

PS aktuell

10 Jahre berufsbegleitende Weiterbildung Die GeneralCologne Re BusinessSchool

Die GeneralCologne Re bietet im zehnten Jahr anerkannte berufsbegleitende Weiterbildung für den Versicherungsmarkt an. Grund genug, dieser erfolgreichen Bildungsarbeit einen Namen zu geben: Die GeneralCologne Re BusinessSchool. Dieser Name wird für die als Institution geschätzte professionelle Aus- und Weiterbildung von der Versicherungswirtschaft begrüßt. Im Jahr 2001 gelang es uns, für neue attraktive Seminarprogramme die Universität zu Köln als Kooperationspartner zu gewinnen. Die ersten Seminare dieser Kooperation sind entwickelt und starten bereits 2002.



Dr. Marianne Kutzner
Leiterin der
GeneralCologne Re
BusinessSchool
kutzner@gcr.com

1992 bot die GeneralCologne Re zum ersten Mal ein Seminarprogramm an: Die umfassende, knapp ein Jahr dauernde berufsbegleitende Weiterbildung für BUZ-Leistungsregulierer. In diesem Jahr startet aufgrund der großen Nachfrage der dreizehnte und vierzehnte Kurs dieses Programms; mehr als 150 Leistungsregulierer haben den Abschluss gemacht, fast 40 weitere Teilnehmer befinden sich 2002 und 2003 in der Schulung.

1994 wurden zum ersten Mal Risikoprüfer bei der GeneralCologne Re ausgebildet. Die Weiterbildung zum professionellen Risikoprüfer umfasst ein Programm aus fünf Modulen, das die Teilnehmer innerhalb eines Jahres besuchen können. Bislang haben mehr als 110 Risikoprüfer diesen Lehrgang absolviert, zur Zeit nehmen rund 70 Risikoprüfer an den Modulen teil.

1996 gelang es, auf dem Weg der Kooperation mit der IHK Weiterbildungsgesellschaft Bonn/Rhein-Sieg für die Teilnehmer an den beiden Programmen eine offizielle Zertifizierung mit weitreichender Anerkennung zu erhalten. Fachfrau/Fachmann für BUZ-Leistungsregulierung bzw. Risikoprüfung (IHK) sind von nun an geschützte Bezeichnungen für auf dem Versicherungsmarkt hochgradig anerkannte und nachgefragte Berufsabschlüsse.

1997 begrüßten wir K/H-Schadenregulierer zu einem für sie entwickelten Seminarprogramm. Passgenau für die Arbeit des Schadenregulierers bieten wir Module und Ta-

geseminare zu medizinischen, juristischen und methodischen Themen an. Zahlreiche K/H-Schadenregulierer haben bis heute unsere Seminare besucht.

Ebenfalls 1997 erschienen die ersten Newsletter BUZaktuell, RPaktuell und PSaktuell, die zweimal jährlich BUZ-Leistungsregulierern, Risikoprüfern und K/H-Schadenregulierern praxisbezogene Informationen für ihren speziellen Tätigkeitsbereich bereitstellen.

Unser Angebot wurde und wird ständig erweitert und umfasst heute auch internationale Kurse in den Bereichen Medical Underwriting, Kraftfahrtversicherung, Feuerversicherung und Management sowie auf dem deutschsprachigen Markt fachspezifische Tagesveranstaltungen, fachspezifisches Verhaltenstraining, die Durchführung von Kongressen sowie die Herausgabe von Broschüren und Publikationen.

Die GeneralCologne Re bietet diese Leistungen ab dem Jahr 2002 unter dem Dach der GeneralCologne Re BusinessSchool an.

Ziel der GeneralCologne Re BusinessSchool ist es, die berufsbegleitende Weiterbildung für die Belange des Versicherungsmarktes auf hohem Niveau fortzusetzen und weiter zu entwickeln. Damit möchten wir auch in der Zukunft ausgezeichnete Arbeitsbedingungen auf dem Versicherungsmarkt schaffen und damit zur Unterstützung beider Seiten – der Versicherer und ihrer Kunden – beitragen. Denn von der kompeten-

Inhalt

10 Jahre berufsbegleitende Weiterbildung	1
Morbus Sudeck	3
Arzthaftpflichtversicherung und Arzthaftung	7
ZuRecht	9
Interview: Der Verdienstaufschaden	11
25 Jahre REHACARE International	12
Impressum	12

ten professionellen Arbeit der Mitarbeiter profitieren die Versicherungsunternehmen und die Versicherten.

Die Kooperation mit der Universität zu Köln

Ein weiterer bedeutender Schritt der GeneralCologne Re BusinessSchool zur qualifizierten berufsbegleitenden Weiterbildung ist die Kooperation mit der Universität zu Köln. Am 30. 10. 01 unterzeichneten die Vorstände der GeneralCologne Re, Rainer Isringhaus und Dr. Johannes Lörper gemeinsam mit dem Rektor der Universität zu Köln, Prof. Dr. Tassilo Küpper und dem Kanzler der Universität zu Köln, Dr. Johannes Neyses den Kooperationsvertrag.

Die Universität zu Köln

Die Universität zu Köln ist derzeit die größte deutsche Hochschule in der Bundesrepublik Deutschland und zugleich auch eine der ältesten europäischen Hochschulen. Das hohe Ansehen, das Köln als Forschungsstandort genießt, drückt sich sehr deutlich darin aus, dass an der Universität zu Köln derzeit sieben Sonderforschungsbereiche sowie eine Forschergruppe und ein Transferbereich der Deutschen Forschungsgemeinschaft angesiedelt sind. Die Ansiedlung dieser Projekte ist entscheidendes Kriterium für den Rang einer Universität im nationalen Vergleich der Hochschulen.

Zwei starke Partner als Garanten des Erfolgs

Dass nicht nur die GeneralCologne Re BusinessSchool stolz ist, die Universität zu Köln als Kooperationspartner gewonnen zu haben, sondern auch die Universität zu Köln hohe Erwartungen an die Zusammenarbeit mit der auf den verschiedenen Feldern der berufsbezogenen Weiterbildung erfolgreichen GeneralCologne Re BusinessSchool hat, spricht der Rektor der Universität zu Köln, Herr Prof. Dr. Tassilo Küpper in seinem Geleitwort zum gemeinsamen Seminarangebot deutlich aus:

„Als Rektor der Universität zu Köln habe ich im Jahr 2001 mit der

GeneralCologne Re BusinessSchool einen Kooperationsvertrag über die Zusammenarbeit auf dem Gebiet der wissenschaftlichen Weiterbildung abgeschlossen. Die enge Kooperation auf dem Feld der wissenschaftlichen Weiterbildung wird bei den Partnern neue Möglichkeiten eröffnen, die sie getrennt nicht oder nicht so schnell realisieren könnten.

Die Universität zu Köln bringt ihre wissenschaftliche Kompetenz in die Partnerschaft ein, die GeneralCologne Re BusinessSchool ihre Marktkenntnis und ihre langjährige Erfahrung in der Planung und Realisierung problemorientierter und praxisnaher Weiterbildungsangebote. Durch die gemeinsamen Bestrebungen ist es gelungen, bereits nach einem Jahr ein sehr anspruchsvolles, praxisrelevantes Angebot postgraduierter Studienmodule zusammenzustellen. Es ist auf manifeste Qualifizierungsbedürfnisse bezogen, die aus verschiedenen Gründen im grundständigen akademischen Studium nicht ausreichend berücksichtigt sind und die auch in Form von Weiterbildungsstudiengängen bisher nicht realisiert werden konnten.

Die Kooperation von Universität zu Köln und GeneralCologne Re BusinessSchool ergänzt damit in idealer Weise verschiedene akademische Aus- und Weiterbildungsstudiengänge. Sie garantiert – auch durch die universitäre Zertifizierung einer postgraduierten Qualifizierung – einen hohen Standard in der berufsbezogenen wissenschaftlichen Weiterbildung und ist somit beste Voraussetzung für den beruflichen Erfolg der Absolventen.“

Die Qualifizierung zum medizinischen Sachverständigen und in der Versicherungsmedizin

Ein Seminar der GeneralCologne Re BusinessSchool und der Universität zu Köln wird das breite Spektrum der Versicherungsmedizin auf akademischer Ebene vermitteln, ein zweites Seminar beinhaltet die Ausbildung zum medizinischen Sachverständigen. In beiden berufsbegleitenden Weiterbildungsprogrammen werden durch die Qualifizierung und Zertifizierung neue Standards in der Versicherungsmedizin bzw. der medizinischen Begutachtung gesetzt.

Seminartermine 2. Halbjahr 2002

26. September	Personenschäden – Praktische Anhaltspunkte für die Schadenregulierung	Wien
01. Oktober	Arzthaftpflicht	Köln
16. Oktober	Internet-Recherche für K/H-Schadenregulierer	Köln
22. Oktober	Verdienstaufschlagschäden	Berlin
29. Oktober	Aktuelle Erkenntnisse über unfall- bedingte Schäden der großen Gelenke und deren Folgen aus orthopädisch-gutachterlicher Sicht	Köln
04. – 06. November	Mediation – Streitigkeiten mit dem Geschädigten kostensparend außergerichtlich regulieren	Köln
05. November	Tinnitus – lästiges Geräusch oder berufs- beeinträchtigendes Krankheitsbild?	Köln
12. November	K/H-Recht – Personenschäden	Köln

Morbus Sudeck: Eine ernst zu nehmende posttraumatische Komplikation

Prof. Dr. William
H. M. Castro
Orthopädisches
Forschungsinstitut
Düsseldorf, Hamburg,
Münster

Der Morbus Sudeck (Algodystrophie) ist ein nach einem bestimmten Ereignis (z. B. nach Unfall oder Operation) auftretender Schmerzzustand, meistens in der Peripherie einer Gliedmaße. Dieser Schmerzzustand geht in der Regel mit einer Weichteilverschmächtigung (d. h. einer funktionellen und substanzialen Beeinträchtigung) und Einsteifungen (und demzufolge Funktionseinbußen) der betroffenen Gliedmaße einher. Dabei ist zu beachten, dass das Gesamtbild der Erkrankung dabei durchaus unterschiedliche Formen annimmt. So hat beispielsweise Doury (1988, 1997) herausgearbeitet, dass es sich beim Morbus Sudeck um eine Gruppe von extrem polymorphen Manifestationen handelt, wodurch die Diagnoseerstellung erheblich erschwert wird und auch in der unterschiedlichen Nomenklatur des Beschwerdebildes zum Ausdruck kommt. Es gibt eine Vielzahl von Benennungen, wobei diese z. B. nicht nur zwischen den medizinischen Fachrichtungen (z. B. bei Neurologen: „Babinski-Froment-sympatische Paralyse“ und bei Kardiologen: „Postinfarkt-Sklerodaktylie“) variieren, sondern auch von der jeweiligen Landessprache (z. B. Sudeck-Atrophie deutschsprachig und Algodystrophie französischsprachig) abhängig sein können (Veldmann und Mitarb. 1993). Laut Weber und Mitarb. (2002) hat sich international die deskriptive Bezeichnung „komplex regionales Schmerzsyndrom“ (CRPS) etabliert.

Festzuhalten ist, dass die Schwierigkeiten bei der Diagnoseerstellung demzufolge auch zu Schwierigkeiten

hinsichtlich einer rechtzeitigen und adäquaten Behandlung führen.

Prof. Castro schildert Ihnen in seinem Beitrag den Fall einer erst 20-jährigen Frau, die nach einer Bagatelverletzung eine sehr ausgeprägte Form des Morbus Sudeck entwickelte und bei der die Diagnose und der kausale Zusammenhang mit dieser Verletzung (und deren Verlauf) eindeutig festgestellt werden konnte. Anschließend wird auf die „schwierige Diagnose“ Morbus Sudeck im Allgemeinen näher eingegangen.

An dieser Stelle möchten wir Sie auch auf unser Tagesseminar „Aktuelle Erkenntnisse über unfallbedingte Schäden der großen Gelenke und deren Folgen“ hinweisen, das wir mit Herrn Prof. William H. M. Castro am 29. 10. 2002 durchführen werden. Im Rahmen dieses Seminars, das im Renaissance Hotel in Köln stattfindet, wird insbesondere auch der „Morbus Sudeck“ eine große Rolle spielen.

Fallbeispiel: Vorgeschichte

Im Rahmen einer Begutachtung, bei der die unfallbedingten Dauerschäden untersucht werden sollten, stellte sich eine 20-jährige Frau vor. Hinsichtlich der Vorgeschichte und der aktuellen Beschwerden gab sie folgendes an: Bevor sie im Alter von 14 Jahren von einem Hund in den rechten Arm in Höhe des Processus styloideus ulnae (= Ende der Elle im Bereich des Handgelenkes) gebissen wurde, hatte sie nie Probleme im rechten Unterarm gehabt. Die Bisswunde war etwa 2 cm lang. Weil die Wunde stark blutete, wurde sie im Krankenhaus vorstellig. Dort wurde die Wunde gereinigt und nicht genäht sowie eine Tetanus-spritze verabreicht und eine Gipschiene angelegt.

Sie stellte sich drei bis vier Tage später beim Hausarzt vor; die Schmerzen im rechten Unterarm nahmen zu und der Arm war geschwollen. Darüber hinaus zeigten sich Verfärbungen wie bei einem Regenbogen. Sie wurde zum Chirurgen verwiesen: Der Arm wurde für die Dauer von weiteren drei Wochen mit Gips ruhiggestellt und es erfolgte eine Salbentherapie. Nichtsdestotrotz nahmen die Schmerzen weiter zu und die Finger schwellen zunehmend an. Der nunmehr eingeschaltete Orthopäde führte eine Röntgenuntersuchung durch und behandelte mit Gips für die Dauer von 2 Wochen weiter, jedoch ebenfalls ohne deutliche Besserung der Beschwerden.

Letztlich wurde die Patientin stationär aufgenommen und mit Krankengymnastik, Ergotherapie, Wassertherapie, Medikamenten und Schmerzblockaden behandelt. Eine durchgreifende Besserung trat trotz kurzzeitiger Besserung (maximal für einen Tag) jedoch nicht ein. Auch im Rahmen eines weiteren stationären Aufenthaltes, bei dem sie mit Elektrotherapie, Ergotherapie, Kran-



Abbildung 1. Rechter Unterarm in Gipsschiene; dystrophische/atrophische Veränderung mit erheblicher Verschorfung der leicht geröteten Haut, geschwollene Finger und der Aspekt einer Krallenhand-Bildung

kengymnastik, Schwimmtherapie und Psychotherapie behandelt wurde, trat keine wesentliche Besserung ein. Zwei Jahre nach dem Hundebiss wurden dann Schmerzkatheter gelegt; nach einer kurzen Besserung nach dem ersten Katheter trat jedoch nach dem zweiten und dritten sogar eine Beschwerdeverschlimmerung auf.

Begutachtung

Am Tage der Begutachtung gab sie ständige Schmerzen in allen Fingern, in der gesamten Hand und im Unterarm (bis zum Ellenbogengelenk) rechtsseitig an. Die Schmerzen strahlten in geringerem Maße bis in die rechte Schulter aus. Abends seien die Schmerzen vermehrt; außerdem seien die Schmerzen witterungsabhängig. Die Farbe des rechten Unterarmes, Hand und Finger sei verändert und die Beweglichkeit stark reduziert. Mit den rechten Arm könne sie nichts machen. Sie trage nach wie vor eine Schiene, Tag und Nacht. Sie gab an, sie habe keinen brauchbaren Arm mehr. War die zu Begutachtende eigentlich Rechtshänderin, war sie mittlerweile Linkshänderin geworden.

Bei der körperlichen Untersuchung zeigte sich, dass der Entkleidungsvorgang nur mit Hilfe einer anderen Person möglich war. Bereits bei der Inspektion von rechtem Unterarm, Hand und der Finger fiel eine deutliche dystrophische/atrophische Ver-

änderung mit Krallenhandbildung auf (Abb. 1). Es fand sich eine erhebliche Verschorfung der Haut. Zusätzlich war die Haut leicht gerötet. Die Finger waren geschwollen und bläulich verfärbt. Eine aktive Beweglichkeit im Bereich der rechten oberen Extremität war lediglich in der Schulter möglich, aber auch dort nur eingeschränkt. Während der gesamten Begutachtung wurde der rechte Unterarm mit der linken Hand unterstützt. Die Sensibilität wurde mit: „als ob Stecknadeln dort wären“ von der zu Begutachtenden angegeben. Die Röntgenuntersuchung, 5 1/2 Jahre nach dem Unfall, zeigte Zeichen einer „fleckigen“ Osteoporose und eine Fehlhaltung der Finger, d. h. eine Überstreckung insbesondere des 2. bis 5. Fingers im Grundgelenk (Abb. 2). Die Knochenszintigraphie (= Knochenstoffwechseluntersuchung) zeigte eine deutliche Seitendifferenz des Knochenstoffwechsels (Abb. 3) bereits etwa 10 Wochen nach den Unfallereignis sowie auch etwa 2 Jahre



Abbildung 2. Röntgenativuntersuchung des rechten Handgelenkes in zwei Ebenen; Zeichen einer „fleckigen“ Osteoporose und eine Fehlhaltung der Finger, d. h. insbesondere des 2. bis 5. Fingers im Grundgelenk im Sinne einer Überstreckung.



Abb. 3. Knochenszintigraphie (ca. 10 Wochen nach dem Unfallereignis), die eine deutliche Seitendifferenz von Seiten des Knochenstoffwechsels zeigt (rechts geringer als links).

nach dem Ereignis (Abb. 4). Nach zwei Jahren zeigt sich im Gegensatz zu der Szintigraphie nach etwa 10 Wochen jedoch eine Mehranreicherung rechtsseitig.

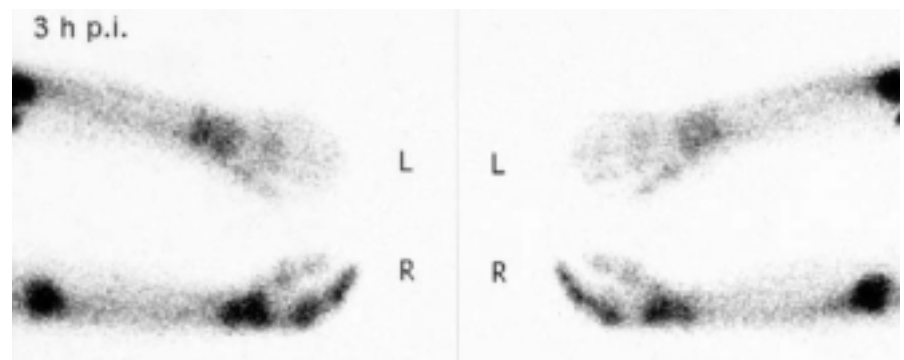


Abbildung 4. Knochenszintigraphie (ca. 2 Jahre nach dem Unfallereignis), welche eine deutliche Seitendifferenz von Seiten des Knochenstoffwechsels zeigt (rechts mehr als links).

In Anbetracht der Anamnese, körperlichen Untersuchung und Bildgebung konnte im Rahmen der Begutachtung die Diagnose eines Morbus Sudeck (Algodystrophie) des rechten Unterarmes und der rechten Hand ohne große Schwierigkeiten gestellt werden.

Allgemeine Diskussion des Krankheitsbildes: Entstehungsweise und klinisches Bild

Die Diagnosestellung „Morbus Sudeck (Algodystrophie)“ gestaltet sich leider nicht immer so einfach wie in dem fortgeschrittenen Stadium des beschriebenen Fallbeispiels, da die Entstehungsweise des Krankheitsbildes noch immer nicht vollständig geklärt ist und die Symptome und Befunde sehr stark variieren können.

Neurovegetative und zirkulatorische Dysregulationsmechanismen sowie neurogene Entzündungsmechanismen scheinen für die Entstehung von Bedeutung zu sein. Dem sympathischen Nervensystem scheint dabei eine wesentliche Relevanz zuzukommen (Veldman und Mitarb. 1993; Weber und Mitarb. 2002). Zusätzlich werden in letzter Zeit auch genetische Faktoren diskutiert; ob die in der Vergangenheit oft erwähnten psychischen Faktoren eine Relevanz für die Entstehung des Krankheitsbildes haben oder Folge des Krankheitsbildes sind (Weber und Mitarb. 2002), ist derzeit noch nicht abschließend zu beantworten. Laut Schulz und Buch (1998) hat Blumberg (1991) als auslösendes Moment für das Auftreten des Krankheitsbildes die Schmerzsymptomatik beschrieben. Die noch nicht endgültig geklärte Entstehungsweise eines Morbus Sudeck kommt auch darin zum Ausdruck, dass bei einem Großteil der Betroffenen ein klar definiertes Ereignis, nach dessen Auftreten die Symptomatik seinen Lauf nimmt, nicht festgestellt werden kann. Ein Morbus Sudeck kann sowohl nach einer Bagatelverletzung (so wie im beschriebenen Fallbeispiel), aber auch nach Knochenbrüchen, Operationen (z. B. auch nach Arthroskopien), Nervenverletzungen etc. entstehen.

Am häufigsten sind die peripheren Gliedmaßen (d. h. Hand bzw. Fuß) betroffen. Der klinische Verlauf wird oft anhand von drei Stadien be-

schrieben (Doury 1988, 1997, Schulz und Buch 1998):

- das akute-entzündliche Stadium (Stadium I),
- das chronisch-dystrophische Stadium (Stadium II) und
- das Stadium der Endatrophie (Stadium III).

Jedoch schon Schulz und Buch (1998) geben an, dass diese Einteilung nur als grobe Orientierungshilfe dienen kann, da der Krankheitsverlauf Phasen auslassen kann und die Übergänge fließend sind. Veldman und Mitarb. (1993) weisen sogar daraufhin, dass es keine prospektive Studie gibt, die diese 3-Phasen-Einteilung bestätigt. In ihrer prospektiven Studie bei 829 Patienten konnten sie die Verteilung in den drei Stadien nicht bestätigen. Sie schlugen aufgrund ihrer Ergebnisse eine Abgrenzung einer primären „warmen“ und einer „kalten“ Form der Algodystrophie vor. Diese Verteilung wird auch in einer aktuellen Übersichtsarbeit von Weber und Mitarb. (2002) vorgestellt.

Symptomatik

Führend in der Symptomatik sind die Schmerzen. Diese weisen vielfach einen brennenden und/oder stechenden Charakter auf. Sie treten in Ruhe, bei Bewegungen und häufig auch schon bei einer Berührung der betroffenen Gliedmaßenregionen auf. Gefühlsstörungen treten dabei überaus variantenreich vor. Die Bandbreite liegt dabei zwischen Taubheitsgefühlen auf der einen und Überempfindlichkeitsreaktion auf der anderen Seite. Zusätzlich können Kribbelgefühle auftreten. Ein Ödem (= Schwellung) sowie eine funktionelle Herabsetzung der gesamten oder eines Teiles der betroffenen Gliedmaße ist ebenfalls eher die Regel als die Ausnahme.

Kann der Krankheitsverlauf nicht beeinflusst werden, treten im weiteren Verlauf dann klassischerweise Kontrakturen, Verkürzungen von Sehnen und Muskeln bzw. Einstei-

fungen von Gelenken auf. Die Weichteile werden atrophisch bzw. dystrophisch. Eine für den Betroffenen nicht mehr einsetzbare Extremität ist oftmals die Folge.

Diagnostik

Liegt ein klassischer Verlauf vor (so wie im fortgeschrittenen Stadium des vorliegenden Fallbeispiels), ist die Diagnose schon nach Erhebung der Anamnese und nach einer körperlichen Untersuchung relativ einfach.

Da jedoch ein entwickelnder Morbus Sudeck verschiedenste Symptome und Befunde vorweisen kann, kann die Diagnosestellung sehr schwierig sein, zumal viele Zusatzuntersuchungen (z. B. Blutuntersuchung, Röntgenuntersuchung, Knochenszintigraphie, Kernspintomographie) keine konstanten, für das Krankheitsbild typischen Pathologika aufweisen.

In der Arbeit von Doury (1997) sind verschiedenste Untersuchungsmethoden beschrieben: Im Blut finden sich keine Auffälligkeiten, die auf eine Entzündung deuten. Mittels Röntgenuntersuchungen kann eine fleckige Osteoporose (= Knochenentkalkung) festgestellt werden, laut Weber und Mitarb. (2002) jedoch nur in ca. 50 % typischerweise nach ca. 4 bis 8 Wochen. Die Knochenszintigraphie kann als Zeichen eines erhöhten Knochenstoffwechsels eine erhöhte Anreicherung zeigen (im vorgestellten Fallbeispiel liegt zuerst ein verminderter und später ein vermehrter Knochenstoffwechsel vor!) und die Kernspintomographie zeigt ebenfalls keine für den Morbus Sudeck spezifischen Veränderungen. Auch mit der probatorischen Sympathikusblockade kann man laut Weber und Mitarb. (2002) einen Morbus Sudeck nicht diagnostizieren.

Aufgrund der Treffunsicherheit der diagnostischen Mittel bei der Diagnosestellung ist es insbesondere in nicht als klassisch zu bezeichnenden Krankheitsverläufen von besonderer Bedeutung, andere Erkrankungen, die ähnliche Symptome verursachen können (laut Doury (1997) z. B. gut- oder bösartige Tumoren,

Osteonekrose, metabolische Arthropathie etc.) auszuschließen.

Therapie

Von maßgeblicher Bedeutung für die Prognose scheint der möglichst frühe Beginn der Therapie zu sein. Aus den bisherigen Ausführungen wurde deutlich, dass der frühe Therapiebeginn insbesondere in unklaren Fällen oft verpasst wird.

Im Zentrum der Behandlung steht die Schmerzreduktion und die Verbesserung bzw. Erhaltung einer für den Alltag relevanten Funktion der betroffenen Gliedmaße. Dazu stehen eine Vielzahl von Therapiemöglichkeiten zur Verfügung. Die wichtigsten sind zusammengefasst: medikamentöse Schmerztherapie, Physiotherapie, Injektionstechniken und psychische Betreuung. Welche Therapie bei wem zu welchem Zeitpunkt eingesetzt werden soll, obliegt der Beurteilung des Einzelfalles. Eine frühzeitige Behandlung in einem dafür geeigneten schmerztherapeutischen Team kann dabei sicherlich hilfreich sein, da hierbei in der Regel sämtliche für den Betroffenen wichtigen Fachdisziplinen zusammenarbeiten. Insbesondere (aber nicht nur!) bei chronischen Fällen kann es zusätzlich von Bedeutung sein, Spezialisten der Arbeitsreintegration in das Behandlungskonzept mit einzuschließen. Manchmal stellt sich bei sehr gravierenden Fällen sogar die Frage einer Amputation des betroffenen Gliedmaßen-teils. Die Indikation zu einer solch gravierenden Therapieentscheidung sollte jedoch in Einzelfällen der erfahrene Facharzt (z. B. in einer Klinik für Technische Orthopädie) überprüfen, der nur nach Rücksprache mit sämtlichen Therapeuten und Betreuern eine solche Entscheidung gemeinsam mit dem Betroffenen selbst treffen kann.

Begutachtung

Im vorgestellten Fallbeispiel ist die Frage zwischen Unfallereignis und Kausalität des „Morbus Sudeck“ relativ leicht zu beantworten, was je-

doch sicherlich nicht immer der Fall ist. Da das Krankheitsbild keine konstanten klinischen Symptome hervorruft, verschiedenste Zusatzuntersuchungen keine konstanten bzw. spezifische Befunde aufweisen und bei einem Teil der Betroffenen ein „Morbus Sudeck“ auch ohne deutlich erkennbaren Anlass auftreten kann, ist bei der Begutachtung unbedingt primär die Frage zu klären, ob überhaupt ein „Morbus Sudeck“ besteht; erst dann kann die Kausalität beurteilt werden. Ist diese bewiesen, stellt sich die Frage nach den Folgen, die selbst bei klarer Diagnose und rechtzeitiger Therapie, aber insbesondere auch bei schwieriger Diagnosestellung und demzufolge erst spät einsetzender Behandlung, verheerend sein können. Dies ist insbesondere deswegen für die Begutachtung von Bedeutung, da nach einer einschlägigen Studie (zitiert in der Publikation von Veldman und Mitarb. [1993]) nach Diagnosestellung nur einer von fünf Betroffenen wieder im Stande war, die früheren Aktivitäten auszuüben.

Allgemeine Richtlinien für die Begutachtung können aufgrund der dargestellten Unsicherheiten bei der Diagnosestellung nicht formuliert werden. Es sollte aber unbedingt gewährleistet sein, dass der Betroffene von einem Fachmann begutachtet wird. Der exakten Erhebung der Anamnese kommt dabei insbesondere bei der Klärung der Kausalitätsfrage ein besonderer Stellenwert zu. Die präzise Beschreibung des zur Diskussion stehenden (Unfall-) Ereignisses und der danach sich entwickelnden Symptomatik ist sorgfältig zu dokumentieren. Anschließend Behandlungsmaßnahmen und deren Erfolg sind ebenfalls von Bedeutung. Eine familiäre, berufliche und soziale Anamnese muss mit eingeschlossen werden. Die anschließende körperliche Untersuchung ist obligat. Bei der Feststellung einer MdE bzw. einer Feststellung nach der Gliedertaxe ist die Gesamtbeeinträchtigung des Geschädigten zu berücksichtigen, da ein ausgeprägter Morbus Sudeck nicht nur eine einzelne Extremität betrifft, sondern den gesamten Betroffenen in Mitleidenschaft zieht.

Literatur auf Anfrage beim Verfasser. Einige Teile dieses Manuskriptes finden sich auch in der Arbeit „Die Algodystrophie (M. Sudeck)“ von W. H. M. Castro aus der Publikation „Beurteilung und Begutachtung von Gelenkschäden“ (Herausgeber: Orthopädisches Forschungsinstitut [OFI]; Steinkopff Verlag, Darmstadt, 2001)

Arzthaftpflichtversicherung und Arzthaftung

*Dr. Karl-Otto
Bergmann
Notar und Fachan-
walt für Verwaltungs-
recht
Rechtsanwaltskanzlei
Dr. Eick & Partner*

Vor dem Hintergrund des dramatisch angestiegenen Finanzbedarfs bei den Versicherern gewinnt die Frage nach den juristischen Aspekten der Regulierung von Arzthaftungsschäden zunehmend an Bedeutung. Während 1989 noch 167 Millionen DM ausreichten, um iatrogene, also vom Arzt verschuldete Schäden auszugleichen, waren beispielsweise schon 1996 hierfür bereits mehr als 500 Millionen DM erforderlich.

Herr Dr. Karl-Otto Bergmann, Notar und Fachanwalt für Verwaltungsrecht bei der Rechtsanwaltskanzlei Dr. Eick und Partner, erläutert in seinem Hintergrundbericht die Grundproblematik der Arzthaftung – Stichworte sind hier unter anderem das bestehende Haftungsrisiko, die Schadenshäufigkeit, das Haftungsverhältnis zwischen Arzt und Patient und die Frage nach dem Spätschadenrisiko. Besonders hinweisen möchten wir Sie dabei auf die für Sie sicherlich wertvollen Hinweise zu aktuellen Tendenzen der Rechtsprechung und zum Risikomanagement.

An dieser Stelle möchten wir Sie auch auf unser Tagesseminar zur Arzthaftpflicht aufmerksam machen, dass am 01. 10. 2002 in Köln stattfinden wird, zu dem wir neben Herrn Dr. Karl Otto Bergmann Herrn Dr. Franz Joseph Pelz, Vorsitzender Richter am OLG Hamm, als Referenten gewinnen konnten.

Die Arzthaftpflichtversicherung rückt trotz ihrer Bedeutung nur selten in das Blickfeld der Öffentlichkeit, so zumindest ansatzweise anlässlich der nach wie vor lebhaften Diskussion zum Stichwort „Kind als Schaden“. In einer Entscheidung vom 18. 06. 2002 verurteilte der BGH eine Frauenärztin wegen fehlerhafter Ultraschalluntersuchung während der Schwangerschaft zur Zahlung des Unterhaltes für ein behindert geborenes Kind (vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 20. 06. 2002, S. 54). In der vorangegangenen mündlichen Verhandlung hatte der Rechtsanwalt des Kindes und der Eltern argumentiert, es gehe darum, wer einen solchen Schicksalsschlag finanziere: Die Eltern, die Ärztin, die Gesellschaft oder die Versicherung der Ärztin. Diese Fragestellung verkürzt, dass auch bei Eintritt einer Arzthaftpflichtversicherung die Kosten von Behandlungsfehlern indirekt von der Gesellschaft getragen werden müssen, da die Versicherungsprämien der Ärzte und Krankenhausträger in die Heilbehandlungskosten einfließen.

Haftungsrisiko und Schadenshäufigkeit

Das Haftungsrisiko für den Arzt und dessen Versicherer liegt weniger in der Anzahl der Haftungsfälle als in der Größenordnung, die ein einzelner Schadensfall erreichen kann. Zur Schadenshäufigkeit existiert keine offizielle Statistik, es liegen nur Angaben mit unterschiedlichen Bezugsgrößen vor.

Ende 2001 waren in Deutschland ambulant 128.488 und stationär 139.477 Ärzte tätig (Statistisches Jahrbuch 2001, S. 444). Allein in den Krankenhäusern beliefen sich 1999 die Fallzahlen auf gut 16,2 Millionen und die Anzahl der Pflegetage auf knapp 170 Millionen. Die Anzahl der pro Jahr bei Haftpflichtversicherern angemeldeten Haftpflichtansprüche wurde auf 15.000 geschätzt, während im Jahr

1994 gut 27.000 Patienten Schadensersatzzahlungen erhielten. Nach einer Untersuchung einer im Jahr 1994 in der Zeitschrift „Versicherungsrecht“ veröffentlichten Urteile zum Thema Arzthaftung war über die Hälfte der Schadensersatzklagen nicht erfolgreich. Sofern aber ein Schmerzensgeld zuerkannt wurde, betrug dieses seinerzeit durchschnittlich knapp 100.000,00 DM. Seitdem haben die Gerichte zumindest bei schwersten Gesundheitsschäden die Schmerzensgelder deutlich angehoben. Heute erkennen Gerichte auf Kapitalschmerzensgelder bis zu 500.000,00 € (OLG Hamm, Urteil vom 16. 01. 2002 – 3 U 156/00 –). Hinzukommen Dauerzahlungen für (Schmerzensgeld-) Renten, Verdienstausschlag bzw. Haushaltsführungsschäden oder erhöhten Pflegeaufwand. Der Gesamtschaden kann sich dann im Laufe der Jahre auf mehrere Millionen EURO belaufen.

Haftungsverhältnis Arzt-Patient

Vertragliche und deliktische Haftung hat die Rechtsprechung im Arzthaftungsrecht bei den Anspruchsvoraussetzungen schon bisher praktisch einheitlich angewandt. An den Entlastungsbeweis nach § 831 BGB stellt der BGH die allgemein sehr hohen Anforderungen, so dass die Unterschiede zwischen vertraglicher und deliktischer Haftung weitgehend aufgehoben sind. Durch das Schuldrechtsmodernisierungsgesetz und das zweite Schadensersatzrechts-Änderungsgesetz, in Kraft getreten am 01. 01. 2002 bzw. am 01. 08. 2002, verlieren sich auch die Unterschiede auf der Rechtsfolgen-seite. Die unterschiedlichen Verjährungsfristen wurden beseitigt, es gilt nunmehr eine einheitliche allgemeine Verjährungsfrist von 3 Jahren (§ 195 BGB). Schmerzensgeld kann nicht mehr nur bei schuldhaften deliktischen Rechtsverletzungen verlangt werden, sondern auch aus Vertrags- und Gefährdungshaftung (§ 253 II BGB).

Die Haftung aus positiver Vertragsverletzung (§ 280 Abs. 1 BGB) und Verschulden bei Vertragsverhandlungen (§ 313 Abs. 2 BGB) wurden durch das Schuldrechtsmodernisierungsgesetz modifiziert und gehören damit explizit zum versichertenge-setzlichen Haftpflichtrisiko.

Spätschadensrisiko

Das Arzthaftpflichtrisiko ist vielfach ein Spätschadensrisiko. Zwischen dem (angeblichen) Behandlungsfehler und der Erkennbarkeit des Schadens bzw. der Geltendmachung von Ansprüchen kann ein jahrelanger Zeitraum liegen. Das zeitliche Auseinanderfallen von Behandlungsmaßnahme und Erkennbarkeit des Schadens bzw. Anspruchsanmeldung wird dann wichtig, wenn nicht für den gesamten Zeitraum Versicherungsschutz überhaupt oder bei demselben Versicherer besteht. Nach § 195 BGB neuer Fassung beginnt die regelmäßige Verjährungsfrist von 3 Jahren erst mit Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste (§ 199 Abs. 1 BGB).

Grob fahrlässige Unkenntnis steht nach neuem Recht der positiven Kenntnis gleich. Ausreichend dürfte daher sein, dass der Geschädigte bei einem sich aufdrängenden Verdacht eines ärztlichen Behandlungsfehlers von der Möglichkeit keinen Gebrauch macht, die Behandlungsunterlagen einzusehen, und zwar mindestens in den Fällen, in denen er längere Zeit abwartet und die Einsicht die notwendige Aufklärung gebracht hätte. Angesichts der bislang patientenfreundlichen Rechtsprechung zu Kenntnis von Schaden und Schädiger ist aber keine allzu restriktive Anwendung des neuen Rechts in Arzthaftungsfällen zu erwarten, so dass auch in Zukunft mit dem Auftreten von Spätschäden zu rechnen ist.

Beweislast

Während grundsätzlich der Anspruchsteller die Beweislast für alle Anspruchsvoraussetzungen, also Verletzungshandlung, Verletzung, Schaden und Ursächlichkeit der Verletzungshandlung für Verletzung und Schaden hat, gewährt das Gericht im Arzthaftungsprozess erhebliche Beweiserleichterungen, und zwar bei

- grobem Behandlungsfehler
- Nichterhebung von Kontrollbefunden
- Dokumentationsmängeln.

Darüber hinaus hat der Arzt die Beweislast für eine vollständige und ordnungsgemäße Patientenaufklärung. Berücksichtigt man darüber hinaus, dass die Arzthaftpflichtrechtsprechung dem Arzt und Krankenhausträger im Rahmen der arbeitsteiligen Medizin erhebliche Darlegungs- und Beweislasten für die sachgerechte Organisation des Krankenhauses und der Arztpraxis, für die Sicherheit der Geräte, für die Verkehrssicherheit sowie die Organisation des ärztlichen und nicht ärztlichen Dienstes auferlegt hat, darüber hinaus auch den Grundsatz des „voll beherrschbaren Risikos“ entwickelt hat, lässt sich die Gefahr erkennen, dass aus der bisherigen Verschuldenshaftung eine Gefährdungshaftung wird.

Diese Tendenz der Rechtsprechung kommt durchaus dem von der EU-Kommission verfolgten Ansatz zur einheitlichen Regelung einer Dienstleistungshaftpflichtversicherung auch für Arztleistungen entgegen, die von einer pauschalen Beweislastumkehr ausgeht. Eine solche pauschale Beweislastumkehr führt aber wegen der Unberechenbarkeit des menschlichen Organismus faktisch zu einer beruflichen Erfolgshaftung des Arztes. Bislang liegt erfreulicherweise noch kein neuer Vorschlag der Kommission zur Haftung der Dienstleistungsberufe vor. Angesichts des erheblichen Widerstandes gegen den ersten Richtlinienvorschlag ist gegenwärtig eine identische Initiative auf EU-Ebene kaum zu erwarten.

Risikomanagement

Die hoffentlich deutlich gewordene Vielfalt der Haftungsgefahren und die exponierte Stellung nicht nur des jeweils behandelnden Arztes, sondern auch des Krankenhausträgers, rechtfertigen nicht nur umfassenden Versicherungsschutz, sondern auch Risikomanagement als Erweiterung des Qualitätsmanagements. Qualitäts- und Risikomanagement haben die Verbesserung der medizinischen Behandlung zum Ziel. Es hat gegenüber den anderen Bereichen des Qualitätsmanagements den Vorteil, dass Ergebnisse, zum Beispiel in Form von Schadensquoten oder Schadensaufwendungen messbar sind. Risikomanagement bedeutet zwar zunächst begrifflich nur die Vermeidung von unnötigen Haftungsquellen, gleichzeitig bedeutet es im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung verstandenes Risikomanagement eine immense Effektivitätssteigerung und Kostensenkung. Häufig steht nicht der Behandlungsfehler eines Arztes, sondern die falsche Organisation von Arbeitsabläufen im Vordergrund. Diese verursacht nicht nur die meisten, sondern auch die teuersten Schäden. Dokumentationsprobleme, Aufklärungsprobleme, Organisationsprobleme und Gerätesicherheitsprobleme können durch Schulung transparent gemacht werden. Nach meiner persönlichen Einschätzung gilt es, diese neuen Ansätze der Schadensverhütung auch in der Versicherungswirtschaft stärker zu beachten.

Weiterführende Literatur:

Bergmann, Die Arzthaftung, Springer-Verlag Berlin-Heidelberg 1999,

Bergmann/Kienzle, Krankenhaushaftung, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft Düsseldorf 1996,

Bergmann, Arzthaftpflichtversicherung, in: van Bühren, Handbuch Versicherungsrecht Deutscher Anwaltsverlag, Bonn 2001

ZuRecht

Die pränatale Ultraschalldiagnostik – ein erhebliches Haftungsrisiko?

BGH – Urteil vom 18. 06. 2002

In unserer Rubrik „ZuRecht“ kommentiert in dieser Ausgabe Herr Dr. Franz Joseph Pelz, Vorsitzender Richter am OLG Hamm, für Sie ein umstrittenes BGH-Urteil vom 18. 06. 2002 zum Stichwort „Kind als Schaden“, das in der breiten Öffentlichkeit, insbesondere durch seine Erwähnung in der F.A.Z., viel Aufsehen erregte, bei der aber einseitig die Problematik des neugefassten § 218a StGB in den Vordergrund rückte. In den Hintergrund trat dagegen die Diskussion über die grundsätzlichen Haftungsrisiken. Herr Dr. Pelz kommentiert für Sie vor dem Hintergrund seiner Erfahrungen aus der Praxis eines Arzthaftungsgerichts dieses Urteil.

*Dr. Franz Joseph Pelz
Vorsitzender Richter
am OLG Hamm*

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes können die Eltern bei einem infolge ärztlichen Verschuldens unterbliebenen, gemäß § 218a StGB zulässigen Schwangerschaftsabbruch vom Arzt Schadenersatz wegen ihrer Unterhaltsbelastung durch das behinderte Kind verlangen (Stichwort „Kind als Schaden“). Trotz heftiger Kritik und trotz der Neufassung des § 218 ff durch das Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz vom 21. August 1995 hat der VI. Senat des BGH an seiner Rechtsprechung festgehalten.

In dem vom BGH entschiedenen Fall hatte ein Ehepaar eine die Schwangerschaft der Ehefrau betreuende Frauenärztin auf Ersatz des Unterhalts für ein Kind verklagt, das mit schweren Missbildungen an Armen und Beinen geboren worden war. Der Ärztin wurde vorgeworfen, auf von ihr gefertigten Ultraschalluntersuchungen Anzeichen für diese Behinderung pflichtwidrig übersehen zu haben. Die Eltern erklärten, sie hätten bei Kenntnis der Missbildungen sich für einen rechtlich zulässigen Schwangerschaftsabbruch entschieden. Der BGH hielt die Voraussetzungen einer medizinischen Indikation nach § 218a Abs. 2 StGB für gegeben, weil angesichts der zu erwartenden sehr schweren Behinderung des Kindes sowohl die Gefahr eines Suizidversuchs als auch einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des seelischen Gesundheitszustandes der Mutter zu befürchten gewesen sei. Die Verurteilung der Ärztin durch die Vorinstanzen wurde bestätigt.

Der Schwerpunkt dieser Entscheidung liegt sicherlich in der Problematik des neugefassten § 218a

StGB und der grundsätzlichen Frage, ob in solchen Fällen überhaupt ein Schadenersatzanspruch in Betracht kommt. Dabei ist ein anderer Aspekt in den Hintergrund getreten, der von großer Bedeutung für den eine Schwangerschaft betreuenden Gynäkologen und die Eltern des Kindes ist.

Vertragliche Verpflichtung des Arztes

Im Rahmen der Schwangerschaftsbetreuung schuldet der Arzt den Eltern vertraglich die Beratung über die erkennbare Gefahr einer Schädigung der Leibesfrucht. Auch leichteste Fahrlässigkeit kann zur Haftung führen. Weil bei jeder Schwangerschaftsbetreuung mehrere sonographische Untersuchungen obligat sind und das Augenmerk des Untersuchers nicht allein auf Anzeichen von Behinderungen gerichtet ist, besteht ein großes Risiko, dass später bei genauer Betrachtung auf den Aufnahmen Missbildungen oder jedenfalls Anzeichen für eine solche erkennbar sind.

In diesem Fall kommt eine Haftung des Arztes aber nicht nur bei einem unterbliebenen Schwangerschaftsabbruch wegen des Unterhaltsschadens in Betracht, sondern auch wegen eines Gesundheitsschadens des Kindes, der dadurch entstanden ist, dass wichtige therapeutische Maßnahmen nicht vorbereitet, mit den Eltern besprochen und unmittelbar nach der Geburt vorgenommen worden sind, weil die Missbildung durch Verschulden des Arztes nicht eher bekannt war.

Forensische Erfahrungen

Die Erfahrungen aus der Praxis eines Arzthaftungssenats zeigen, dass die Haftungsrisiken im Wesentlichen aus zwei Umständen resultieren:

Die zutreffende sonographische Diagnostik von Fehlbildungen ist abhängig von einer dem Stand der Technik entsprechenden apparativen Einrichtung. Geschuldet ist zwar nicht die jeweils modernste und aussagekräftigste Ausstattung. Wie lange aber ein Gerät noch eingesetzt werden darf, um den Standard zu wahren, ist anhand objektiver Kriterien nur schwer sicher festzustellen und unterliegt im Haftungsprozess der oft sehr subjektiven Einschätzung durch den gerichtlichen Sachverständigen.

Die richtige Diagnose hängt ferner entscheidend von der persönlichen Erfahrung des Untersuchers ab, die aber nur durch eine gründliche Ausbildung und eine möglichst häufige Konfrontation mit den verschiedenen Fehlbildungen zu erlangen ist. Da Missbildungen nur im niedrigen einstelligen Prozentbereich, und schwere Missbildungen nur in etwa 1% der Schwangerschaften auftreten, dürften viele Ärzte diese Anomalien nur selten gesehen haben und nur ganz wenig Erfahrungen durch die gezielte Untersuchung von Risikokollektiven haben. Zwar bewertet die Rechtsprechung Diagnoseirrtümer nur mit Zurückhaltung als Behandlungsfehler (Steffen/Dressler, Arzthaftungsrecht, Rdn 154 mit Nachweisen). Ob diese auch für die Fehldeutung von Sonographien, gar von mehreren, gilt, bei deren Auswertung ein Zeitdruck fehlt, ist zumindest fraglich. Zudem werden Sachverständige wenig geneigt sein, die Erkennbarkeit einer Fehlbildung zu verneinen, die sie – in Kenntnis der Fehlbildung – nachträglich der Sonographie entnehmen können.

Das Vertrauen vieler Eltern in die Pränataldiagnostik ist nahezu unbegrenzt. Sie erwarten sichere Hinweise auf eine etwaige Schädigung des Kindes oder einen zuverlässigen Ausschluss von Behinderungen. Bei-

des kann die Ultraschalldiagnostik im Regelfall nicht leisten. Die obligaten Sonographien bei gesunden Schwangeren ohne erkennbare Risiken sind zwar auf das Erkennen von Anomalien und Fehlbildungen ausgerichtet, aber letztlich doch mehr orientierender Art. Zwar müssen bedeutsame Hinweiszeichen auf schwerwiegende Fehlbildungen, z. B. Missbildungen mehrerer Gliedmaßen, Anenzephalus sowie Anomalien der Fruchtwassermenge erkannt werden. Ein Großteil der Fehlbildungen ist aber bei Reihenuntersuchungen generell nicht oder wegen ungünstiger Begleitumstände (z. B. ungünstige Lage der Feten, adipöse Bauchdecken) im Einzelfall nicht zu erkennen. Die begrenzten Erkenntnismöglichkeiten der routinemäßigen Sonographien müssen der Schwangeren unmissverständlich vor Augen geführt werden. Dies kann nur in einem ausführlichen Aufklärungsgespräch geschehen, das insbesondere dann geboten ist, wenn die Schwangere die Ultraschalluntersuchung als Alternative zu einer – nicht erwünschten - invasiven Diagnostik (z. B. Fruchtwasseruntersuchung) ansieht. Der Arzt befindet sich in einer schwierigen Situation. Er ist vertraglich verpflichtet, die Schwangere auf die sehr begrenzten Erkenntnismöglichkeiten der routinemäßigen Sonographie hinzuweisen. Bei auch nur geringen Hinweiszeichen muss er über die Möglichkeiten einer gezielten Ultraschalldiagnostik durch Spezialisten informieren, die über eine bessere apparative Ausstattung und eine über das übliche Maß hinausgehende Kenntnisse und Erfahrungen verfügen.

Viele Ärzte werden aus wohlwollenden Gründen vor einer solchen Aufklärung zurückscheuen, weil sie die Schwangere nicht verunsichern oder ängstigen wollen. Diese aus ärztlicher Sicht gut nachvollziehbare Argumentation schützt aber nicht vor Schadensersatzforderungen. Eine Aufklärungsbefreiung aus therapeutischen Rücksichten („therapeutisches Privileg“) gibt es – von Ausnahmefällen abgesehen – nicht (BGH NJW 1984, 1397).

Fazit

Fehler bei der Ultraschalldiagnostik im Rahmen der Schwangerenvorsorge bleiben eine Quelle erheblicher Schadensersatzansprüche. Nur eine sorgfältige, von Erfahrung getragene Auswertung der obligaten Sonographien und vor allem eine eingehende, in jedem Fall zu dokumentierende Beratung der Schwangeren über die Grenzen der Ultraschalldiagnostik, können das Schadensrisiko mindern.

Interview:

Der Verdienstaufschaden – ein Buch mit sieben Siegeln

*Prof. Dr. Stephan List
Hochschullehrer für
allgemeine Betriebs-
wirtschaftslehre,
Öffentlich bestellter
und vereidigter Sach-
verständiger*

*Dr. Marianne Kutzner
Leiterin der
GeneralCologne Re
BusinessSchool
kutzner@gcr.com*

Die Regulierung von Verdienstaufschäden gehört sicherlich zu den komplizierteren Disziplinen der K/H-Schadenregulierung. Die Schwierigkeiten bei der Regulierung liegen dabei insbesondere darin, dass bei selbstständig Tätigen der Verdienst nicht konstant ist, sondern beeinflusst wird durch Faktoren wie die Wirtschaftslage, saisonale Einflüsse, eventuelle Fehldispositionen und Geschäftsaufbau. Oftmals tritt auch das Problem hinzu, dass der Geschädigte zum Teil aus Furcht vor späteren Abzügen bei der Schadenregulierung oder aus Rechtsunkenntnis seinen Verdienstaufschaden-Anspruch deutlich überschätzt.

Herr Prof. Dr. Stephan List, Hochschullehrer für allgemeine Betriebswirtschaftslehre, betriebswirtschaftliche Steuerlehre und Wirtschaftsprüfung sowie öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger für Unternehmensbewertung/Gewinnermittlung, Einkommensermittlung in Familiensachen und Verdienstaufschäden, erläutert im Gespräch mit Dr. Marianne Kutzner die Grundsätze der Feststellung und Berechnung des Verdienstaufschadens.

Was ist der Schwerpunkt Ihrer gutachterlichen Tätigkeit?

Seit mehr als 15 Jahren liegt ein Schwerpunkt meiner gutachterlichen Tätigkeit im Bereich der Bestimmung von Verdienstaufschäden von selbstständig tätigen Unternehmern. Während in früheren Jahren Versicherungsgesellschaften bestrebt waren in Eigenregie Lösungsalternativen zu erarbeiten, ist in den letzten Jahren deutlich erkennbar, dass die Versicherer mehrheitlich externe Gutachter zur Bestimmung der Höhe von Verdienstaufschäden zu Rate ziehen, was für Geschädigte und Versicherer deutliche Vorteile bringt. Der Geschädigte hat den Vorteil, dass von neutraler Stelle sein Verdienstaufschaden ermittelt wird, während sich für den Versicherer neue nutzbare Zeitfenster ergeben, die effektiver gefüllt werden können.

Welche Erfahrungen haben Sie mit den Anspruchstellern gemacht?

Zum überwiegenden Teil nur positive Erfahrungen. Sowohl der Geschädigte als auch sein Rechtsanwalt sind dankbar, einen neutralen Ansprechpartner für das finanzielle Anliegen im Hinblick auf einen Verdienstaufschaden aufgrund eines Unfalls gefunden zu haben. Dem Gutachter wird von Seiten der Mehrheit der Geschädigten ein vollumfassender Einblick in ihre Finanzbuchhaltung und die Steuerunterlagen gewährt, so dass ein fundiertes und nachvollziehbares Ergebnis erarbeitet werden kann, welches selten Anlass zu weitergehenden Diskussionen und Streitigkeiten gibt. Rechtsanwälte und Geschädigte leisten zusammen mit der Versicherungsgesellschaft und dem Gutachter einen wesentlichen Beitrag zur einvernehmlichen Bearbeitung des Schadenfalles.

Nur wenige Geschädigte verhalten sich kontraproduktiv, in dem sie

dem Gutachter zunächst wesentliche Unterlagen vorenthalten, bevor sie erkennen müssen, dass diese Verhaltensweise unter Zeitaspekten nicht zielführend sein kann.

Wo sehen Sie die größten Probleme bei der Verdienstaufschadenberechnung?

Der Verdienstaufschaden von selbstständig tätigen Unternehmern wird sowohl von handels-, gesellschafts-, zivil- als auch von steuerrechtlichen Aspekten beeinflusst. Die richtige Bestimmung der Höhe des Verdienstaufschadens bedingt deshalb die Einbeziehung unterschiedlicher Experten. Juristen sind im Zivil- und Gesellschaftsrecht zuhause und liefern dem Betriebswirt die notwendigen Grundlagen für die Auslegung der handels- und steuerrechtlichen Fragestellung im Rahmen der Bestimmung der Höhe des Verdienstaufschadens, so dass dieser auf diesen Grundlagen zielführend aufbauen kann.

Die bekannten unaufhörlichen Steuerrechtsänderungen und die Komplexität der Materie erfordern Detailwissen, um die nicht geringe Anzahl von Anspruchstellern feststellen zu können, die teils aus Furcht vor späteren Abzügen bei der Schadenregulierung, teils aus Rechtsunkenntnis oder aber auch, um aus dem Schadenfall Kapital zu schlagen, ihren Verdienstaufschadenanspruch bzw. ihre gesamten Forderungen stark übersetzen.

Zudem bedarf die sachgerechte Beurteilung des Verdienstaufschaden

Auch an dieser Stelle möchten wir es nicht versäumen, Sie auf unsere Tagesveranstaltung zum Verdienstaufschaden aufmerksam zu machen, die am 22. Oktober 2002 im Hotel Steigenberger in Berlin stattfinden wird.

dens von selbstständig tätigen Unternehmern die Einbeziehung umfangreicher Unterlagen aus dem betrieblichem Rechnungswesen des Geschädigten. Die Auswertung dieser Unterlagen ist dem Schadenmitarbeiter schon aus rein zeitlichen Gründen nicht möglich, weshalb dieser vornehmlich als Strategie im Rahmen der Schadenabwicklung zu sehen ist.

Was können die Versicherungsunternehmen hinsichtlich der Abwicklung von Verdienstausschäden verbessern?

Fortbildung der Mitarbeiter in den Schadenabteilungen ist eine wesentliche Grundlage für eine Verbesserung der Schadenabwicklung. Wenn die Mitarbeiter regelmäßig in Weiter-

bildungsveranstaltungen für die steuerlichen und betriebswirtschaftlichen Probleme des Verdienstausschadens sensibilisiert werden, werden sie relativ schnell bedeutende von unbedeutenden Schadenfällen abgrenzen und somit die notwendigen Maßnahmen einleiten können.

In welchen Fällen empfehlen Sie eine Begutachtung?

Sobald absehbar ist, dass der Schadenfall über eine längere Zeitdauer Wirkung zeigen wird und eine finanzielle Dimension erreicht werden kann, die ohne eingehende Prüfung der betriebswirtschaftlichen Grunddaten nicht mehr vertretbar erscheint, sollte ein öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger

hinzugezogen werden, der auch ausgewiesene Kenntnisse auf dem Gebiet des Steuerrechts besitzt.

In vielen Fällen bietet es sich deshalb für Versicherer an, frühzeitig ein Verdienstausschadengutachten in Auftrag zu geben, welches folgende Vorteile mit sich bringt:

- Versicherungsgesellschaften sparen sich jährlich Millionenbeträge, da überhöhte Ansprüche fundiert zurückgewiesen werden können.
- Versicherungsgesellschaften können im Falle von Klageerhebungen bereits ein fundiertes Gutachten vorlegen.
- Schnellere Schadenabwicklung und damit besserer Service der Versicherer gegenüber den Versicherten.

25 Jahre REHACARE International



Jutta Eich
eich@gcr.com



Die internationale Fachmesse für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf findet dieses Jahr vom 23. – 26. Oktober 2002 wieder

in Düsseldorf statt. Erwartet werden diesmal 800 Aussteller aus 30 Ländern. In sechs Hallen präsentieren sie Produkte und Dienstleistungen, die den Alltag erleichtern und die Lebensqualität steigern sollen. Der Besucher findet hier einen repräsentativen Querschnitt von Unternehmen, die Hilfsmittel anbieten sowie Informationen zu den Aktivitäten zahlreicher Verbände und Organisationen. Besonders interessant: der Themenpark ‚Behinderte Menschen und Be-

ruf‘ in Halle 3, in dem nicht nur die besten Arbeitsmodelle für die Integration von Behinderten dargestellt werden, sondern auch ein kompakter Überblick über alle Fördermöglichkeiten gegeben wird. Der Rehabilitations-Dienst der GeneralCologne Re ist wieder dabei.

Zusammen mit dem Planungsbüro Peters finden Sie uns ebenfalls in Halle 3/D 62. Besuchen Sie uns! Über unser Programm informieren wir Sie rechtzeitig.

Termine und weitere Informationen

Mittwoch, 23. Oktober
bis Samstag, 26. Oktober 2002
Öffnungszeiten 10 – 18 Uhr,
Samstag bis 17 Uhr
www.rehacare.de



Norbert Neumann
nneumann@gcr.com

GeneralCologne Re™

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

© Kölnische Rückversicherungs-Gesellschaft AG
2002

Redaktion

Dr. Marianne Kutzner (verantwortlich),
Jutta Eich, Norbert Neumann, Frank Becker
Tel. 0221 9738-678
Fax 0221 9738-494
kutzner@gcr.com

Druck

Druckhaus Locher GmbH, Köln

Auflage: 1500

Diese Informationen wurden von GeneralCologne Re zusammengestellt und dienen als Hintergrundinformationen unserer Kunden sowie für unsere Fachmitarbeiter. Die Informationen müssen eventuell von Zeit zu Zeit überarbeitet und aktualisiert werden. Sie sind nicht als rechtliche Beratung anzusehen. Bitte sprechen Sie mit Ihrem Rechtsberater, ehe Sie sich auf diese Informationen berufen.