

– Fachbeitrag C3-2017 –

15.11.2017

## **Bericht vom 14. Kongress Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung am 09.06.2017 in Dresden<sup>1</sup>**

*Von Dipl. jur. Angelice Falk (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg)*

Am 09.06.2017 fand in Dresden der 14. Kongress Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung statt, der von der Dresden International University (DIU) und dem Europäischen Institut für postgraduale Bildung (EIPOS) in Kooperation mit der Gen Re Business School und der Sächsischen Landesärztekammer veranstaltet wurde. Ein **Grußwort** hielt **Prof. Dr. Irene Schneider-Böttcher** (Präsidentin der DIU), sie machte darauf aufmerksam, dass zunehmend ärztliche Behandlungsfehler festgestellt würden, und unterstrich die Bedeutung von Qualitätssicherung in der Medizin. Anschließend wurde die Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung aus rechtlicher (Block I) und fachmedizinisch-gutachterlicher Perspektive (Block II) beleuchtet sowie auf das Medizinrecht in der Gutachterpraxis (Block III) eingegangen.

### **I. Medizinrechtliche Perspektive (Block I)**

**Moderator Dr. Ulrich Freudenberg** (Vorsitzender Richter, LSG NRW) wies einleitend auf die aktuellen Neuerungen durch u. a. das Flexirentengesetz, das Bundesteilhabegesetz (BTHG; Erweiterung des Merkzeichens aG, neues Merkzeichen Tbl) sowie durch die Reform der sozialen Pflegeversicherung durch das zweite und dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG II und III) betreffend die medizinrechtliche Praxis hin. Anschließend widmeten sich die Teilnehmenden **aktuellen rechtlichen Fragen ärztlicher Begutachtung aus dem Sozialrecht sowie dem Arzthaftungs- und Versicherungsrecht.**

#### **1. Zulässigkeit von Begleitpersonen während der Begutachtung**

**Carina Habelt** (Richterin, Sächsisches LSG, Chemnitz) widmete sich in ihrem Vortrag der Zulässigkeit von Begleitpersonen während der Begutachtung und ging zunächst auf die verschiedenen Gründe für die Mitnahme von Begleitpersonen ein. Hierbei nannte sie die eigene Unsicherheit vieler Betroffener sowie die Signalwirkung an den Begutachter.

---

<sup>1</sup> Dieser Beitrag wurde unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de) als Fachbeitrag C3-2017 in der Kategorie C: Sozialmedizin und Begutachtung veröffentlicht; Zitiervorschlag: Falk: Bericht vom 14. Kongress Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung am 09.06.2017 in Dresden; Beitrag C3-2017 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de); 15.11.2017.

Auch die Hintergründe der Begleitpersonen seien verschieden; neben Angehörigen und Privatpersonen würden zunehmend auch Sachverständige und Anwälte an der Begutachtung teilnehmen. Als Hauptproblem in der medizinischen Begutachtungspraxis nannte die Referentin, dass es kein gesetzliches Leitbild gebe, sondern nur vereinzelt Regelungen, die Vorgaben zum Umgang mit Begleitpersonen beinhalten. So z. B. § 81d Abs. 1 S. 3 Strafprozessordnung (StPO), nach dem auf Verlangen der betroffenen Person eine Person des Vertrauens bei körperlichen Untersuchungen zugelassen werden soll. Im Sozialgerichtsgesetz (SGG) und der Zivilprozessordnung (ZPO) fehlt es hingegen an rechtlichen Vorgaben für die medizinische Begutachtung, was die Referentin kritisierte. Zudem gebe es auch keine übereinstimmende Rechtsprechung<sup>2</sup> und daher keinen generellen Anspruch auf Anwesenheit einer Begleitperson während der Begutachtung. Für jeden Fall komme es daher auf eine differenzierte Einzelbetrachtung an. Als mögliche Lösung verwies die Referentin auf den Grundsatz des fairen Verfahrens und die entsprechende Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG).<sup>3</sup> Danach könne ein Ausschluss von Begleitpersonen nur dann gefordert werden, wenn durch deren Anwesenheit eine Verfälschung des Untersuchungsergebnisses drohe.<sup>4</sup> Die Entscheidungskompetenz hierüber liege, im Rahmen ihrer Leitungsfunktion aus § 404a ZPO, bei den Gerichten.

## 2. Das zweite Pflegestärkungsgesetz – Konsequenzen für die Begutachtung

**Andrea Kaden** (MDK Sachsen, Dresden) referierte zum zweiten Pflegestärkungsgesetz und den daraus folgenden Konsequenzen für die Begutachtung. Als wesentlich für die Begutachtungspraxis, hob sie den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in § 14 SGB XI und das neue Begutachtungsinstrument in § 15 SGB XI hervor. Im Fokus des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs steht seit 1.1.2017 der Grad der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen sowie die Abhängigkeit von personeller Hilfe in allen relevanten Bereichen der elementaren Lebensführung und nicht mehr nur der Zeitaufwand des Hilfebedarfs.<sup>5</sup> Dieser ressourcenorientierte Ansatz ermögliche neben der Feststellung der Pflegebedürftigkeit auch eine systematische Erfassung des Präventions- und Rehabilitationsbedarfs in der

---

<sup>2</sup> Einen solchen Anspruch auf Zulassung einer Begleitperson ablehnend z. B. LSG Baden-Württemberg, Urte. v. 24.10.2011 – L 11 R 4243/10; LSG Niedersachsen-Bremen, Urte. v. 20.11.2009 – L 2 R 516/09 B; LSG Berlin-Brandenburg, Urte. v. 17.02.2010 – L 31 R 1292/09 B (bei psychiatrischen Begutachtungen). Einen Anspruch auf Teilnahme eines Rechtsanwalts als Begleitperson stattgebend aber z. B. LSG Rheinland-Pfalz, Urte. v. 23.02.2006 – L 4 B 33/06 SB.

<sup>3</sup> BSG Urte. v. 31.07.2002 – B 4 RA 28/02 R; BSG Urte. v. 09.04.2003 – B 5 RJ 140/02.

<sup>4</sup> Vgl. auch Hansen, „Recht auf Anwesenheit von Begleitpersonen bei Begutachtung?“, in: Deutsche Richterzeitung (DRiZ) 2013, 400–403.

<sup>5</sup> Zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff vgl. vertiefend Richter, Die neue soziale Pflegeversicherung – PSG I, II und III, 2. Auflage, Rn. 40 ff. Vgl. zum Pflegebedürftigkeitsbegriff und neuem Begutachtungsinstrument auch Udsching, Neues Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, jurisPR-SozR 2/2017 Anm. 1, Kuhn-Zuber, Das Pflegestärkungsgesetz II – Veränderungen im Leistungsrecht, RP Reha 3/2016, 5–12; Laumann, Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff: Ein Quantensprung für die Pflege in Deutschland, RP Reha 3/2016, 13–17.

Begutachtung (§ 18 Abs. 1 S. 3 SGB XI). Insgesamt werden nun Beeinträchtigungen in sechs Lebensbereichen („Module“, § 14 Abs. 2 SGB XI) betrachtet und gewichtet (§ 15 Abs. 2 S. 8 i. V. m. Anlage 2 zu § 15 SGB XI). Dabei begrüßte die Referentin vor allem die neu hinzugekommene Berücksichtigung des Umgangs mit krankheitsspezifischen und therapiebedingten Anforderungen (§ 15 Abs. 2 S. 8 Nr. 4 SGB XI), was zuvor keine Rolle bei der Begutachtung spielte. Daran anknüpfend gab sie einen Überblick über die neue Bewertungssystematik anhand der Anlage 2 zu § 15 SGB XI nach dem PSG II und veranschaulichte die Bewertung innerhalb der Module anhand einzelner Alltagsbeispiele. Darüber hinaus solle das medizinische Gutachten auch Empfehlungen zur Prävention (insbesondere Beratung zu verhaltensbezogener Prävention nach § 20 SGB V<sup>6</sup>), zur medizinischen Rehabilitation, zu Hilfs- und Pflegehilfsmitteln (nach der Neuregelung des § 18 Abs. 6a SGB XI<sup>7</sup>) sowie zur Verbesserung des Wohnumfeldes und der Pflegesituation umfassen. Abschließend fasste sie erste Erfahrungen mit den Neuerungen aus Sicht der Gutachter zusammen: Insgesamt sei die Begutachtung durch die vielen neuen Kriterien umfangreicher geworden, Pflegende sowie Pflegebedürftige könnten aber nun ihre Aufwendungen aus allen Bereichen des Alltags zur Begutachtung schildern, dadurch würden auch bisher vernachlässigte Bedarfe berücksichtigt. Die Pflegebedürftigkeit im Einzelfall könne somit individuell und damit zutreffender abgebildet werden.

### **3. Aktuelle rechtliche Fragen ärztlicher Begutachtung aus dem Arzthaftungs- und Versicherungsrecht**

**Markus Schlüter** (Vorsitzender Richter, OLG Dresden) widmete sich anschließend der ärztlichen Begutachtung aus der Perspektive des Arzthaftungs- und Versicherungsrechts. Dabei bezog er sich zunächst auf die Entwicklung der Arzthaftungsprozesse. Diese seien allgemein komplexer und die Parteien streitlustiger geworden, woraus Herausforderungen und eine besondere Drucksituation für die Gutachter erwachsen. In diesem Zusammenhang verwies der Referent auf das Gesetz zur Änderung des Sachverständigenrechts vom 11.10.2016<sup>8</sup> und gab einen Überblick über die wesentlichen Neuerungen der §§ 404, 407a und 411 ZPO. Diese bewertete er im Hinblick auf die Sachverständigenpraxis als streng. Nach der Erweiterung der Prüfpflichten in § 407a ZPO müsse der Sachverständige vor der Begutachtung nun u. a. erst prüfen, ob er die Fristen zur Begutachtung einhalten kann, ob die Begutachtung in seinen Fachbereich fällt und ob die Gefahr seiner Befangenheit besteht. Zudem werde der Sachverständige bei Nachlässigkeit nun z. B. durch das höhere Ordnungsgeld bei Fristüberschreitung (§ 411 Abs. 2 ZPO) und den Wegfall des Vergütungsanspruches bei unterlassener Prüfung (§ 8a Abs. 1 Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz [JVEG]) härter sanktioniert. Anschließend betrachtete der Referent kritisch die Rechtsprechung im Arzthaftungsrecht. Dort sah er die Gefahr, dass sich Sachverständige zu Herren über das

---

<sup>6</sup> Neu eingeführt zum 01.01.2016 durch das Präventionsgesetz, BGBl. I, Nr. 31, S. 1368.

<sup>7</sup> Eingeführt zum 01.01.2017 durch das PSG III, BGBl. I, Nr. 65, S. 3191.

<sup>8</sup> BGBl. I, Nr. 48, S. 2222.

Gerichtsverfahren aufschwingen, da in der Praxis zunehmend rechtliche Fragen an den Sachverständigen übertragen würden, deren Klärung originäre Aufgabe des Gerichts sei (z. B. die Frage, ob ein Behandlungsfehler vorliegt oder der Patient ordnungsgemäß aufgeklärt wurde). Dadurch würden gerichtliche Entscheidungen auf den Sachverständigen verlagert und es entstehe eine Schiefelage. In Bezug auf das Versicherungsvertragsrecht problematisierte der Referent, dass nach aktueller Rechtslage eine Invalidität der Betroffenen trotz körperlicher Beeinträchtigungen teilweise nicht bejaht werden könne, da der Einzelfall nicht immer von der geltenden Gliedertaxe erfasst sei. Beispielhaft nannte er den Fall einer Schulterruptur<sup>9</sup>, die aus der Gliedertaxe herausfalle, da diese die Schulter nicht explizit als Körperteil erfasst und darüber hinaus auch keine Zuordnung zu den gelisteten Körperteilen (wie z. B. Arm, Hand, Finger, ...) möglich sei. Diese rechtliche Lücke stelle die Bewertungspraxis vor besondere Herausforderungen. Der Umgang mit diesem Problem erfolge derzeit teilweise so, dass die Gliedertaxe streng angewandt wird, wodurch bei vielen Betroffenen trotz deutlicher Beeinträchtigungen keine Invalidität anerkannt werden könne. Teilweise werde am Funktionsverlust naheliegender Körperteile angeknüpft, welche die Gliedertaxe erfasst. Als weiteres Problem der Begutachtungspraxis nannte der Referent die Feststellung der Berufsunfähigkeit aufgrund psychischer Faktoren und Schmerzerkrankungen, die äußerlich schwer messbar und in ihrer faktischen Ausprägung nur bedingt einschätzbar sind.

#### **4. Diskussionsforum: Juristen und Sachverständige im Gespräch**

In der abschließenden Diskussionsrunde beschäftigten sich die Teilnehmenden mit der Frage, ob bereits die Anwesenheit einer Begleitperson die Befangenheit des Gutachters impliziert. Hierbei sei stets nach der Person und dem Hintergrund des Begleitenden zu unterscheiden. Für den „stillen Zuhörer in der Ecke“ sei Befangenheit regelmäßig zu verneinen. Sofern es sich um Sachverständige oder Anwälte handele, sei zu berücksichtigen, dass es ihnen regelmäßig um die Vermeidung grundlegenden Fehlverhaltens bei der Begutachtung ginge und nicht die Begutachtung per se kontrolliert werden solle. Zudem wurde diskutiert, ob die strengeren Vorschriften der §§ 404 f. ZPO dazu führen, dass es kaum noch bereitwillige Sachverständige gibt. Schlüter hielt dies für vorstellbar, wies aber auch darauf hin, dass die §§ 404 ZPO ff. (§ 411 Abs. 2 ZPO) von der Verhängung eines Ordnungsgeldes im Regelfall ausgingen, meist jedoch triftige Gründe für Fristüberschreitungen vorlägen, die in der Praxis kaum zu einem Ordnungsgeld führten.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Vgl. BGH, Urt. v. 1.4.2015 – IV ZR 104/13, VersR 2015, 1350.

<sup>10</sup> Anmerkung der Autorin: Bei § 411 Abs. 2 ZPO handelt es sich um eine sog. „Soll“-Vorschrift; die Verhängung des Ordnungsgeldes ist insofern nicht zwingende Folge einer jeden Fristüberschreitung, sondern in das Ermessen des Gerichts gestellt. Zudem setzt § 411 Abs. 2 S. 2 ZPO voraus, dass das Ordnungsgeld zuvor unter Setzung einer Nachfrist angedroht werden muss und somit den säumigen Gutachter nicht unerwartet trifft.

## II. Fachmedizinisch-gutachterliche Perspektive (Block II)

### 1. Aktuelles aus der Schmerzbegutachtung (Psychiatrie-Psychosomatik)

**PD Dr. med. Francisco Pedrosa Gil** (HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen) befasste sich in seinem Vortrag mit der psychiatrischen Schmerzbegutachtung<sup>11</sup> und zeigte zunächst auf, dass Arbeitsunfähigkeit und verminderte Erwerbsfähigkeit aufgrund psychischer Störungen in den letzten Jahren deutlich gestiegen seien, während die Symptomatik anderer Erkrankungen (z. B. der Atemwege, des Muskel-Skeletts und durch andere äußere Faktoren) etwa gleich geblieben sei.<sup>12</sup> Zu den häufigsten psychischen Störungsbildern zählten dabei Substanzabhängigkeit, Drogenmissbrauch, affektive Störungen (z. B. Major Depression, bipolare Störungen) und Angststörungen.<sup>13</sup> Anschließend ging er auf den Zusammenhang von psychischen Störungen und Schmerz am Beispiel somatoformer Störungen und Fibromyalgie ein. Charakteristisch sei hierbei jeweils das Vorliegen diffuser Symptome und Schmerzempfindungen, zu denen psychische Beschwerden (wie z. B. stark ausgeprägte Ängste oder Depressionen) hinzukämen und die Begutachtung komplex machten. Die Beziehung zwischen Patient und Behandler/Begutachter sei häufig von einem Hoffnungs-Enttäuschungszyklus<sup>14</sup> geprägt, der nicht selten zu einem sog. „Doktor(s)hopping“<sup>15</sup> der Betroffenen führe. Problematisch sei auch, dass somatoforme Störungen gesellschaftlich noch oft falsch als eingebildete Störungen angesehen würden, obwohl bei den Patienten nachweisbare Symptome vorliegen.<sup>16</sup> Als besondere Schwierigkeit bei der Begutachtung beschrieb er zudem die Unzulänglichkeit der ICD-10 bei der Bewertung des Ausmaßes chronischer Erkrankungen, da diese die psychosomatisch geprägten Schmerzen nicht hinreichend abbilde. Stattdessen hielt der Referent die Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells (ICF) für unabdingbar, mit der die

---

<sup>11</sup> Für einen Überblick vgl. auch Widder, Egle, Foerster, Schiltenswolf, Leitlinien für die Begutachtung von Schmerzen (Version 9.21), Aktuelle Neurologie 2005; 32(3): 149–154.

<sup>12</sup> Vgl. Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung, 2017, S. 23, abrufbar unter [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/339288/publication-File/64601/pospap\\_psych\\_Erkrankung.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/339288/publication-File/64601/pospap_psych_Erkrankung.pdf) (zuletzt abgerufen am 29.08.2017), DAK. Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den Arbeitsunfähigkeitstagen in Deutschland in den Jahren 2010 bis 2016: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/77239/umfrage/krankheit--hauptursachen-fuer-arbeitsunfaehigkeit> (zuletzt abgerufen am 29.08.2017).

<sup>13</sup> Vgl. hierzu auch Robert-Koch Institut, Häufigste psychische Erkrankungen in Deutschland nach Geschlecht im Jahr 2011: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/234025/umfrage/haeufigste-psychisch-erkrankungen-in-deutschland-nach-geschlecht> (zuletzt abgerufen am 29.08.2017); Der Bundes-Gesundheitssurvey (GHS-MHS), 12-Monatsprävalenz nach Diagnose, Wittchen u. Jacobi, 2001.

<sup>14</sup> Dazu im Einzelnen Schäfer, Henningsen, Vortrag vor der Norddeutschen Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie (NGaT), Bad Malente, Curtius Klinik am 12.11.2005, S. 12, Präsentation abrufbar unter <http://www.ngat.de/download/0511SchaefertHenningsen.pdf> (letzter Aufruf am 29.08.2017).

<sup>15</sup> Gemeint ist das mehrfache und wiederholte Aufsuchen von Allgemein- und Fachärzten, weil die Betroffenen sich nicht ausreichend untersucht und behandelt fühlen.

<sup>16</sup> Vgl. Gründel, Valet, Sorg, Huber, Sprenger, Tölle, Psychosomatic Medicine (Abstract), 2005.

komplexen Beeinträchtigungen bei chronischen psychischen Störungen gut beschrieben werden könnten.<sup>17</sup>

## 2. Spannungsfeld Leitlinien/Empfehlungen versus Physiologie – ein Beitrag für die Gutachterpraxis

Ihm schloss sich **Prof. Dr. med. Uwe Schulte-Sasse** (Arbeitsgemeinschaft für Arztrecht, Karlsruhe) mit seinem Vortrag „Spannungsfeld Leitlinien/Empfehlungen versus Physiologie – ein Beitrag für die Gutachterpraxis – voraussehbare Patientenschädigung in Gegenwart kostensparender/erlösoptimierender Organisationsstrukturen in Arztpraxen und Krankenhäusern“<sup>18</sup> an. Er verdeutlichte an Beispielen aus der Anästhesie, der Geburtshilfe und dem Umgang mit multiresistenten Erregern (wie z. B. MRSA) auf Intensivstationen (ITS) die Diskrepanz zwischen Leitlinien und tatsächlich möglichen Handlungspraktiken. Als wesentliches Problem beschrieb er, dass die Anforderungen in Leitlinien praktisch meist nicht umsetzbar seien. Regelmäßig fehle es schon an dem verlangten Fachpersonal und den erforderlichen finanziellen Mitteln. Zudem zeige sich anhand einiger Fälle, dass selbst durch strikt leitlinienkonformes Verhalten Komplikationen und daraus resultierende Schädigungen der Patienten nicht restlos ausgeschlossen werden können, da die Spezialität und Unvorhersehbarkeiten des menschlichen Körpers jede Behandlung wesentlich mitbeeinflussten. In der Rechtspraxis ließe sich ferner beobachten, dass zwar nach wie vor individuelle Behandlungs- und Aufklärungsfehler das Haftungsrecht bestimmten, zunehmend aber Organisationsfehler der Einrichtungen für die Fehlentscheidungen der handelnden Ärzte und Pfleger verantwortlich seien.<sup>19</sup> Für den Gutachter ergebe sich dabei die Aufgabe, sorgfältig gegenüberzustellen, was in dem konkreten Einzelfall medizinisch geboten war und welche strukturellen Mindestanforderungen sich in Leitlinien und Empfehlungen formuliert finden. Das Gericht hingegen müsse anhand dessen nachvollziehen und bewerten, ob ein verschuldetes Fehlverhalten des Personals und/oder des Klinikträgers gegeben sei. Weiterhin obliege es dem Gericht zu entscheiden, ob und inwieweit der Patient über Mängel in der Infrastruktur der behandelnden Einrichtung hätte aufgeklärt werden müssen (§ 630e BGB). Grundsätzlich geboten sei dies jedenfalls immer dann, wenn eine medizinische Auswirkung der Defizite in Betracht komme.<sup>20</sup>

---

<sup>17</sup> Vgl. dazu auch BAR: Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen, 2010, S. 12 f. und 22–23, [http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe\\_Psych.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe_Psych.pdf) (zuletzt aufgerufen am 29.08.2017) sowie veranschaulichend BAR: ICF-Praxisleitfaden 4, 2016, S. 27 f., abrufbar unter <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/icf-praxisleitfaeden/downloads/BroschuereICF4.web.pdf> (zuletzt abgerufen am 29.08.2017).

<sup>18</sup> Vgl. Schulte-Sasse/Kudlich/Koch (Hrsg.), Schicksal ist, wenn man in der falschen Einrichtung versorgt wird, in: Ökonomie, medizinische Standards und rechtliche Haftung, Nomos, Baden-Baden 2017, S. 73 ff. (im Erscheinen, Stand August 2017).

<sup>19</sup> Vgl. Ulsenheimer, Auf dem Pulverfass – Risiko und Risikominimierung für Geschäftsführer, Vortrag am 18.11.2015 auf der MEDICA Düsseldorf, <http://www.deutscher-krankenhaus-tag.de/images/pdf/2015/Ulsenheimer.pdf> (zuletzt abgerufen am 29.8.2017).

<sup>20</sup> Vgl. OLG Köln, Urt. v. 16.3.1978 – 18 U 198/77, NJW 78, 1690; Neelmeier, Die einrichtungsbezogene Patientenaufklärung, NJW 2013, 2230–2233.

### III. Medizinrecht und Gutachterpraxis (Block III)

**Prof. Dr. iur. Bernd-Rüdiger Kern** (Institut für Recht und Ethik in der Medizin, Leipzig) thematisierte in seinem abschließenden Vortrag die **Zurechenbarkeit von Vorschädigungen in der Zusammenhangsbegutachtung aus juristischer Sicht**. Dabei benannte er die Zusammenhangsbegutachtung als besondere Gutachtenkategorie, bei der die Fragen nach der Kausalität sowie der Beweisbarkeit im Zentrum stünden. Die Begutachtung erfolge dabei in zwei wesentlichen Schritten: Zuerst werde die Kausalität des Unfallereignisses nach den Kausalitäts- und Zurechnungsgrundsätzen ausgemacht, anschließend die Wesentlichkeit des Ereignisses für die konkrete Schädigung bestimmt. Kausal sei ein Geschehen grundsätzlich dann, wenn es nicht hinweg gedacht werden könne, ohne dass der konkrete Erfolg entfiele (Äquivalenztheorie / "conditio-sine-quanon-Formel"). Dieser Ansatz sei jedoch sehr hypothetisch und daher mittels Adäquanztheorie und dem Schutzzweck der Norm einzuschränken.<sup>21</sup> Wesentlich sei ein Unfallereignis laut dem Referenten z. B. dann, wenn es wegen Ausmaß und Schwere sowie im Hinblick auf den Vorschaden so bedeutsam sei, dass es nicht durch alltägliche Belastungen ersetzt werden könne, eine Vorschädigung nicht sicher feststellbar sei oder auch ein gesunder Körperteil geschädigt worden wäre. Bei etwaigen Vorschädigungen müsse in der Begutachtung genau zwischen einer **Schadenslage** (= *klinisch stumme Krankheitsdisposition, die, um krankhaft zu werden, noch eines äußeren Anstoßes bedarf*) und einer **Vorerkrankung** (= *klinisch manifeste Erkrankung, die bereits symptomatisch war, mit oder ohne Behandlungsbedürftigkeit*) differenziert werden. Bei einer Schadenslage gelte das „Alles-oder-Nichts-Prinzip“. Ergebe sich also bei der Begutachtung, dass das schädigende Unfallereignis aus rechtlicher Sicht wesentliche Ursache für den geltend gemachten Gesundheitsschaden sei, bestehe der Anspruch auf Entschädigung in vollem Umfang. Liege hingegen eine Vorerkrankung vor, die durch das Unfallereignis wesentlich verschlimmert würde, erfolge die Entschädigung entsprechend dem Verschlimmerungsanteil.<sup>22</sup>

---

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.  
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).

---

---

<sup>21</sup> Vgl. zu alledem ausführlich z. B. Grüneberg, in: Palandt, 75. Auflage, 2016, Vorb. v. § 249, Rn. 24–29.

<sup>22</sup> Vgl. hierzu BGH, Urt. v. 19.04.2005 – VI ZR 175/04, VersR 2005, 945; OLG Hamm, Urt. v. 31.01.2000 – 13 U 90/99, NJW 2000, 1278; OLG Köln, Beschl. v. 02.07.2013 – I – 19 U 59/13, VersR 2014, 465; auch BGH, Urt. v. 13.06.2013 – IX ZR 155/11, MDR 2013, 1097.