



CME

Zertifizierte Fortbildung

Außergerichtliche Gutachten- erstellung in Praxis- und Klinikalltag

M. Heufelder¹ · H.-T. Klemm^{2,3}

¹ Praxis für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, München, Deutschland

² Fachgesellschaft Interdisziplinäre Medizinische Begutachtungen e. V. (FGIMB), Bayreuth, Deutschland

³ Freies Institut für medizinische Begutachtungen Bayreuth/Erlangen, Bayreuth, Deutschland

Zusammenfassung

Ärzte/Ärztinnen stehen immer wieder vor der Aufgabe, Anfragen verschiedener Behörden und Versicherungsträger beantworten zu müssen. Zur Fehlervermeidung und zur effektiven Bearbeitung ist es notwendig, die unterschiedlichen geltenden Rahmen- und Rechtsbedingungen zu berücksichtigen. Ein Vergleich zwischen gesetzlichen und privaten Versicherungsanfragen zu Unfällen, Invalidität und Rente offenbart entscheidende Unterschiede sowohl in der Würdigung der vorliegenden Befunde als auch in ihrer späteren Auswertung. Selbst bei der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen im gesetzlichen und im privaten Rahmen oder bei Versicherungsschreiben zur medizinischen Notwendigkeit und zu Abrechnungsfragen bestehen Differenzen, die der Behandler kennen und beachten sollte. Werden private Begutachtungen gewünscht, ist Wert auf die neutrale und sachlich fundierte Auseinandersetzung mit dem Streitgegenständlichen Sachverhalt zu legen.

Schlüsselwörter

Versicherung · Unfall · Rente · Haftpflicht · Begutachtung

Online teilnehmen unter:
www.springermedizin.de/cme

Für diese Fortbildungseinheit
werden 3 Punkte vergeben.

Kontakt

Springer Medizin Kundenservice
Tel. 0800 77 80 777
(kostenfrei in Deutschland)
E-Mail:
kundenservice@springermedizin.de

Informationen

zur Teilnahme und Zertifizierung finden
Sie im CME-Fragebogen am Ende des
Beitrags.

Lernziele

Nach Lektüre dieses Beitrags ...

- kennen Sie grundlegende Unterschiede zwischen dem gesetzlichen und dem privaten Versicherungssektor,
- sind Sie für die Wichtigkeit der korrekten Dokumentation von Unfallschäden sensibilisiert,
- können Sie Ihre Auskunftspflicht gegenüber unterschiedlichen Versicherungsträgern korrekt zuordnen,
- werden Sie auch bei anstehenden Arzthaftungsfragen fachgerecht reagieren können.

Einleitung

Auch wenn die Pflicht zur Gutachtenerstellung kein fester Bestandteil der aktuellen Facharztweiterbildungsordnung ist, besteht dennoch für praktisch alle Ärzte/Ärztinnen immer wieder die Notwendigkeit, Anfragen verschiedener Behörden und Versicherungsträger korrekt zu beantworten. Vor dem Hintergrund dieser großteils unliebsamen und praxisfremden Pflicht ist es zur Fehlervermeidung und zur effektiven Bearbeitung der Anfragen notwendig, die geltenden unterschiedlichen Rahmen-/Rechtsbedingungen zumindest im Grundsatz zu kennen und zu berücksichtigen.

Besonders der Vergleich zwischen den „großen“ gesetzlichen und privaten Versicherungsanfragen zu Unfällen, Invalidität und Rente offenbart entscheidende Unterschiede sowohl in der Würdigung der vorliegenden Befunde als auch in der späteren Auswertung derselben. Hier kann es für alle Beteiligten (Versicherungsnehmer, Versicherer und Gutachter) zu sehr unangenehmen und teilweise teuren Konsequenzen kommen, wenn z. B. in der Begutachtung eines Arbeitsunfalls entscheidende Ausgangsbefunde fehlerhaft zugrunde gelegt und anschließend unkorrekt interpretiert werden. Hintergrund sind die im Folgenden dargestellten, teilweise historisch bedingten, unterschiedlichen gesetzlichen Vorgaben oder privaten Vertragsbedingungen der einzelnen Versicherungsträger.

Aber auch bei der eher alltäglichen Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen im gesetzlichen und im privaten Rahmen oder den mittlerweile immer inflationärer auftretenden prä- und postoperativen Versicherungsschreiben zur medizinischen Notwendigkeit und zu Abrechnungsfragen bestehen deutliche Unterschiede. Diese betreffen sowohl die Pflicht zur Beantwortung als auch die formale Bewertung der geplanten oder durchgeführten Therapie.

Nicht zuletzt kommt es immer wieder vor, dass Patienten und/oder deren Versicherungsträger mit Behandlungsergebnissen unzufrieden sind und zur Vermeidung oder zur Vorbereitung gerichtlicher Auseinandersetzungen private Begutachtungen wünschen. Auch hier lohnt es sich, im Bedarfsfall sorgfältig zu prüfen, welche (zahn-)medizinischen Maßnahmen bei der Begutachtung notwendig und legitim sind, bzw. welche Unterlagen zugrunde gelegt und welche Fragen bewertet werden sollen.

Gesetzliche Unfallversicherung

Die gesetzliche Unfallversicherung (GUV) hat eine lange historische Entwicklung in Deutschland genommen.

Nachdem Meister bereits seit mehr als 500 Jahren Beiträge zur Unterstützung von verletzten Gesellen, Witwen und Waisen in sog. „Büchsen“ gezahlt hatten, wurde im Rahmen der industriellen Revolution 1884 das erste Unfallversicherungsgesetz verabschiedet. Die Sozialgesetze Bismarcks verpflichteten Unternehmer, **Berufsgenossenschaften** zu gründen und sie mit (Versicherungs-)Beiträgen zu finanzieren. Im Gegenzug stellten die Genossenschaften die Unternehmer im Fall von Unfällen von der zivilrechtlichen Haftung auf Schadensersatz frei und zahlten den verunfallten Versicherungsnehmern „Restitutions- und Kompensationsleistungen“. Dieses Prinzip gilt bis heute.

Extrajudicial expert assessment in the practice and clinical routine

Physicians are often confronted with the task of having to answer queries from various authorities and insurance companies. In order to avoid errors and for effective processing it is necessary to consider the different framework and legal conditions that are applicable. A comparison between statutory and private insurance queries on accidents, disabilities and pensions reveals decisive differences in the appraisal of available findings as well as in their later evaluation. Even in the issuing of certification of incapacity to work in the statutory and private contexts or in insurance letters on medical necessity and in billing questions, there are differences which the physician should know and take into account. If private expert opinions are required importance should be placed on the neutral and objectively founded examination of the contested facts and circumstances.

Keywords

Insurance · Accident · Pension · Liability · Expert opinion

Ab 1925 wurde die erste Berufskrankheitsverordnung mit damals 11 (heute 80) anerkannten Krankheiten erstellt, 1925 wurden Wegeunfälle in das gesetzliche Unfallversicherungsrecht einbezogen und 1996 schließlich die Reichsversicherungsordnung durch das heute gültige **Sozialgesetzbuch VII** ersetzt.

Eingeschlossen in die gesetzliche Unfallversicherung (pflichtversichert) sind heutzutage gemäß §2 SGB VII [1] neben allen abhängig Beschäftigten auch Auszubildende, Kinder, Schüler, ehrenamtlich tätige Personen, Nothelfer und viele, teilweise freiwillig versicherte Personenkreise (www.dguv.de/de/versicherung/versicherte_personen/index.jsp). Im Arbeitsalltag ist es deshalb wichtig, immer zu bedenken, dass nicht nur der klassische Arbeitsunfall unter den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung fällt, sondern auch viele andere Unfallverletzte Anspruch auf Dokumentation und Behandlung nach den Regeln der GUV haben können.

Bei einem sog. **Arbeitsunfall** handelt es sich um „ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis, das zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führt“ [2]. Wichtig im versicherungsrechtlichen Kontext sind die Definitionen z. B. der „Plötzlichkeit“ und der „von außen wirkenden Kraft“. Diese Aspekte sind juristisch vorgegeben und nicht allein mit dem medizinischen Sachverstand zu bewerten. So ist z. B. die sich am Wochenende sekundär infizierende Handschwiele des Maurers, zugezogen während einer Arbeitsschicht als „ausreichend plötzlich“ und damit als Arbeitsunfall zu werten; der akute Herzinfarkt seines Kollegen am Bau jedoch als sogenannte „innere Ursache“ und somit nicht als Arbeitsunfall anzuerkennen.

Da der unfallbedingte Gesundheitsschaden von Anfang an eindeutig und nachvollziehbar gesichert sein muss, ist es für jeden klinisch tätigen Kollegen entscheidend, alle Beschwerden und von der Norm abweichende Befunde des Patienten bereits beim Erstkontakt sorgfältig klinisch und, falls nötig, mithilfe bildgebender Verfahren zu untersuchen und zu dokumentieren. Allzu oft kommt es allerdings vor, dass Beschwerden im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich, wie z. B. Kiefergelenkverletzungen und Zahnschäden, in der Notaufnahme einer Klinik vom diensthabenden Arzt/von der

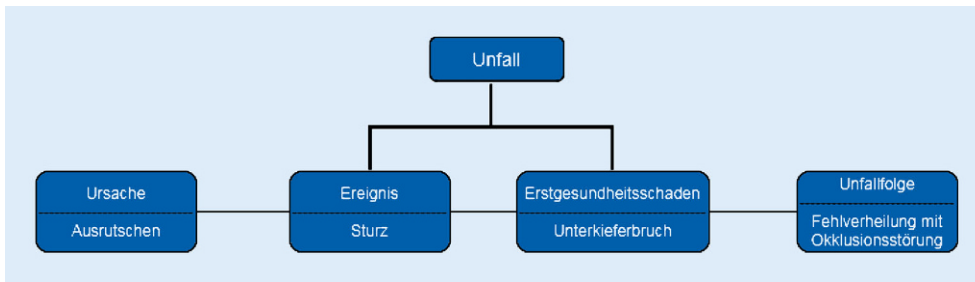


Abb. 1 ◀ Ursache-Wirkung-Beziehung beim Versicherungsfall „Unfall“. (Mit freundl. Genehmigung © H.-T. Klemm, alle Rechte vorbehalten)

diensthabenden Ärztin übersehen werden. Prellmarken und andere Zeichen einer pathologischen Krafteinleitung im Kopf-Hals-Bereich werden von zahnärztlicher Seite aus nicht umfassend dokumentiert oder erst verspätet der weiterführenden Diagnostik und Therapie zugeführt. Dies kann zur Folge haben, dass Unfallverletzungen – unabhängig von ihrer Entstehung, vom Ausmaß und von der späteren Relevanz für den Versicherten – nicht als **Primär- oder Erstgesundheitsschaden** im sog. Vollbeweis gesichert werden können; was dazu führen würde, dass auch keine Unfallverletzungsfolgen zur Anerkennung kommen können.

Es wird daher dringend empfohlen, bei jedem Unfallereignis anhand standardisierter Unfallbögen, z. B. der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK, [3]) oder der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV, [4]), sämtliche auffälligen Befunde akribisch zu dokumentieren.

Im weiteren Krankheitsverlauf kommt es regelmäßig vor, dass die Versicherungsträger auch bei Erstbehandlern die spätere Begutachtung beauftragen, was grundsätzlich problemlos möglich ist. Entscheidend ist allerdings, dass sich der im Berufsalltag primär kurativtätige Arzt nun über seinen Rollenwechsel vom Therapeuten zum neutralen, objektiven Gutachter bewusst sein muss. Während der Arzt als Behandler primär auf der Seite des Patienten gegen die Unfallverletzungsfolgen „kämpft“, wird er im Begutachtungsfall plötzlich dem Patienten und seinen Unfallverletzungsfolgen gegenüberstehen [5]. Empathische Äußerungen oder wohlwollende Beurteilungen setzen den Gutachter dann dem berechtigten Vorwurf der Befangenheit aus.

Bei der Begutachtung im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung geht es im Rahmen einer **Zusammenhangsbegutachtung** v. a. um die Klärung von **Kausalitätsfragen**, wie z. B.: „Kann der gesicherte Erstgesundheitsschaden durch das angegebene (Unfall-)Ereignis hervorgerufen worden sein?“ und „Lagen Vorerkrankungen im Sinn von konkurrierenden Ursachen (z. B. Zahnlockerungen, Kiefergelenksbeschwerden, o. Ä.) vor?“ Der Gutachter sollte dazu die verschiedenen Aspekte der Ursache-Wirkung-Beziehung beim Arbeitsunfall verinnerlicht haben (**Abb. 1**).

Die häufigsten Fehler geschehen, wenn der Gutachter versucht, die Unfallursache oder das Unfallereignis selbst zu ermitteln. Beide Aspekte müssen aber vom Versicherer vorgegeben und vom Gutachter identisch übernommen werden.

Die gutachtliche Prüfung beginnt mit der Sicherung des Erstgesundheitsschadens, der im sog. **Vollbeweis** nachgewiesen sein muss.

Unter Beachtung möglicher Vorschädigungen genügt für die Benennung von Unfallverletzungsfolgen eine Wahrscheinlichkeit nach den Kategorien „hoch“, „mittel“ oder „gering“. Die (juristi-

sche) Bewertung, ob neben der **natürlichen Kausalität** auch die wesentliche Ursache gegeben ist, muss nach neuester Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, [6]) die Verwaltung und das Gericht vornehmen. Dies ist nicht (mehr) ärztliche Aufgabe.

Gelingt die Sicherung des Erstgesundheitsschadens und resultieren aus ihm Unfallverletzungsfolgen mit entsprechenden Funktionsstörungen, führt dies zu einer gutachtlichen Schätzung der **Minderung der Erwerbsfähigkeit** (MdE). Entscheidend ist das Prinzip der abstrakten Schadensberechnung, bei dem das individuelle, tatsächliche Leistungsvermögen jedes Versicherten vor dem Unfall mit 100% bewertet wird. Der Gutachter hat zu beurteilen, welche Bereiche des allgemeinen Arbeitsmarktes dem Versicherten aufgrund der Unfallfolgen nun verschlossen bleiben und dementsprechend seine allgemeine Erwerbsfähigkeit mindern.

In vielen Fachgebieten existieren für definierte Funktionsstörungen konsentrierte Einschätzungsempfehlungen, sog. MdE-Tabellen. Im Bereich der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und der Zahnheilkunde muss allerdings in Ermangelung konsentrierter Werte auf Vergleichswerte aus anderen Rechtsbereichen oder Fachgebieten zurückgegriffen werden [7, 8].

Die endgültige Festlegung der MdE erfolgt durch die Berufsgenossenschaft und führt zur Gewährung einer **Versichertenrente**, wenn die Erwerbsfähigkeit über die 26. Woche des Unfalls hinaus um mindestens 20% gemindert ist. Die Rente ist zunächst vorläufig, wird spätestens nach 3 Jahren überprüft und erst danach ggf. auf unbestimmte Zeit festgestellt; Anpassungen sind bei Besserung oder Verschlimmerung möglich.

Die Frage nach der besonderen beruflichen Betroffenheit des Versicherten ist in der GuV keine ärztlich-gutachtlich zu beantwortende Frage.

Berufskrankheiten sind eine klar definierte Untergruppe der arbeitsbedingten Erkrankungen. Gemäß geltender Verordnung [9] können Krankheiten der Zähne, der Haut und Schleimhäute durch chemische oder physikalische Einwirkung ins Fachgebiet der MKG-Chirurgie fallen. Zudem kann in der aktuellen Krisensituation bei der Infektion eines (zahn-)ärztlichen Mitarbeiters mit dem „severe acute respiratory syndrome coronavirus 2“ (SARS-CoV-2), der nachweislich der Infektionsgefahr in erhöhtem Maß ausgesetzt war, die Anerkennung als Berufskrankheit der Ziffer 3101 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung in Betracht kommen. Ein begründeter Verdacht muss also die Erstattung der ärztlichen Berufskrankheitenanzeige beim jeweiligen gesetzlichen Versicherungsträger nach sich ziehen.

Die Regeln für die Anerkennung einer Berufskrankheit unterliegen im Rahmen der Kausalitätsprüfung einem strengen Prüf-

schema [9]. Begutachtungen dazu sollten vorrangig von Kollegen mit fundierten Kenntnissen im Sozialrecht durchgeführt werden.

Gesetzliche Krankenversicherung

Grundsätzlich sind Vertragsärzte verpflichtet, gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Auskünfte zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zu erteilen sowie Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten zu erstellen [10]. Dies geschieht fast ausschließlich auf standardisierten Formularen und Vordrucken (**Vordruckvereinbarung**).

Sobald weitergehende, nichtstandardisierte Informationen zu Krankheitsverläufen, Kausalitätsfragen und zur Leistungsprüfung oder zur Begutachtung gestellt werden, ist Vorsicht geboten, da vorrangig Patientenrechte und der aktuelle Datenschutz berücksichtigt werden müssen. Die Beantwortung der zusätzlichen Fragen kann vom Vertrag(zahn-)arzt nach Einholung einer Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse und des Einverständnisses des Patienten zur Auskunftserteilung privat in Rechnung gestellt oder abgelehnt werden.

Auf die rechtlichen Vorgaben, z.B. bei der Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im Rahmen privat(zahn-)ärztlicher Leistungen wird auf die Ausführungen des Justitiars Prof. Dr. Müller in den *Rechtsinformationen 11/2019* verwiesen.

Private Unfallversicherung

Grundlage der privaten Unfallversicherung (PUV) ist ein zivilrechtliches Vertragsverhältnis zwischen Versicherungsnehmer und Unfallversicherer, die **Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen** (AUB). Ging es in den Anfängen (AUB 61) noch um das Versprechen des Versicherers einer Leistungserbringung bei *dauernder Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit*, geht es ab den AUB 88 um eine *dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit*. Seit Wegfall der Genehmigungspflicht der Versicherungsbedingungen durch die nationale Aufsichtsbehörde im Jahr 1994 sind im Zuge der Liberalisierung des EU-Binnenmarktes auch teilweise von den AUB-Musterbedingungen deutlich abweichende Vertragsgestaltungen auf dem Markt.

In der PUV ist der Begriff des Unfalls im Versicherungsvertragsgesetz in Übereinstimmung mit den AUB (Ziff. 1.3) definiert als ein „*plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, durch das die versicherte Person unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet*“ [11], sodass sich auch hier der Unfallbegriff aus dem Ereignis einerseits und der dadurch erlittenen unfreiwilligen Gesundheitsschädigung andererseits zusammensetzt. Zusätzlich ist eine erhöhte Kraftanstrengung im Sinne der Unfallfiktion dem Unfall gleichgestellt. Dieser erweiterte Unfallbegriff kommt aber regelmäßig nur zum Tragen im Bereich des Stütz- und Bewegungssystems. Die Formulierung der äußeren Einwirkung dient wie in der GUV der Ausklammerung von Vorgängen, die schadensstiftend im Körperinneren ablaufen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall).

Im Gegensatz zur GUV ist das Merkmal der Plötzlichkeit/zeitlichen Begrenzung aber nur zu bejahen, wenn das äußere Ereignis objektiv innerhalb eines kurz bemessenen Zeitraums

eingewirkt hat. Das Merkmal der Unfreiwilligkeit bezieht sich auf die durch das Ereignis bewirkte Gesundheitsschädigung und wird juristisch bis zum Beweis des Gegenteils regelhaft vermutet.

Während in der GUV das „Alles-oder-nichts-Prinzip“ gilt, genügt in der PUV für die Feststellung der Kausalität zwischen Unfallereignis und Erstgesundheitsschädigung die „*Mitursächlichkeit*“. Haben also Krankheiten oder Gebrechen beim Eintritt der Unfallverletzung, ihrem Ausmaß, beim späteren Heilverlauf oder der Entwicklung der Unfallverletzungsfolgen mitgewirkt, wird die aus dem Unfall resultierende Invalidität prozentual um diesen Mitwirkungsanteil gemindert.

Eine *Vorinvalidität* kann den Leistungsanspruch zusätzlich mindern, wenn z.B. die Okklusionsstörung eines Patienten nicht nur durch die in Fehlstellung verheilte Unterkieferfraktur bedingt ist, sondern vor dem Unfall bereits ein relevanter unbehandelter Fehlbiss vorlag.

Das Herzstück der Leistungsversprechen der PUV ist die **Invalidität**. Hierfür gibt es nach AUB feste Vorgaben. Vorrang hat bei der Beurteilung von Unfallverletzungsfolgen immer die sog. **Gliedertaxe**, in der bestimmte Invaliditätsgrade bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit von Körperteilen vorgegeben sind, wie beispielsweise für den Geruchs- und Geschmackssinn. Für andere Körperteile und Sinnesorgane – auch im Bereich des Mundes, des Kiefers und des Gesichts – richtet sich die Invaliditätsbemessung danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt sein wird. Diesbezüglich ist also immer bei der Einschätzung ein Vergleich mit bereits konsentierten Invaliditätsbemessungen aus anderen Fachrichtungen angezeigt. Aktuell werden seitens der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in Zusammenarbeit mit der Fachgesellschaft Interdisziplinäre Medizinische Begutachtung Bemessungsempfehlungen für das Fachgebiet der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie erarbeitet.

In Praxis- und Klinikalltag ist es wichtig zu wissen, wann einem an Unfallverletzungsfolgen leidenden Patienten welche Bescheinigungen ausgestellt werden können. So setzt der Anspruch auf Invaliditätsleistung voraus, dass die Invalidität regelhaft innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten, aber auch prognostisch dauerhaft sein muss (Invaliditätseintrittsfrist). Dauerhaft bedeutet in diesem Fall, dass die Beeinträchtigungen länger als 3 Jahre bestehen werden und eine Änderung dieses Zustands nicht erwartet werden kann.

Aus der Invaliditätsbescheinigung des Arztes müssen sich die vom Arzt angenommene Ursache der Invalidität und die Art ihrer Auswirkung auf die Gesundheit des Versicherten ergeben. Eine bloße Befunderhebung genügt den Anforderungen an eine Invaliditätsfeststellung nicht.

Weiter werden regelhaft Bescheinigungen zu vereinbarten **Tagegeldleistungen** vom Behandler verlangt. Es sollen damit Einkommenseinbußen wegen unfallbedingter Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ausgeglichen werden. Oder es sind für jeden Tag der unfallbedingten Krankenhausbehandlung entsprechende **Krankenhaustagegeldleistungen** vertraglich vereinbart, deren berechtigten Anspruch der Behandler zu bescheinigen hat. Auch hier gilt zu berücksichtigen, dass sich die Leistung prozentual mindert, wenn an der Notwendigkeit der Behandlung bzw.

des Krankenhausaufenthalts andere Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt haben.

Bei der Tagesgeldleistung ist wichtig zu wissen, dass die tatsächliche berufliche Tätigkeit des Versicherten eine Rolle spielt. Der eine Bescheinigung ausstellende Arzt muss entscheiden, ob und inwieweit der Versicherte in der Lage ist, die Tätigkeiten auszuüben, die seine spezielle berufliche Tätigkeit erfordert. Der Versicherer muss also vorgeben, von welchem Beruf im konkreten Fall auszugehen ist.

Berufsunfähigkeits-/Berufszusatzversicherung

Seit Abschaffung der gesetzlichen Berufsunfähigkeitsversicherung (BU) im Jahr 2001 gibt es nur noch die gesetzliche Erwerbsminderungsrente, die sich – für alle gleich – am allgemeinen Arbeitsmarkt orientiert. Dies führte zu einem Aufschwung der privaten Berufsunfähigkeitsversicherungen. Weitgehend unbekannt ist, dass es sich nicht um eine Schadenversicherung, sondern eine **Summenversicherung** handelt. Sie deckt also keinen Minderverdienst ab, und es kommt nicht darauf an, ob dem Versicherten ein finanzieller Schaden aus der Berufsunfähigkeit entsteht. Sie orientiert sich nicht am tatsächlichen Berufseinkommen, sondern es werden monatliche Geldbeträge versichert, die im Fall der Berufsunfähigkeit zu zahlen sind. Oft ist die Versicherung an den Abschluss einer Lebensversicherung gekoppelt.

Der Versicherer wirbt in Abgrenzung von den Regelungen der gesetzlichen Rentenversicherung damit, dass er keine **abstrakte Verweisung** vornimmt, dem Universitätsprofessor also nicht den Arbeitsplatz an einer Nebenpforte präsentiert. Wohl aber wird er auf eine nahezu gleichwertige Tätigkeit verweisen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und deren soziale Wertschätzung gegenüber der alten Tätigkeit nicht spürbar niedriger ist (**konkrete Verweisung**). Bruttoeinkommensminderungen bis zu 20 % werden als zumutbar betrachtet.

Der normierte Begriff der Berufsunfähigkeit aus dem Versicherungsvertragsgesetz basiert auf einer medizinischen, einer berufsbezogenen und einer zeitbezogenen Komponente. Der Zeitbezug grenzt von kurzfristiger Krankheit mit Arbeitsunfähigkeit ab, indem formuliert ist, dass entweder ein Dauerzustand vorliegen muss oder ein Zustand, der zumindest 6 Monate überdauernd ist. Beim Berufsbezug ist die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (Stichtagprinzip) entscheidend. Bezüglich der medizinischen Komponente hat der Gutachter zu beurteilen, ob der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall den zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er auch ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen ausgestaltet war, noch ausüben kann, oder ob diese Tätigkeit mindestens 50 % eingeschränkt ist. Dabei muss der Versicherte in zumutbarer Art und Weise an der Vermeidung einer Berufsunfähigkeit z. B. durch Tragen von Hilfsmitteln, Duldung einfacher und ungefährlicher Behandlungen oder Arbeitsplatzumgestaltungen mitwirken.

Regelhaft wird von Versicherern bereits im Vorfeld einer Begutachtung ein umfangreicher Fragenkatalog an den als Behandler angegebenen Arzt übersandt, aus dem sich für den Versicherer ergeben sollte, ob er vertiefend in eine weitere Leistungsprüfung, z. B. durch Beauftragung einer Begutachtung, eintreten muss.

Haftpflichtversicherung

Das Haftpflichtrecht legt die Voraussetzungen fest, unter denen ein Dritter haftet. In § 823 Abs. 1 des **Bürgerlichen Gesetzbuchs** (BGB) heißt es: „Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen Menschen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstandenen Schadens verpflichtet.“ Auch hier besteht eine untrennbare Einheit zwischen widerrechtlichem Handeln oder Unterlassen und dem Körperschaden. Der Unfall wird definiert als die plötzliche Einwirkung eines äußeren Tatbestands auf einen Menschen oder eine Sache, die eine Schädigung zur Folge hat.

Auch im Haftpflichtrecht muss der **Erstkörperschaden** objektiviert, gesichert und mit der haftungsbegründenden Handlung oder dem Unterlassen verknüpft sein. Führt beispielsweise eine Ohrfeige im Rahmen einer privaten Auseinandersetzung nicht zu einer nachweisbaren Verletzung, hat sich kein objektivierbarer Erstkörperschaden realisiert, und eine haftungsbegründende Schädigung kann nicht nachgewiesen werden. Die bloße Möglichkeit oder der Verdacht einer Körperverletzung begründet keine Schadensersatzpflicht (BGH, Urteil vom 17.09.2013, Az. VI ZR 95/13).

Ähnlich verhält es sich im **Arzthaftungsrecht**, in dem im Rahmen einer Trias neben einem (1) nachweisbaren körperlichen oder psychischen Gesundheitsschaden immer auch eine (2) Pflichtverletzung des Arztes und die (3) diesbezügliche Ursächlichkeit der Behandlung nachgewiesen werden müssen.

Private Krankenversicherung

Private Krankenversicherungen (PKV) sind als Vollversicherung substitutiv zur GKV oder als Zusatzversicherung additiv **Individualversicherungen**. Bei diesen werden im Gegensatz zur GKV die Beiträge nach dem Prinzip der individuellen Risikoäquivalenz kalkuliert. Das heißt, die erhobenen Beiträge und die kalkulierten individuellen Krankheitskosten der versicherten Leistungen sollen sich in der Summe über die Vertragslaufzeit entsprechen. Versicherbar sind grundsätzlich nur unvorhersehbare und zufällige Gesundheitsrisiken. Zum Zeitpunkt des Eintritts vorbestehende, bekannte oder vorhersehbare Krankheiten müssen entsprechend mit Karenzzeit ausgeheilt, generell ausgeschlossen oder mit Zuschlag berücksichtigt werden.

Hat der private Krankenversicherer einmal die Risiken geprüft und die Vertragsbedingungen festgelegt, bleibt er lebenslang an den Vertrag gebunden. Nur dem Versicherten steht das Recht zur Kündigung oder zur Vertragsänderung zu. Der Versicherer ist deshalb an einer möglich exakten Risikobewertung interessiert. Der Antragsteller ist hierbei häufig in einem Dilemma. Er muss einen umfangreichen Fragenkatalog des Versicherers wahrheitsgemäß beantworten und beispielsweise bei bekannten Vorerkrankungen mit Ablehnung, Leistungsausschluss oder besonderen Risikoprämien rechnen. Sind die Angaben unvollständig oder falsch, können nachträglich ernste Konsequenzen bis zur Kündigung des Versicherungsverhältnisses drohen. Ärztliche Aufgabe ist es deshalb immer, auf eine möglichst vollständige und korrekte Beantwortung der Versicherungsanfragen zu achten.

Private Krankenversicherungsunternehmen nehmen üblicherweise eine Entbindung der behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber der Gesellschaft in ihre Versicherungsverträge auf. Dies soll die Gesellschaften in die Lage versetzen, die für die Prüfung der Leistungspflicht benötigten ärztlichen Angaben zu beschaffen. Die Auskunftsbegreife betreffen neben der **Risikoprüfung** vorrangig die (1) Abgrenzung zu vertraglich nicht versicherten Leistungen, (2) zur medizinischen Notwendigkeit, (3) zur Arbeitsunfähigkeit und zur (4) Rechnungslegung.

Gemäß gültiger Rechtsprechung dürfen solche medizinischen Auskünfte erhoben werden, wenn im *Einzelfall* die Kenntnis der Daten für die Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich ist und der Versicherte eine entsprechende Einwilligung erteilt hat. Hierfür sollten – analog zum Vorgehen in der GKV – im Vorfeld eine Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse und das Einverständnis des Patienten zur konkreten Auskunftserteilung im Einzelfall eingeholt werden.

Privatgutachten

Bei dem Wunsch nach Begutachtung durch private Auftraggeber sollte immer penibel darauf geachtet werden, dass Gutachten nicht nachträglich durch Formfehler als Ganzes oder durch den berechtigten Vorwurf mangelnder Objektivität unnötig entkräftet werden. Denn wenngleich sämtliche Privatgutachten im Rechtsstreit immer als *parteilich* eingestuft werden und somit nie ein neutrales Sachverständigengutachten ersetzen können, darf keine – auch keine gerichtliche – Instanz ungesehen über dort geäußerte fachliche Argumente hinweggehen (BGH, Beschluss vom 11.03.2014 Az. ZB VI 22/13).

Es empfiehlt sich daher bei der Erstellung von Privatgutachten sorgfältig darauf zu achten, dass

1. keine unnötige Gefahr der Befangenheit z. B. durch eigene (Vor-)Behandlungen besteht,
2. die relevanten *Sachverhalte* möglichst *vollständig* und nachvollziehbar aufgelistet werden,
3. fachlich relevante *Befunde* *objektiv* ausgewertet werden sowie
4. *die gutachtlichen Fragen* klar formuliert und in der gutachterlichen Bewertung möglichst *eindeutig beantwortet* werden.

Durch eine entsprechend neutrale und sachlich fundierte Auseinandersetzung mit dem Streitgegenständlichen Sachverhalt kann es auch auf der Basis knapp gehaltener Privatgutachten oft gelingen, Rechtsstreitigkeiten außer- bzw. vorgerichtlich (mit oder ohne Versicherungsbeteiligung) beizulegen.

Unabhängig davon soll an dieser Stelle abschließend nochmals ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass ein Großteil der heute anhängigen (gerichtlichen) Rechtsstreitigkeiten daraus resultiert, dass Behandlungsergebnisse von Fachkollegen für den Patienten eindeutig nachvollziehbar negativ beurteilt werden. Erst diese abwertende Einschätzung durch einen vermeintlich qualifizierten Nachbehandler führt oftmals dazu, dass sich Patienten dazu ermutigt fühlen, einen Behandlungsfehler zu vermuten.

Es wird daher speziell im Umgang mit unbefriedigenden und komplikationsbehafteten Behandlungsverläufen sowie versicherungsrelevanten Unfall- und Krankheitsfolgen dringend um ei-

ne **reflektierte Wortwahl** und eine im Grundsatz kollegiale Arbeitseinstellung gebeten. Es nützt dem Patienten oder Probanden viel mehr, wenn durch objektives und **wertneutrales Handeln** Rechtsfrieden dauerhaft erhalten oder effizient geschaffen wird. Qualifizierte Gutachten in den oben genannten außergerichtlichen Bereichen tragen maßgeblich dazu bei.

Fazit für die Praxis

- Bei jedem Unfallereignis sollten sämtliche auffälligen Befunde bereits beim Erstkontakt umfassend und standardisiert dokumentiert werden.
- Anknüpfungstatsachen sind grundsätzlich vom Auftraggeber vorzugeben; der ärztliche Sachverständige hat diesbezüglich kein Ermittlungsrecht.
- In der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) richtet sich die „Schadensbemessung“ nach der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, in der privaten Unfallversicherung (PUV) nach der Invalidität.
- Anfragen von Krankenversicherungen unterliegen sehr unterschiedlichen Rechtsnormen, weshalb im Vorfeld die gesetzlichen Bestimmungen zu Patientenrecht und Datenschutz berücksichtigt werden sollten.
- Eine kollegiale Wortwahl und qualifizierte gutachtliche Stellungnahmen auch bei außergerichtlichen Gutachten tragen maßgeblich zum Rechtsfrieden in Praxis- und Klinikalltag bei.

Korrespondenzadresse



Dr. M. Heufelder

Praxis für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
München, Deutschland
gutachten@dgmkg.de
gutachten@dr-heufelder.de

Dr. M. Heufelder ist Referatsleiter Gutachterwesen der DGMKG.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Gemäß den Richtlinien des Springer Medizin Verlags werden Autoren und Wissenschaftliche Leitung im Rahmen der Manuskripterstellung und Manuskriptfreigabe aufgefordert, eine vollständige Erklärung zu ihren finanziellen und nichtfinanziellen Interessen abzugeben.

Autoren. M. Heufelder: Finanzielle Interessen: Referentenhonorar oder Kostenersatzung als passiver Teilnehmer: Referentenhonorar durch DGMKG | Bezahlter Be-

rater/interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger: Leiter des Gutachterreferats der DGMKG. Nichtfinanzielle Interessen: niedergelassener Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg (ÜBAG Dres. Heufelder-Schätzle) | angestellter Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg (Praxis Dr. Dr. Tudor) | Referatsleiter Gutachterwesen der DGMKG | wiss. Beirat FGIMB | Gutachter im Gutachterreferat der BLZK. **H.-T. Klemm:** Finanzielle Interessen: Referentenhonorar oder Kostenerstattung als passiver Teilnehmer: Referentenhonorar und Reisekostenerstattung im Rahmen leitender Tätigkeit bei Sitzungen, Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen zu Themen der gutachterlichen Fortbildung, insbesondere auch im Zuge der „strukturierten curricularen Fortbildung Medizinische Begutachtung“ der Bundesärztekammer, z. B. bei der Ärztekammer Berlin. Nichtfinanzielle Interessen: freiberuflicher Mediziner | Leiter Freies Institut für medizinische Begutachtungen in Bayreuth/Erlangen | Vorsitzender FGIMB.

Wissenschaftliche Leitung. Die vollständige Erklärung zum Interessenkonflikt der Wissenschaftlichen Leitung finden Sie am Kurs der zertifizierten Fortbildung auf www.springermedizin.de/cme.

Der Verlag erklärt, dass für die Publikation dieser CME-Fortbildung keine Sponsorengelder an den Verlag fließen.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – §2 Versicherung kraft Gesetzes. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_7/_2.html. Zugegriffen: 28.06.2020
2. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – §2 Versicherung kraft Gesetzes. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_7/_8.html. Zugegriffen: 28.06.2020
3. Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) Erfassungsfomular Frontzahntrauma“ und „Kieferbruchformular. <https://www.dgzmk.de/formulare-fuer-ihre-praxis>. Zugegriffen: 28.06.2020
4. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) A1162 – Zahnschaden. www.dguv.de/medien/formtexte/aerzte/a_1162/a1162.pdf. Zugegriffen: 28.06.2020
5. Fabra M (2004) Der psychische Querschnittsbefund, Dreh- und Angelpunkt psychiatrisch-psychotherapeutischer Begutachtung. *Versicherungsmedizin* 56(3):115–122
6. Bundessozialgericht „Gesetzliche Unfallversicherung“ Az.: B 2 U 27/11 R, Urteil vom 13. Nov. 2012
7. Schönberger, Mehrrens, Valentin (2016) Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. Erich Schmidt Verlag, Berlin
8. Fritze M (2012) Die ärztliche Begutachtung, 8. Aufl. Springer, Berlin
9. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz Berufskrankheiten-Verordnung. <https://www.gesetze-im-internet.de/bkv>. Zugegriffen: 28.06.2020
10. Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) und Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z) „Schriftliche Informationen“ BMV-Ä: §36 Abs(1) „Rechte und Pflichten der Vertragszahnärzte“ BMV-Z: §8 Abs(4)ff.
11. Gesetz über den Versicherungsvertrag – Versicherungsvertragsgesetz (VVG) „Leistung des Versicherers“ §178 (2) https://www.gesetze-im-internet.de/vvg_2008/_178.html



Außergerichtliche Gutachten-erstellung in Praxis- und Klinikalltag

Zu den Kursen dieser Zeitschrift: Scannen Sie den QR-Code oder gehen Sie auf www.springermedizin.de/kurse-der-mkg-chirurg

? Welche der folgenden Aussagen zur gesetzlichen Unfallversicherung trifft zu?

- Mit der Abschaffung der Reichsverordnung durch das Sozialgesetzbuch V wurden alle Berufsgenossenschaften aufgelöst und in die gesetzliche Unfallversicherung überführt.
- Berufsgenossenschaften werden von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu gleichen Teilen finanziert.
- Berufsgenossenschaften helfen den Arbeitnehmern im Schadensfall bei der Durchsetzung ihrer Ansprüche gegenüber dem Arbeitgeber.
- Per Definition ist jeder Arbeiter in Deutschland automatisch Mitglied in der gesetzlichen Unfallversicherung.
- Auch Arbeitgeber können sich in der gesetzlichen Unfallversicherung anmelden und freiwillig in einer Berufsgenossenschaft versichert werden.

? Ein abhängig beschäftigter Maurer erhält während der Arbeitszeit beim Gang zur Toilette durch eine sich öffnende Tür einen Schlag auf den rechten Unterkiefer. Bei fehlendem radiologischem Anhalt auf eine Unterkieferfraktur am Folgetag entwickelt der Maurer nach mehreren Monaten chronische Kiefergelenkbeschwerden. Welche der folgenden Aussagen zur Bewertung des Unfallgeschehens trifft zu?

- Der Unfall ereignete sich außerhalb der Arbeitszeit und fällt daher nicht unter den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung.
- Der Unfall ereignete sich im Rahmen der gesetzlich versicherten Tätigkeit und muss daher als Freizeitschaden anerkannt werden.
- Ohne radiologisch gesicherten Primärschaden am Kiefergelenk kann später keine Unfallfolge anerkannt werden.
- Auch klinische Traumafolgen ohne radiologisches Korrelat, wie Prellmarken und Funktionseinschränkungen, können bei entsprechend gesicherter Dokumentation als Primärschaden anerkannt werden.
- Ein hart arbeitender Arbeitnehmer sollte im Zweifelsfall, wenn möglich, immer eine Entschädigung für Unfälle am Arbeitsplatz erhalten.

? Die Folgen eines Arbeitsunfalls sollen auf Anfrage der zuständigen Berufsgenossenschaft begutachtet werden. Der betroffene Proband ist Koch und leidet unter einer stark eingeschränkten Mundöffnung mit Taubheitsgefühl und Geschmacksstörungen nach komplexer Unterkieferfraktur mit Schaden im Ausbreitungsgebiet des N. trigeminus und N. lingualis. Welche der folgenden Aussagen zur Schadensbewertung trifft zu?

- Entscheidend in der finalen Begutachtung ist nicht die Funktionseinschränkung, sondern das tatsächliche Ausmaß der Zerstörung der betroffenen Strukturen.
- Nach Klärung der Kausalitätsfragen wird die funktionelle Einschränkung (Mundöffnung, Taubheitsgefühl und Geschmacksstörung) in einer individuellen Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) des Probanden zusammengefasst.
- Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) besteht auch dann, wenn der Koch bei ungesichertem Erstgesundheitschaden trotz Funktionseinschränkungen weiterarbeitet.
- Im gesetzlichen Versicherungsrecht mindert bei einem Koch ein Lingualschaden die Erwerbsfähigkeit mehr als bei anderen Betroffenen.
- Alle Schäden werden anhand von Tabellen in der Gliedertaxe bewertet.

? Welche Voraussetzung muss für die Auszahlung einer Versichertenrente bei Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben sein?

- Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 20% über die 26. Woche hinaus
- Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 10% über die 26. Woche hinaus
- Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 20% über die 6. Woche hinaus
- Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 26% über die 20. Woche hinaus

Informationen zur zertifizierten Fortbildung

Diese Fortbildung wurde von der Ärztekammer Nordrhein für das „Fortbildungszertifikat der Ärztekammer“ gemäß § 5 ihrer Fortbildungsordnung mit **3 Punkten** (Kategorie D) anerkannt und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig. Nach den Leitsätzen zur zahnärztlichen Fortbildung werden ärztliche Fortbildungspunkte auch von den Zahnärztekammern anerkannt (entsprechend Position F der

Punktebewertung von Fortbildungen der BZÄK/DGZMK).

Anerkennung in Österreich: Für das Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) werden die von deutschen Landesärztekammern anerkannten Fortbildungspunkte aufgrund der Gleichwertigkeit im gleichen Umfang als DFP-Punkte anerkannt (§ 14, Abschnitt 1, Verordnung über ärztliche Fortbildung, Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) 2013).

Hinweise zur Teilnahme:

- Die Teilnahme an dem zertifizierten Kurs ist nur online auf www.springermedizin.de/cme möglich.
- Der Teilnahmezeitraum beträgt 12 Monate. Den Teilnahmeschluss finden Sie online beim Kurs.
- Die Fragen und ihre zugehörigen Antwortmöglichkeiten werden online in zufälliger Reihenfolge zusammengestellt.

- Pro Frage ist jeweils nur eine Antwort zutreffend.
- Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen richtig beantwortet werden.
- Teilnehmen können Abonnenten dieser Fachzeitschrift und e.Med- und e.Dent-Abonnenten.

- Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 10 % über die 20. Woche hinaus

? Welche der folgenden Aussagen zum frontalen Plattenepithelkarzinom eines Gärtners im Hinblick auf eine mögliche Berufskrankheit trifft zu?

- Die Anerkennung als Berufskrankheit setzt voraus, dass im Rahmen einer Kausalitätsbegutachtung mit ausreichender Sicherheit nachgewiesen werden kann, dass die berufliche Exposition mit UV-Strahlen wesentliche Ursache für die Karzinomentstehung war.
- Der Antrag auf die Anerkennung als Berufskrankheit wird von der Krankenkasse bei der zuständigen Berufsgenossenschaft gestellt und vom jeweiligen Arbeitgeber begutachtet.
- Plattenepithelkarzinome der Haut sind bis heute keine anerkannte Berufskrankheit.
- Alle derzeit anerkannten Berufskrankheiten stehen, einzeln aufgelistet, in einer gesetzlichen Verordnung, die genau definiert, welche Berufsgruppe unter welchen Bedingungen ein Versorgungsleiden als Berufskrankheit anerkannt bekommen kann.
- Maligne Hauttumoren können durch Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen fachgerecht diagnostiziert und therapiert werden. Die Anerkennung als Berufskrankheit findet aber auf dem Fachgebiet der Dermatologie statt, da dort die entsprechenden Durchgangs(D)-Ärzte und Prüf-schemata verankert sind.

? Ein Patient bittet Sie, ein Schreiben seiner gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu beantworten. Welche der folgenden Aussagen trifft zu?

- Vertragsärzte sind nicht verpflichtet, gesetzlichen Krankenkassen unangenehme Auskünfte über ihre Versicherten zu erteilen, wenn keine gültige Schweigepflichtentbindung vorliegt und diese sich dagegen wehren.
- Vor der Beantwortung des Versicherungsschreibens sollten auf jeden Fall eine aktuelle Schweigepflichtentbindung und eine schriftliche Kostenübernahmeerklärung vom Versicherten eingeholt werden.

- Standardisierte formularhafte Anfragen von gesetzlichen Krankenversicherungen müssen vom Vertrags-(zahn)arzt gemäß Bundesmantelvertrag (BMV) entgeltlos beantwortet werden.
- Auch kurze, formale Bescheinigungen der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) können gemäß Vordruckvereinbarung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) liquidiert werden.
- Gesetzlich versicherte Patienten, die privatärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, haben keinen Anspruch auf Bescheinigungen der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV).

? Worin besteht ein Unterschied zwischen der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) und der privaten Unfallversicherung (PUV)?

- Die GUV bezahlt auch bei Freizeitunfällen.
- Die PUV berücksichtigt die „Mitursächlichkeit“.
- In der PUV gilt das „Alles-oder-nichts-Prinzip“.
- Die GUV bezahlt Erwerbsausfälle für maximal 3 Monate.
- Die PUV übernimmt stets 100 % der Arztkosten.

? Woran ist eine Berufsunfähigkeitsversicherung oft gekoppelt?

- Private Haftpflichtversicherung
- Rechtsschutzversicherung
- Lebensversicherung
- Private Krankenversicherung
- Private Unfallversicherung

? Ein Patient erleidet unverschuldet einen frontalen Autounfall mit Auslösen des Airbags. Zunächst erfolgt keine ärztliche Konsultation. Nach 3 Wochen klagt der Geschädigte nun neben Halswirbelsäulenbeschwerden über Schmerzen im Bereich des linken Kiefergelenks. Die von Ihnen heute durchgeführte klinische und radiologische Diagnostik ergibt keinen pathologischen Befund im MKG-Bereich. Welche der folgenden Aussagen zur (Kfz-)Haftpflichtversicherung trifft zu?

- Die aktuelle kranio-mandibuläre Dysfunktion ist mit Sicherheit durch das Anpralltrauma bedingt und damit entschädigungspflichtig.
 - Trotz fehlender Erstbefunde ist immer die Möglichkeit einer Verletzung im Sinne des Geschädigten zu unterstellen und somit eine Haftung des Schädigers zu begründen.
 - Auch bei gesichertem Vorliegen anderer Erstgesundheitschädigungen im Kopfhals-Gebiet ist bei fehlenden primären Verletzungszeichen am Kiefergelenk eine Anerkennung der späteren Kiefergelenksbeschwerden als Unfallfolge nicht möglich.
 - Bei vollständig fehlenden primären Verletzungszeichen auf sämtlichen Fachgebieten ist eine Erstgesundheitschädigung nicht zu sichern und folglich auch eine Anerkennung der späteren Kiefergelenksbeschwerden als Unfallfolge nicht möglich.
 - Die Regeln, wie im Schadensfall im Haftpflichtrecht zu verfahren ist, legt das Strafbuch fest.
- ? Worauf sollten Sie unbedingt achten, wenn Sie gebeten werden, ein Privatgutachten für einen Patienten zu erstellen?**
- Sachverhalte sollen möglichst knapp dargestellt werden.
 - Fachliche Befunde sollten Sie subjektiv bewerten.
 - Sie müssen nur die wichtigste Frage des Gutachtens beantworten.
 - Eigene Vorbehandlungen sollten unerwähnt bleiben.
 - Sie sollten die Gefahr der Befangenheit möglichst ausschließen.

Hier steht eine Anzeige.

