

## Forum D

Entwicklungen und Reformvorschläge  
– Diskussionsbeitrag Nr. 12/2013 –

07.05.2013

### **Der ältere Mensch und der demographische Wandel – Bericht vom 5. Kongress für Versicherungsmedizin**

von Dipl. jur. Manuela Willig, M.mel. und Assessor Henning Groskreutz, Kassel

Am 29. November 2012 fand in Frankfurt am Main der 5. Kongress für Versicherungsmedizin statt. Es ging um Anforderungen an Versicherungen, Gerichte und medizinische Sachverständige im Hinblick auf den demographischen Wandel. Dieser Beitrag konzentriert sich dabei auf die Referate und Diskussionsbeiträge, die einen Bezug zum Rehabilitations- und Teilhaberecht und zu rechtlichen Fragen der Begutachtung aufweisen und zeichnet daher nicht den Verlauf der Tagung im Ganzen nach.

#### **I. Themenkomplex „Die berufliche Leistungsfähigkeit des älteren Arbeitnehmers und die Begutachtung berufstätiger Probanden“**

**Prof. Dr. Axel Buchter** (Universitätsklinik Homburg/Saar) erläuterte in seinem Vortrag, wie sich **die berufliche Leistungsfähigkeit des älteren Menschen aus arbeitsmedizinischer Sicht** darstellt.<sup>1</sup> Es sei keineswegs so, dass die berufliche Leistungsfähigkeit bei

jüngeren Menschen am höchsten sei, vielmehr würden durch die im Laufe des beruflichen Lebens gesammelten Erfahrungen bestimmte berufliche Kompetenzen erst ausgebildet. Lediglich die körperliche Leistungsfähigkeit nehme ab dem 30. Lebensjahr ab, während die intellektuelle Leistungsfähigkeit ihren Höhepunkt erst mit dem 40. Lebensjahr erreiche und dann auch zunächst nicht abnehme.

Im Hinblick auf den demographischen Wandel sei es erforderlich, dass bei steigendem Qualifikationsanspruch in der Arbeitswelt auf die Ausdehnung der Lebensarbeitszeit und den Anstieg des Lebensalters der Belegschaften mit rechtzeitiger gesundheitlicher Prävention, einer Änderung der körperlichen Anforderungsprofile und der Verbesserung der Rahmenbedingungen reagiert werde. Im Bereich der Diagnostik komme es darauf an, die noch vorhandenen Arbeitsressourcen eines Beschäftigten zu erkennen und den Bedarf an erforderlichen Anpassungen festzustellen.

Die Bedeutung der Weiterbildung verdeutlichte **Buchter** anhand verschiedener Fallbeispiele. So wies er auf den Fall eines technischen Angestellten hin, der aufgrund

<sup>1</sup> Vgl. dazu auch *Buchter/Böcher/Müller*, Altersabhängigkeit und Gesundheit von Führungskräften und Mitarbeitern, saarländisches Ärzteblatt 2006, S. 41–43.

von Erkrankungen den körperlicher Anforderungen am Arbeitsplatz nicht mehr gerecht werden konnte, bei dem aber auch die Fähigkeit zum Erwerb neuer Kenntnisse und Fertigkeiten über die Jahre verloren gegangen war. Es sei die Kombination aus mangelnder Qualifizierbarkeit und gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die in diesem Fall zu einer Beendigung des Arbeitslebens geführt habe. Sodann wies **Buchter** darauf hin, dass Muskel- und Skeletterkrankungen bei den Rentenzugängen in die Erwerbsminderung rückläufig seien, jedoch zukünftig mit einer Zunahme von Karzinomerkrankungen bei den Diagnosegruppen zu rechnen sei, da die Alterskohorten, die von diesen Erkrankungen stark betroffen seien (Personen ab dem 60. Lebensjahr), aufgrund des steigenden Renteneintrittsalters zukünftig zum Zeitpunkt der Erkrankung noch im Erwerbsleben stehen werden. Abschließend erläuterte **Buchter**, dass Betriebe insgesamt von einer demographisch durchmischten Belegschaft profitieren, da die Altersgruppen sich in ihren unterschiedlichen Kompetenzen ergänzen. Es gelte daher, älteren Beschäftigten durch angemessene Vorkehrungen die Teilnahme am Erwerbsleben möglichst lange zu ermöglichen.

In der anschließenden Diskussion wurde deutlich, dass Arbeit für die Betroffenen auch eine wesentliche Sozialfunktion hat und gesundheitlich stabilisierend wirken kann; auch aus diesem Grund wurde ein möglichst langer Verbleib in Arbeit aus sozialmedizinischer Sicht begrüßt.

**Dr. Bettina Hauchler-Dill** (Ärztlicher Dienst der Bundesagentur für Arbeit) berichtete über die **sozialmedizinische Begutachtung älterer Arbeitnehmer zwischen Rehabilitation und Rente aus Sicht der Bundesagentur für Arbeit (BA)**. Einleitend gab sie zunächst einen Überblick über die Herangehensweise des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur (im Weiteren: der Dienst) und erläuterte, dass Personen ab einem Lebensal-

ter über 50 Jahre als „ältere Kunden“<sup>2</sup> betrachtet werden, wobei dies keine verbindliche Definition sei. Die Begutachtung erfolge im Hinblick auf die Erwerbsfähigkeit im allgemeinen Arbeitsmarkt und beinhalte eine Ressourcenbeurteilung im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), ohne dass jedoch eine komplette Übernahme der ICF geplant sei. Eine wesentliche Aufgabe des Dienstes sei die Prognoseprüfung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Letztentscheidung über die Leistung liege jedoch nicht beim Dienst sondern beim „Rehaberater“. Das Vorliegen einzelner Anspruchsvoraussetzungen werde nicht durch den Dienst, sondern immer durch die Verwaltung geprüft, allerdings auf der Grundlage der medizinischen Gutachten. So wird beispielsweise im Rahmen eines Antrags auf Kraftfahrzeughilfe beurteilt, ob der/die Antragsteller(in) noch in der Lage ist, den öffentlichen Verkehr zu nutzen.

Auch bei Beurteilungen im Hinblick auf Regelungen zur Nahtlosigkeit von Leistungen werde regelmäßig der Ärztliche Dienst eingeschaltet, so etwa wenn es um die Leistungsfähigkeit nach § 145 SGB III gehe oder im Rahmen von § 44a SGB II um die Erwerbsfähigkeit von Antragstellern geht.

Bei Begutachtungen nach § 145 SGB III sei im Hinblick auf die medizinische Beurteilung zu beachten, dass die BA und der (frühere) Verband Deutscher Rentenversicherungsträger eine Verwaltungsvereinbarung<sup>3</sup> ge-

<sup>2</sup> So die interne Bezeichnung der Versicherten in der Arbeitslosenversicherung.

<sup>3</sup> Verwaltungsvereinbarung zwischen der Bundesanstalt für Arbeit und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger zur Vermeidung von unterschiedlichen Beurteilungen der Leistungsfähigkeit eines Versicherten durch den Rentenversicherungsträger und durch das Arbeitsamt sowie zur Vermeidung von unnötigen Doppeluntersuchungen vom Dezember 2001; Diese Verwaltungsvereinbarung finden Sie in der Infothek unter der Rubrik „Aus der Verwaltung/Selbstverwaltung/ Rehabilitationsträger/“

schlossen haben, um divergierende Einschätzungen der Leistungsfähigkeit und unnötige Doppeluntersuchungen der Versicherten zu vermeiden.

An einem Fallbeispiel verdeutlichte **Hauchler-Dill** die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zur Frage der Leistungspflicht der BA im Rahmen einer Stufenweisen Wiedereingliederung.<sup>4</sup> Danach berührt das Wiedereingliederungsverhältnis die Voraussetzungen der Arbeitslosigkeit im Sinne der Nahtlosigkeitsregelung nicht, so dass Arbeitslosengeld während der Stufenweisen Wiedereingliederung zu zahlen ist, wenn nicht „zweifelsfrei“ ausgeschlossen werden kann, dass das Leistungsvermögen des Betroffenen mehr als sechs Monate gemindert sein wird.<sup>5</sup> Damit seien im Rahmen der medizinischen Beurteilung die Voraussetzungen des § 145 SGB III zu überprüfen, so **Hauchler-Dill**.

In der Diskussion betonte **Hauchler-Dill** den hohen Stellenwert des Sozialdatenschutzes für die BA und den Ärztlichen Dienst. Eine Weitergabe von Gutachten an Privatversicherer sei daher nur mit einer ausdrücklichen Zustimmung der „Kunden“ möglich.

## II. Themenkomplex „Die Auswirkungen neurologischer, psychischer und körperlicher Leiden auf die Leistungsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit des älteren Menschen“

In seinem Vortrag über „**Die Begutachtung des unfallverletzten älteren Menschen unter besonderer Berücksichtigung des Haftpflichtrechts**“ stellte **Prof. Dr. Klaus-Dieter Thomann** zunächst anhand einzelner Fallbeispiele die Relativität des Altersbe-

griffs dar. Diese Relativität lasse sich an der unterschiedlichen Lebenserwartung verschiedener „sozialer Schichten“ erkennen, die um bis zu zehn Jahre differiere so **Thomann**. Dies sei auf Faktoren wie Lebensstil, Arbeitsbelastung und Ressourcen zurückzuführen. Sodann wies **Thomann** anhand weiterer Fallbeispiele darauf hin, dass auch die Schwere einer Verletzung in gewissem Sinne relativ ist, da sich Traumata, auch wenn sie ihrer Art nach identisch sind, bei den Betroffenen doch körperlich unterschiedlich auswirken. Wichtige Faktoren seien dabei die Abnahme der Regenerationsfähigkeit des Körpers mit zunehmendem Alter, aber auch sekundäre Komplikationen. Dennoch dürfen die medizinischen Faktoren nicht überbewertet werden. Die Praxis zeige vielmehr, dass die berufliche Rehabilitation des älteren Menschen entscheidend von den Kontextfaktoren, wie sie durch die ICF beschrieben werden, abhängen sowie von der Motivation des älteren Menschen, das Rehabilitationsziel zu erreichen. Eine gute Konstitution sowie günstige persönliche und soziale Kontextfaktoren seien entscheidend dafür, ob eine Person ihren Beruf bis ins hohe Alter ausüben und auch nach einem Unfallgeschehen zeitnah an ihren Arbeitsplatz zurückkehren könne. Als Beispiel hierfür führte **Thomann** den Fall einer 78jährigen Internistin an, die nach einem schweren Unfall wieder in unterstützender Funktion im medizinischen Bereich arbeiten konnte.

Ungünstige persönliche Faktoren hingegen können die berufliche Rehabilitation hemmen. So verschlechtere z. B. hohe Arbeitslosigkeit die Chancen einer erfolgreichen beruflichen Rehabilitation älterer Menschen. Es sei statistisch nachweisbar, dass Frühberentungen in Zeiten steigender Arbeitslosigkeit zunehmen. Dies sei in der Vergangenheit nicht zuletzt Folge politischer Entscheidungen gewesen: der Begutachtungsmaßstab für Berentungen sei so gesetzt worden, dass Frühberentungen häufiger erforderlich wa-

---

Bundesagentur für Arbeit“ auf [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).

<sup>4</sup> BSG, Urteil vom 21.03.2007, B 11a AL 31/06 R, juris.

<sup>5</sup> Vgl. § 145 Abs. 1 SGB III.

ren. Ältere Arbeitslose seien zu behinderten Menschen umdefiniert worden. Der demographische Wandel habe nun zur positiven Folge, dass älteren Menschen wieder mehr berufliche Teilhabe zugetraut werde. Im Schwerbehindertenrecht drücke sich dieser Wandel auch darin aus, dass es zunehmend nicht mehr darum gehe, einen möglichst hohen Grad der Behinderung zu erreichen, sondern vielmehr darum, die Rückkehr ins Erwerbsleben bei verbessertem Kündigungsschutz zu erreichen.

Eine wichtige Kategorie im Rahmen des Begutachtungsgeschehens stelle auch die Beurteilung der unfallbedingten Pflegebedürftigkeit dar, die es von Pflegebedürftigkeit aufgrund einer unfallunabhängigen Erkrankung abzugrenzen gelte. Ziel dieser Abgrenzung sei eine gerechte Lastenverteilung zwischen den Haftpflichtversicherern und der Pflegeversicherung. Problematisch sei diese häufig dann, wenn es zu einer Dekompensation der älteren Menschen nach Unfällen komme.

In der anschließenden Diskussion betonte **Thomann**, dass für das Gelingen einer beruflichen Rehabilitation die Qualität der Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Akteuren, wie etwa dem behandelnden Arzt, dem Betriebsarzt, der Personalabteilung, dem Betriebsrat und den Sozialversicherungsträgern ein wichtiger begünstigender Faktor sei.

### III. Themenkomplex „Die Begutachtung des pflegebedürftigen älteren Menschen“

**Dr. Ulrike Diedrich** (Geschäftsführung MEDICPROOF) sprach über **die Begutachtung in der Pflegeversicherung** aus Sicht des medizinischen Dienstes der Privaten Kranken- und Pflegeversicherungen „MEDICPROOF“, dessen Aufgabe insbesondere die Organisation und Durchführung aller in der privaten Pflegeversicherung an-

fallenden Pflege-Begutachtungen (circa 120.000 Pflege-Begutachtungen jährlich) ist. Um versicherungsübergreifend eine bundesweit einheitliche Begutachtungspraxis zu ermöglichen, hat der Gesetzgeber in § 23 Abs. 6 Nr. 1 SGB XI bestimmt, dass die privaten Kranken- bzw. Pflegeversicherungsunternehmen für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer Pflegestufe dieselben Maßstäbe anlegen müssen wie die gesetzliche Pflegeversicherung. Daher führen auch die 800 freiberuflich für MEDICPROOF tätigen Ärzte ihre Begutachtungen zur Pflegebedürftigkeit und zum Vorliegen eines erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs auf der Grundlage der §§ 18, 14 und 15 bzw. des § 45a SGB XI sowie von Musterbedingungen durch, die sich an den „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“<sup>6</sup> orientieren. Anhand der Absätze 1 bis 4 des § 14 SGB XI<sup>7</sup> und des § 45a SGB XI zeigte **Diedrich** sodann auf, dass die Begriffe „Pflegebedürftigkeit“ und „erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf“ weitgehend durch den Gesetzgeber selbst determiniert sind. Daher könne der Kritik an diesen Begriffen<sup>8</sup>

<sup>6</sup> Begutachtungs-Richtlinien – BRi – vom 08.06.2009.

<sup>7</sup> Gem. § 14 Abs. 1 SGB XI ist pflegebedürftig, wer wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedarf. In § 14 Abs. 2 SGB XI werden die Krankheiten bzw. Behinderungen aufgezählt, die in § 14 Abs. 1 gemeint sind und in § 14 Abs. 3 wird definiert, was unter Hilfe im Sinne des § 14 Abs. 1 zu verstehen ist. § 14 Abs. 4 enthält einen abschließenden Katalog von Verrichtungen, die sog. „gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind“.

<sup>8</sup> Bereits seit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 werde kritisiert, dass der Begriff der Pflegebedürftigkeit somatisch orientiert sei und den Betreuungsbedarf kognitiv beeinträchtigter Personen nicht hinreichend berücksichtige. Auch werde vorgebracht, dass

und an den Verfahren zu deren Feststellung<sup>9</sup> letztlich nur durch die Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs des SGB XI wirksam begegnet werden. Abschließend stellte **Diedrich** die Empfehlungen des Beirates zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 20. Januar 2009<sup>10</sup> überblicksartig vor. Dieser empfahl, die bisherigen Begutachtungsinstrumente durch ein neues Begutachtungs-Assessment mit modularer Struktur und der Orientierung an der Selbstständigkeit anstatt am Selbstpflegethema zu ersetzen. Nach Ansicht **Diedrichs** bietet dieses neue Begutachtungs-Assessment „die Chance für ein valideres und besser nachvollziehbares Verfahren zur Feststellung von Leistungsvoraussetzungen in der Pflegeversicherung“.

In der anschließenden Diskussion wurde die Rolle der Pflegefachkräfte bei den Begutachtungen durch „MEDICPROOF“ thematisiert. **Diedrich** erläuterte, dass zurzeit hauptsächlich Ärzte begutachten, sich dies jedoch zukünftig ändern werde.

Im Anschluss daran referierte **Mathias Pregartbauer** (Rechtsanwalt in Hamburg) zum Thema „**Sturz und Dekubitus – Häufige Probleme bei der Betreuung Pflegebedürftiger aus Sicht des Haftpflichtrechts**“. Er hob hervor, dass Schadensersatzansprüche wegen Stürzen oder Dekubiti in der Regel nicht durch die Pflegebedürfti-

gen oder deren Angehörige geltend gemacht werden, sondern durch die Krankenkassen im Wege einer Erstattungsklage (§ 116 SGB X). Zivilrechtliche Anspruchsgrundlage sei meist § 280 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Danach kann der Gläubiger, hier die pflegebedürftige Person, Ersatz des Schadens verlangen, der durch die Verletzung einer vertraglichen Pflicht durch den Schuldner, hier den Pflegedienstleiter bzw. den Pflegedienstbetreiber, entstanden ist, sofern der Schuldner diese Pflichtverletzung zu vertreten hat. Den Schwerpunkt seines Vortrages setzte **Pregartbauer** im Bereich „Pflichtverletzung“. Die Pflichten, die sich aus dem Heimvertrag ergeben, seien unter Berücksichtigung des Einzelfalles zu bestimmen, sodass der Umfang dieser Pflichten von Fall zu Fall variieren könne. So habe der Bundesgerichtshof bereits in seiner Entscheidung vom 28. April 2005<sup>11</sup> ausgeführt, dass die heimvertraglichen Pflichten zur Verhinderung von Stürzen begrenzt seien „auf die in Pflegeheimen üblichen Maßnahmen, die mit einem vernünftigen finanziellen und personellen Aufwand realisierbar sind“. Maßstab müsse das Erforderliche und das für die Heimbewohner und das Pflegepersonal Zumutbare sein. Höchst problematisch sei, dass man auf Seiten der Krankenkassen meist nicht erkenne, dass die Sorgepflicht des Heimträgers zur Verhinderung von Stürzen in einem Spannungsverhältnis zur Menschenwürde des Pflegebedürftigen (Art. 1 Abs. 1 GG) und dessen Grundrecht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 GG) stehe. Daher müsse und könne der Heimträger auch nicht alle Sicherungsmaßnahmen ergreifen, die technisch möglich seien, sondern nur jene, mit denen sich der Pflegeheimbewohner einverstanden erklärt habe und die auch dem Pflegeheimträger finanziell und organisatorisch zumutbar sei-

---

der Begriff zu defizitorientiert und zu verrichtungsbezogen ausgerichtet sei.

<sup>9</sup> Die Referentin wies hier auf das Missbrauchspotential hin, welches den derzeitigen Verfahren innewohne: durch falsche Angaben zur Häufigkeit von Hilfsmaßnahmen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens könnte sich ein Antragssteller eine höhere Pflegestufe erschleichen. Auch sei zu beobachten, dass durch die jetzigen Verfahren eine einheitliche Begutachtungspraxis noch nicht erreicht werde. Die Ergebnisse eines Gutachtens seien vielmehr stark von der Person des Gutachters abhängig.

<sup>10</sup> Zu finden unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/uploads/publications/Neuer-Pflegebeduertigkeitsbegr.pdf>.

---

<sup>11</sup> Az.: III ZR 399/04 – BGHZ 163, S. 53 ff.

en.<sup>12</sup> So könne z. B. eine Pflegeheimbewohnerin nicht gezwungen werden, Hüftprotektoren zu tragen.<sup>13</sup>

Des Weiteren ging **Pregartbauer** darauf ein, dass neben der Frage, ob eine Pflichtverletzung vorliege, auch zu prüfen sei, ob zwischen der eingetretenen Verletzung von Leib, Leben und/oder Gesundheit des Pflegeheimbewohners und der Pflichtverletzung ein Kausalzusammenhang bestehe. Da im Zivilprozess jede Partei die Beweislast für das Vorliegen der Voraussetzungen der für sie günstigen Rechtsnormen trägt, müsse die klagende Krankenkasse das Vorliegen eines solchen Kausalzusammenhanges beweisen, was im Einzelfall jedoch schwierig sei.

Die anschließende Diskussion nutzte **Pregartbauer**, um nochmals zu verdeutlichen, dass auch Pflegeheimbewohner ein Recht darauf haben, sich unvernünftig zu verhalten.

#### IV. Fazit

Der 5. Kongress für Versicherungsmedizin thematisierte die Situation älterer Menschen in einer Gesellschaft, die sich im demographischen Wandel befindet. Eine solche Gesellschaft kann es sich nicht leisten, auf Arbeitspotentiale durch frühzeitige Verrentungen oder dauerhafte Arbeitslosigkeit zu verzichten. Im Mittelpunkt der Vorträge der Referenten **Buchter, Hauchler-Dill und Thomann** stand daher die Frage, welche Voraussetzungen vorliegen müssen, damit ältere Menschen trotz nachlassender körperlicher Leistungsfähigkeit, Behinderung oder Krankheit dem Arbeitsmarkt erhalten blei-

ben. Dabei wurde deutlich, welche große Bedeutung der beruflichen Rehabilitation, aber auch der persönlichen und betrieblichen Prävention zur Erreichung dieses Ziels zukommt. Der demographische Wandel kann unter diesem Aspekt für ältere und behinderte Arbeitnehmer auch eine Chance sein, wie **Thomann** zu Recht anmerkte. Es ist zu erwarten, dass der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ in Zukunft größere Beachtung finden wird. Dieser Grundsatz sichert auch, dass ältere und/oder behinderte Menschen aufgrund ihrer individuellen Teilhaberechte in den Arbeitsmarkt eingegliedert bleiben.

**Diedrich** und **Pregartbauer** beleuchteten in ihren Vorträgen den aus dem Erwerbsleben ausgeschiedenen pflegebedürftigen Menschen. Dieser wird durch die Gesetzesänderungen des Pflegeneuausrichtungsgesetzes<sup>14</sup> (PNG)<sup>15</sup> zukünftig auch stärker im Blickpunkt der Rehabilitation stehen. **Pregartbauers** Vortrag ist für Rehabilitationseinrichtungen dabei besonders interessant, weil diese nunmehr auch Leistungen der Kurzzeitpflege für pflegebedürftige Personen anbieten können, deren pflegende Angehörige in dieser Einrichtung Rehabilitationsleistungen erhalten.<sup>16</sup> Es ist daher damit zu rechnen, dass sich auch diese Einrichtungen zukünftig noch stärker mit der Frage konfrontiert sehen, was unternommen werden muss, um Stürze zu verhindern.

Auch hier wird gelten, dass die Einrichtungen nicht alle Sicherungsmaßnahmen ergreifen müssen/dürfen, die tatsächlich möglich und medizinisch sinnvoll sind, sondern sie das Selbstbestimmungsrecht der pflegebedürftigen Personen zu achten haben, wenn diese eine Maßnahme ablehnen. Eine selbstbestimmte Entscheidung über eine Maßnahme zur Sturzprävention kann die

<sup>12</sup> Erläutert wurde dies anhand einer Entscheidung des LG Hamburg (Az.: 303 O 282/04) sowie einer Entscheidung des LG Duisburg (Az.: 10 O 292/06) (beide unveröffentlicht).

<sup>13</sup> Dies hatte die klagende Krankenkasse im Fall des LG Duisburg jedoch vorgetragen.

<sup>14</sup> Gesetz v. 23.10.2012, BGBl I, S. 2246.

<sup>15</sup> Vgl. hierzu nur Algermissen, Beitrag D22-2012, Forum D sowie Polak, Beitrag D10-2013, Forum D auf [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).

<sup>16</sup> § 42 Abs. 4 SGB XI.

pflegebedürftige Person bzw. ihr Betreuer jedoch nur dann treffen, wenn sie vorher, gegebenenfalls unter Beteiligung ihrer Angehörigen, umfassend über ihr persönliches Sturzrisiko und über mögliche Interventionsmaßnahmen informiert und beraten wurde. Ein solches Informations- und Beratungsgespräch sieht z. B. der „Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege“ für jeden Patienten/Bewohner mit erhöhtem Sturzrisiko auch explizit vor.<sup>17</sup>

Jede Rehabilitationseinrichtung, die ihr Leistungsangebot auf Leistungen der Kurzzeitpflege ausdehnen möchte, sollte diesen Expertenstandard daher implementieren.

Unabhängig von der Frage, welche Maßnahmen zur individuellen Sturzprophylaxe im Einzelfall ergriffen oder unterlassen werden, müssen in jedem Fall die Schutzmaßnahmen und organisatorischen Pflichten getroffen werden, die als allgemeine Verkehrssicherungspflichten einzuordnen sind (so z. B. eine gewisse Sicherung des Treppenhauses<sup>18</sup>).

---

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

---

---

<sup>17</sup> Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege – Entwicklung – Konsentierung – Implementierung (Januar 2013), S. 13, S. 23.

---

<sup>18</sup> Vgl. hierzu nur LG Berlin, 15.02.2011 – 37 O 516/09 – PflR 2011, S. 237, S. 241.