung des BUZ-Versicherers ging dahin zu prüfen, ob man sich den Gutachten des Sozialversicherungsträgers und der eigenen erstellten Gutachten anschließt und zunächst eine BUZ-Rente gewährt oder ob man vorab durch die Einschaltung der Gen Re Rehabilitationsdienst GmbH Möglichkeiten der Vermeidung einer solchen Leistung prüft. Aus guten Gründen wurde die letztgenannte Lösung favorisiert.

Das persönliche Gespräch mit dem Versicherten

Nach kurzfristiger Absprache des BUZ-Versicherers mit dem Rehabilitationsdienst wurde der Fall an den zuständigen Reha-Berater weiter geleitet. Im Rahmen eines ausführlichen persönlichen Gespräches mit dem Versicherten und seinen Eltern wurde nicht nur festgestellt, dass der Versicherte ein hohes Engagement aufwies, sondern es wurde auch deutlich, dass der Antragsteller lediglich in bestimmten Bereichen Defizite hatte, die einer vollschichtigen Beschäftigung im Wege standen. Hierzu gehörten u. a. die für einen Koch wichtige Kreativität im

Bezug auf die Abläufe der Mahlzeitenzubereitung und die Koordination der hierzu notwendigen technischen Hilfen.

Die Frage war, ob ein Arbeitgeber gefunden werden kann, der einen auf die Belange des Versicherten zugeschnittenen Arbeitsplatz anbietet.

Die Akquise

Nach einer schnellen und intensiven Akquise konnte ein Arbeitgeber gefunden werden, der die Stelle eines Koches besetzen wollte. Er verfügte jedoch nicht über die notwendigen technischen Einrichtungen, die es erlauben würden, den Versicherten leidensgerecht einzusetzen. In Zusammenarbeit mit dem Reha-Berater wurde eine Lösung für dieses Problem gefunden: Alle Beteiligten waren der Auffassung, dass die Kompensation der Einschränkungen des Versicherten durch die Anschaffung eines Konvektomaten gelingen würde.

Ein Konvektomat ist in der Lage, viele Speisen gleichzeitig in einer großen Anzahl zuzubereiten, ohne dass hierzu verschiedenste und zeitaufwendig zu bedienende Hilfsmittel benötigt werden. Mit der Anschaffung eines Konvektomaten war eine realistische Möglichkeit gegeben, die Arbeitssituation für den Versicherten so zu gestalten, dass er ihren Anforderungen entsprechen konnte.

Das Ergebnis

Nach Durchführung eines vierwöchigen Praktikums stand fest, dass der Versicherte für die Tätigkeit des Alleinkochs in vollschichtiger Tätigkeit trotz seiner Einschränkungen geeignet war.

Über den Reha-Berater wurde mit dem Arbeitsamt und dem Arbeitgeber eine Vereinbarung getroffen, dass der Arbeitgeber vom Sozialversicherungsträger eine finanzielle Förderung zur Einrichtung des dau-

erhaften Arbeitsplatzes erhalten wird. Unabhängig davon konnte vom BUZ-Versicherer eine Sachleistung an den Arbeitgeber erbracht werden, ohne dass dies die Leistung des Sozialversicherungsträger beschneiden würde. Gefördert wurde mit der Sachleistung die Anschaffung des Konvektomaten, wobei eine Vereinbarung getroffen wurde, die die Rückerstattung der Förderung bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitgeber bis zu einer Dauer von vier Jahren vorsieht.

Gleichzeitig wurde zwischen dem BUZ-Versicherer und dem Antragsteller eine Vereinbarung getroffen, dass für den Zeitraum bis zur Aufnahme der beruflichen Tätigkeit eine Ausgleichszahlung erfolgt, jedoch mit dem Zeitpunkt der Festanstellung und der Anschaffung des Konvektomaten eine Berufsunfähigkeit aus dem Unfallereignis nicht mehr vorliegt und es zur erneuten Geltendmachung von Ansprüchen aus der BUZ-Versicherung eines neuen Leistungsfalles bedarf.

Fazit

Die Sachleistung an Arbeitgeber stellt eine Möglichkeit dar, bestehende Arbeitsverhältnisse beizubehalten bzw. neue zu begründen, ohne dass dabei der Anreiz des Arbeitgebers zur Erlangung von finanziellen Hilfen des Sozialversicherungsträgers beschnitten wird. Der gezielte und schnelle Einsatz des Reha-Beraters vor Ort stellt dabei eine kostengünstige Lösung der BUZ-Problematik vor Ort dar. Einer frühzeitigen Beauftragung kommt für eine professionelle Regulierung des Falles eine besondere Bedeutung zu.

Nicht zu unterschätzen ist zudem die Bindungswirkung an das Versicherungsunternehmen, die auf Seiten des Versicherten durch die Einschaltung und das effektive Vorgehen des Rehabilitationsdienstes gestärkt wird.

ZuRecht: Individual-vertragliche Vereinbarung

Keine grundsätzlichen Bedenken des BGH gegen zweiseitige Regelungen



Christoph Müller-Frank, Rechtsanwalt, Kanzlei Bach, Langheid & Dallmayr, Köln

Individual-vertragliche Vereinbarungen haben bei der BU-Regulierung eine herausragende Bedeutung. Hintergrund hierfür sind die unflexiblen Regelungen der §§ 5, 7 MB-BUZ, insbesondere unter Berücksichtigung der hierzu von der BGH-Rechtsprechung entwickelten Bindungswirkung eines Anerkenntnisses. Allerdings liegt der Abschluss einer vorläufigen Regelung häufig im Interesse beider Vertragspartner zur Vermeidung langfristiger Prüfungen und Auseinandersetzungen. Deshalb wird der Vorteil individueller Regelungen in der Praxis allgemein anerkannt.

Mit Urteil vom 12. 11. 2003 (VersR 2004, 96 = NJW-RR 2004, 174) hat der BGH erstmals zu einer solchen Vereinbarung Stellung genommen. Grundsätzliche Bedenken sieht er nicht, sieht die Grenzen der Wirksamkeit einer solchen Vereinbarung allerdings u.a. in der treuwidrigen Ausnutzung seiner überlegenen Verhandlungsposition durch den Versicherer.

Der Fall

Ein selbstständiger Paketzusteller beanspruchte nach einem Skiunfall mit der Folge eines Knorpelschadens im linken Kniegelenk Leistungen von seinem BUZ-Versicherer. Unter dem 7. 8. 1998 bot der Versicherer den Abschluss einer Vereinbarung über Leistungen für die Zeit vom 1. 8. 1998 bis 31. 7. 1999 an. Am 14. 8. 1998 unterschrieb der VN die Vereinbarung und sandte diese an den Versicherer zurück. Der Versicherer erbrachte zunächst die versprochenen Leistungen. Mit Schreiben vom 3. 12. 1998 focht er die Vereinbarung wegen arglistiger Täuschung an und kündigte die insgesamt drei Lebensversicherungsverträge mit BUZ fristlos. Der Versicherer warf dem VN vor, bewusst falsche Angaben zu seinem zuletzt ausgeübten Beruf gemacht zu haben. Er habe schon seit Jahren nicht mehr selbst Pakete ausgefahren.

Der VN erhob Klage, die auf Feststellung der Leistungspflicht aus den BUZ-Verträgen ab 1. 2. 1998 und auf Fortbestehen der Lebensversicherungsverträge gerichtet war.

Die Vorinstanzen

Beim LG Dortmund und beim OLG Hamm hatte die Klage in vollem Umfang Erfolg. Die Voraussetzungen der Anfechtung konnten nach Beweisaufnahme nicht festgestellt werden. Ebenfalls nach Beweisaufnahme wurden die Voraussetzungen der Berufsunfähigkeit für die Zeit vom 1. 2. bis 31. 7. 1998 bejaht. Für die Zeit ab 1. 8. 1998 könne Berufsunfähigkeit nicht mehr bestritten werden. Denn die von der Beklagten initiierte Vereinbarung mit dem Kläger sei die Umgehung eines an sich zu erklärenden Anerkenntnisses, meinte das OLG Hamm. Wegen des Unterlassens eines gebotenen Anerkenntnisses sei die Beklagte so zu behandeln, als

habe sie ein Anerkenntnis mit Bindungswirkung abgegeben. Auf die mit einer Leistungsbefristung versehene Vereinbarung könne sich die Beklagte nicht berufen: Das an einen VN gerichtete Ansinnen, sich ohne entsprechende Aufklärung und ohne sachliche Notwendigkeit mit einer bedingungswidrigen Verkürzung seiner Rechtsposition einverstanden zu erklären, stelle einen Verstoß gegen Treu und Glauben, wenn nicht gar eine positive Vertragsverletzung des Versicherers dar.

Die BGH-Entscheidung

Die zugelassene Revision hat der BGH ganz überwiegend zurückgewiesen. Unter teilweiser Abänderung des OLG-Urteils hat er allerdings die Leistungspflicht des Versicherers für die Zeit vom 1. 2. bis 31. 7. 1998 verneint und insoweit die Klage abgewiesen.

Zu diesem Ergebnis kommt der BGH durch einfache Auslegung der Vereinbarung vom 7./14. 8. 1998. Sie enthalte einen Verzicht des VN auf Leistungen bis zum 31. 7. 1998. Für den weitergehenden Zeitraum enthalte sie ein vertragliches Anerkenntnis der Leistungspflicht des Versicherers, das lediglich mit dem Vorbehalt eingeschränkt worden sei, nach Ablauf eines Jahres die Frage der Verweisbarkeit auf eine Ersatz Tätigkeit zu prüfen, nicht aber unter Umgehung der Regeln des Nachprüfungsverfahrens auch die Frage der Berufsunfähigkeit im zuletzt ausgeübten Beruf einer Erstprüfung zu unterziehen.

Wirksamkeit von individual-vertraglichen Vereinbarungen

Zur Begründung seines Ergebnisses hat der BGH zunächst allgemeine Ausführungen gemacht.

Entgegen den Bedenken des OLG Hamm sei es den Parteien einer Be-

rufsunfähigkeits-Versicherung nach dem Grundsatz der Vertragsfreiheit nicht verwehrt, die Leistungspflicht im Rahmen der Schranken des allgemeinen Zivilrechts einvernehmlich zu regeln. Wegen der speziellen Ausgestaltung der BUZ-Versicherung sei der Versicherer nach Treu und Glauben in besonderer Weise gehalten, seine überlegene Sach- und Rechtskenntnis nicht zum Nachteil des VN auszunutzen. Die BU-Rente habe für diesen häufig existenzielle Bedeutung.

Die dem Versicherer geläufige Regelung der §§ 5 bis 7 MB-BUZ über die Erklärung eines Leistungsanerkennnisses, dessen Reichweite und das Nachprüfungsverfahren seien für den durchschnittlichen VN nur schwer durchschaubar. Deshalb setze eine beiderseits interessengerechte Vereinbarung über die Leistungspflicht ein lauterer und vertrauensvolles Zusammenwirken der Vertragspartner voraus, das auf Ergebnisse abziele, die den Tatsachen und der Rechtslage entsprechen. Nur so sei der VN in der Lage, verantwortlich darüber zu entscheiden, ob er sich auf eine Beschränkung der von ihm nach den Versicherungsbedingungen für berechtigt gehaltenen Ansprüchen einlassen wolle. Es hänge von den Umständen des jeweiligen Falls ab, wann einem Versicherer eine treuwidrige Ausnutzung seiner überlegenen Verhandlungsposition vorgeworfen werden könne.

Konkrete Vereinbarung

Zum Verständnis der abgeschlossenen Vereinbarung ist diese nunmehr im Detail darzustellen.

Das Angebotsschreiben des Versicherers vom 7. 8. 1998 lautete auszugsweise:

Sie haben Ansprüche aus Ihren Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen geltend gemacht. Auf der Grundlage der ärztlichen Angaben sind Sie in Ihrem bisherigen Beruf zu 100 % berufsunfähig.

Nach § 2 Ziff. 1 der Bedingungen für die BUZ-Versicherung leisten wir, wenn Sie aufgrund Ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten auch keine andere Ihrer bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit zu mehr als 50 % ausüben können...

Wir verweisen unsere Versicherten nur möglichst dann auf einen vergleichbaren Beruf, wenn ein solcher Beruf auch tatsächlich ausgeübt wird. Dies ist bei Ihnen nicht der Fall. Wir bieten Ihnen an, die vertraglich vereinbarten Leistungen für einen gewissen Zeitraum zu zahlen und erst anschließend zu prüfen, auf welche Ersatztätigkeit Sie verwiesen werden können. Dies hat für Sie folgende Vorteile:...

Die beigefügte Vereinbarung, die vom VN am 14. 8. 1998 akzeptiert worden war, hatte folgenden Wortlaut:

1. Die Beklagte ist bereit, den besonderen Verhältnissen des vorliegenden Schadensfalls Rechnung zu tragen und aus Rücksicht auf die Interessen des VN von der Möglichkeit einer abstrakten Verweisung für die Dauer dieser Vereinbarung keinen Gebrauch zu machen.

2. Die Beklagte wird an Herrn X aus den oben genannten Berufsunfähigkeits-Versicherungen für die Zeit vom 1. 8. 1998 bis 31. 7. 1999 die vertraglich vorgesehenen Leistungen erbringen. Die Versicherung wird so gestellt, als sei Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen bereits nachgewiesen.

3. Bei Ablauf der Vereinbarung wird die Beklagte die Berufsunfähigkeit anhand der dann vorliegenden gesundheitlichen Verhältnisse und beruflichen Fähigkeiten unter Berücksichtigung zwischenzeitlich eingetretener Änderungen abschließend prüfen. Neu erworbene berufliche Fähigkeiten werden dabei berücksichtigt.

4. Diese Vereinbarung beinhaltet keine Anerkennung der Berufsunfähigkeit.

5. Die bis zum Ablauf der Vereinbarung gezahlten Leistungen müssen auch dann nicht an die Beklagte zurückerstattet werden, wenn bei der abschließenden Prüfung das Vorliegen einer Berufsunfähigkeit weiter verneint werden müsste.

BGH-Bewertung

Diese Vereinbarung verschlechtere die sich aus den Versicherungsbedingungen ergebende Rechtsposition des Klägers keinesfalls in deutlicher Weise. Denn es sei ein Anerkenntnis der vertraglichen Leistungspflicht erklärt worden, das den Versicherer nur dann nicht binde, wenn er eine Verweisbarkeit ausspreche, was hier unstreitig nicht geschehen war.

Die Vereinbarung vom 14. 8. 1998 könne nicht ohne das Schreiben vom 7. 8. 1998 gesehen werden. Aus diesem gehe ohne jede Einschränkung hervor, dass die Beklagte den Kläger auf der Grundlage der ärztlichen Angaben im bisherigen Beruf für vollständig berufsunfähig halte. Offengehalten werden sollte nur die Verweisungsmöglichkeit. Anders habe der Kläger das Angebot, die vertraglich vereinbarten Leistungen für einen gewissen Zeitraum zu zahlen und erst anschließend die Verweisung auf eine Ersatztätigkeit zu prüfen, nicht verstehen können. Denn beide Parteien seien auf der Grundlage der ärztlichen Feststellung damals davon ausgegangen, dass der Kläger im bisherigen Beruf vollständig berufsunfähig sei. Dass die Beklagte sich insoweit dennoch eine erstmalige Prüfung nach Ablauf der Jahresfrist vorbehalten wolle, lasse sich ihrem Schreiben nicht entnehmen.

Im Lichte dieses Angebotschreibens habe der Kläger auch die Vereinbarung selbst nur so verstehen können, dass die Einschränkung der Zu-

sage der vertraglich vorgesehenen Leistungen und die Formulierung in Nummer 4., die Vereinbarung beinhalte keine Anerkennung der Berufsunfähigkeit, sich ausschließlich auf die nach Fristablauf noch zu prüfende Frage der Verweisbarkeit bezogen habe. Dieser Zweck der Vereinbarung sei in deren Nummer 1 nochmals verdeutlicht worden. Nur dieses Verständnis entspreche aus damaliger Sicht einer beiderseits interessengerechten Auslegung, weil lediglich die Frage der Verweisbarkeit streitig gewesen sei.

Da die Beklagte von der Verweisung keinen Gebrauch gemacht habe, könne der Kläger die vertraglichen Leistungen vereinbarungsgemäß ab dem 1. 8. 1998 beanspruchen. Deshalb könne offen bleiben, ob die Beklagte sich die befristete Verweisungsmöglichkeit auch für den Vertrag wirksam vorbehalten konnte, dessen Bedingungen dies nicht vorsahen (kein § 5 Abs. 2 MB-BUZ 90). Andererseits folge aus der Wirksamkeit der Vereinbarung auch, dass der Kläger auf Leistungen für die Zeit vor dem 1. 8. 1998 konkludent verzichtet habe. Darin könne keine durch die Beklagte veranlasste treuwidrige Benachteiligung des Klägers von erheblichem Gewicht gesehen werden, zumal wegen der erst am 23. 4. 1998 erfolgten Anzeige der Berufsunfähigkeit Ansprüche vor dem 1. 4. 1998 ohnehin nicht bestanden hätten, § 1 Abs. 3 MB-BUZ.

Fazit

Auch in der BUZ-Versicherung gelten die allgemeinen Regelungen des Zivilrechts und des Schuldrechts. Das bekräftigt der BGH, wenn er unter Hinweis auf den Grundsatz der Vertragsfreiheit (§ 305 BGB) es den Parteien einer BUZ-Versicherung erlaubt, die Leistungspflicht einvernehmlich zu regeln, wenn dabei die Schranken des allgemeinen Zivilrechts (§§ 138, 242 BGB) berücksichtigt werden. Für den BUZ-Versicherer bedeutet dies insbesondere das Verbot der treuwidrigen Ausnutzung seiner überlegenen Ver-

handlungsposition und das Gebot, auf Ergebnisse hinzuwirken, die den Tatsachen und der Rechtslage entsprechen.

Vereinbarungen kommen insbesondere in Betracht, wenn eine Leistungsentscheidung noch nicht möglich und gegebenenfalls noch umfangreiche Prüfungen für die Feststellung einer Leistungspflicht erforderlich sind. Wenn in solchen Fällen ein sachlicher Grund für eine Vereinbarung gegeben ist, z. B. Möglichkeiten gesundheitlicher Besserung oder beruflicher Umorientierung, und wenn klare Hinweise an den VN erfolgen, was an Prüfungsaufwand und Entscheidungsmöglichkeiten des Versicherers in Frage kommt, dann kann eine individualvertragliche Vereinbarung über befristete Leistungserbringungen und die Geltung der Grundsätze der Erstprüfung nach Ablauf der Vereinbarung wirksam begründet werden.

Für den Text der Vereinbarung gilt: Je mehr individuelle und auf den spezifischen Fall bezogene Einzelheiten niedergelegt werden, um so mehr kann die Individualität der Vereinbarung und die rechtliche Wirksamkeit im Hinblick auf die Überbrückung eines Schwebezustandes verdeutlicht werden. Bei der Ausgestaltung sollte der Versicherer darauf bedacht sein, das Verständnis eines Leistungsanerkanntnisses auszuschließen und deutlich machen, dass es sich um eine kulanzwweise Regelung handelt und er die vertragsgemäßen Voraussetzungen für eine Leistungspflicht derzeit jedenfalls nicht für erwiesen erachtet.

Ausblick

Die derzeitige Praxis individualvertraglicher Vereinbarungen zur Vermeidung bindender Anerkenntnisse soll nach den Erwartungen der VVG-Reformkommission ihre Anziehungskraft unter Geltung der vorgesehenen neuen VVG-Vorschriften verlieren. Dies berichtet Rüter in der Ausgabe 2/2003 von BUZaktuell

(S. 21). Hintergrund hierfür ist der Vorschlag, die Möglichkeit einer einmaligen Befristung eines Anerkenntnisses ohne jedwede Voraussetzung gesetzlich vorzusehen. Dass bei der Begrenzung auf ein einmaliges Vorgehen der Bedarf an in beiderseitigem Interesse liegenden Vereinbarungen gänzlich entfallen wird, erwarte ich allerdings nicht.

Wir würden gerne wissen, ...

... wie Ihnen das Heft 1/2004 gefallen hat. Hat Ihnen die Themenauswahl zugesagt? Haben Ihnen die Artikel weitergeholfen?

... welche Themen für Sie von besonderem Interesse sind. Bitte sprechen Sie uns an, gerne lassen wir uns von Ihren Themenwünschen inspirieren!

... ob Sie eigene Beiträge, Fallbeispiele, Tipps usw. beisteuern möchten. Sprechen Sie das Redaktionsteam an!

Wir freuen uns auf Ihre Kommentare, Hinweise, Anregungen und Beiträge.

Ihr BUZaktuell Redaktionsteam

Seminartermine 2004

12. 3. 2004	BUZ-Seminar	Köln
1. 4. 2004	Psychotherapien	Köln
20. 4. 2004	Internet-Recherche	Köln
14. – 18. 6. 2004	BUZ-Kompaktkurs – Abschlusskolloquium	Köln

Diese Termine stehen bereits fest. Sie erhalten in Kürze weitere Informationen zu unseren Seminaren für das Jahr 2004.

Wir führen Schulungen im Bereich der BUZ-Leistungsregulierung auf Wunsch auch in Ihrem Unternehmen durch. Inhouse-Schulungen werden von uns nach Ihren Vorgaben (Themenwünsche, Ausbildungsstand der Mitarbeiter etc.) maßgeschneidert konzipiert. Das Schulungsmaterial wird für jede Inhouse-Schulung individuell zusammengestellt. Bitte sprechen Sie uns an, wenn Sie an einer Inhouse-Schulung interessiert sind! Wir unterbreiten Ihnen gerne ein unverbindliches Angebot mit detaillierten Programm-, Termin- und Preisvorschlägen.

BUZ-Kompaktkurs 2004/2005

Es sind nur noch wenige Plätze im BUZ-Kompaktkurs 2004/2005 frei. Der Kurs ermöglicht den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die IHK-zertifizierte und europaweit anerkannte Weiterbildung zur „Fachfrau/Fachmann für BUZ-Leistungsregulierung“. Der kommende BUZ-Kompaktkurs beginnt im Sommer 2004 mit der Versendung der einführenden Unterlagen und endet – nachdem die Grundlagen von Recht/Methodik, Berufskunde und Medizin in jeweils einwöchigen Kursen thematisiert wurden – mit einem Abschlusskolloquium, in dem ausgewählte Fragestellungen rechtlicher, methodischer, berufskundlicher und medizinischer Art vertieft behandelt werden.

Hier die Kurs-Termine:

Juni 2004	Versendung der einführenden Unterlagen
12. – 17. 9. 2004	Recht/Methodik
28. 11. – 3. 12. 2004	Berufskunde
27. 2. – 4. 3. 2005	Medizin
30. 5. – 3. 6. 2005	Abschlusskolloquium

Falls Sie Fragen zum BUZ-Kompaktkurs haben oder sich anmelden möchten, wenden Sie sich bitte an Dr. Marianne Kutzner: 0221/9738-678 kutzner@genre.com oder an Gerhard Riedel: 0221/9738-1670 griedel@genre.com

Seminar des Versicherungsforums

Wir möchten darauf aufmerksam machen, dass das Versicherungsforum voraussichtlich im Mai/Juni 2004 Schulungsprogramme zum Gesetzentwurf der VVG-Reformkommission anbietet.

Die Thematik „Lebensversicherung“ erörtert Herr Prof. Wolfgang Römer, Richter am Bundesgerichtshof a. D.

Redaktion

Druck