

# **LEITFADEN**

**für die Zusammenarbeit zwischen  
Krankenkassen und MDK  
bei Erstattungsansprüchen zwischen  
Krankenkassen und  
Unfallversicherungsträgern (KV/UV)**

Herausgeber:

Arbeitsgruppen

Ü1 - MedJur und M10 - MedJur

Herausgeber:  
Arbeitsgruppen Ü1-MedJur, M10-MedJur

c/o MDS e. V.  
Bereich Beratungsdienste  
45116 Essen  
Telefon: 02 01/83 27-0  
Telefax: 02 01/83 27-100

1. Ausgabe  
Stand: Juli 2000

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

Nachdruck, auch auszugsweise,  
ohne Genehmigung des  
Herausgebers nicht gestattet.

## **Inhaltsverzeichnis**

- 1 Zusammenarbeit bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten**
- 1.1 Allgemeiner Teil**
- 1.1.1 Vorwort**
- 1.1.2 Zuständigkeitsabgrenzung zwischen Kranken- und Unfallversicherung**
- 1.1.3 Erstattungsansprüche bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten**
- 1.1.4 Unterstützung der Versicherten**
- 1.1.5 Mitwirkung des MDK (Richtlinien über die Zusammenarbeit)**
- 1.2 Überblick über das System der Anspruchsvoraussetzungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten**
  
- 1.2.1 Sozialrechtliche Grundbegriffe der gesetzlichen Unfallversicherung**
  
- 1.2.2 Arbeitsunfall**
- 1.2.2.1 Gesetzliche Grundlage (§ 8 Abs. 1 SGB VII)**
- 1.2.2.2 Begriffsdefinition „Arbeitsunfall“**
- 1.2.2.2.1 Rechtliche Voraussetzungen**
- 1.2.2.2.2 Medizinische Voraussetzungen**
  
- 1.2.2.3 Hinweise für Begutachtungen bei Arbeitsunfällen**
- 1.2.2.3.1 Unfall und Vorschaden**
- 1.2.2.3.2 Unfall aus innerer Ursache**
- 1.2.2.3.3 Gelegenheitsursache**
- 1.2.2.3.4 Unfallbedingte Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens**
- 1.2.2.3.5 Abgrenzung von Unfallfolgen und Nichtunfallfolgen bei Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausbehandlung**

- 1.2.3 Berufskrankheit**
  - 1.2.3.1 Gesetzliche Grundlage (§ 9 Abs. 1 SGB VII)**
  - 1.2.3.2 Begriffsdefinition „Berufskrankheit“**
  - 1.2.3.3 Anerkennung „wie eine Berufskrankheit“ (§ 9 Abs. 2 SGB VII)**
  - 1.2.3.4 Beweiserleichterung nach § 9 Abs. 3 SGB VII**
  
- 1.2.4 Hinweise für Begutachtungen bei Berufskrankheiten**
  
- 2 Die Tätigkeit des MDK zur Unterstützung der Krankenkassen**
  - 2.1 Aufgaben der Krankenkassen bei Streitigkeiten mit dem UVT**
    - 2.1.1 Aufbereitung/Vervollständigung der Unterlagen**
    - 2.1.2 Beauftragung des MDK**
  - 2.2 Vorgehensweise**
  - 2.3 Anforderungen an ein sozialmedizinisches Gutachten**
  - 2.4 Flußdiagramm zur Vorgehensweise des MDK-Gutachters**
  
- 3 Datenschutzrechtliche Bestimmungen**
  - 3.1 Beachtung durch die Krankenkassen**
  - 3.2 Beachtung durch den MDK**

# **1 Zusammenarbeit bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten**

## **1.1 Allgemeiner Teil**

### **1.1.1 Vorwort**

Der Bereich der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten bietet im Zusammenwirken der Krankenkassen mit dem MDK ein weites und vielfältiges Betätigungsfeld. Dieser von Fachleuten der gesetzlichen Krankenversicherung und des MDK entwickelte Leitfadens ist darauf ausgerichtet, die Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und dem MDK im Sinne einer effizienten und erfolgreichen Bearbeitung von Erstattungsansprüchen zu verbessern.

### **1.1.2 Zuständigkeitsabgrenzung zwischen Kranken- und Unfallversicherung**

Im Verhältnis zwischen den Krankenkassen und den Trägern der Unfallversicherung (UVT) ist der § 11 Abs. 4 SGB V von besonderer Bedeutung:

*Auf Leistungen (der gesetzlichen KV) besteht kein Anspruch, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind.*

Hieraus resultiert eine ausschließliche Leistungsverpflichtung der UVT bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Es ergeben sich in der täglichen Praxis der Krankenkassen vielfältige Berührungspunkte, die eine enge Zusammenarbeit mit den UVT erfordern. So ist z. B. in Verwaltungsvereinbarungen (§§ 88 ff. SGB X) geregelt, daß die Krankenkassen bestimmte Leistungen im Rahmen eines Auftragsgeschäftes für die UVT übernehmen. Bei Verdachtsfällen von Berufskrankheiten leistet die Krankenkasse solange, bis der UVT eine Berufskrankheit anerkennt oder im Rahmen seines Feststellungsverfahrens bestätigt, daß es zu einer Anerkennung kommen wird. Darüber hinaus ist eine irrtümliche (unzuständige) Leistungsgewährung der Krankenkassen möglich, wenn in einem Erkrankungsfall verspätet das Vorliegen eines Arbeitsunfalls erkannt wird und somit die Leistungserbringer im Hinblick auf § 11 Abs. 4 SGB V nicht rechtzeitig auf die Zuständigkeit des UVT hingewiesen werden konnten. Ande-

rerseits kann auch der UVT nachträglich das Vorliegen eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit verneinen mit dem Ergebnis, daß letztlich für eine Leistungsgewährung die Zuständigkeit einer Krankenkasse besteht.

### **1.1.3 Erstattungsansprüche bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten**

Aus der beschriebenen Leistungsabgrenzung zwischen Krankenkassen und UVT resultiert auch die Möglichkeit bzw. die Notwendigkeit, die erbrachten Leistungsaufwendungen beim jeweils anderen Leistungsträger im Rahmen eines Erstattungsanspruches zu regressieren. Die gesetzlichen Anspruchsgrundlagen hierfür sind § 91 SGB X (bei Auftragsleistungen im Rahmen von Verwaltungsvereinbarungen) und die §§ 102 ff. SGB X (bei vorläufiger oder irrtümlicher Leistungsgewährung).

### **1.1.4 Unterstützung der Versicherten**

Bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten gibt es bezüglich der Unterstützung der Versicherten keine derart weitreichende Regelung wie sie den Krankenkassen in § 66 SGB V bei medizinischen Behandlungsfehlern eingeräumt wird. Eine rechtliche Grundlage für ein Tätigwerden im Interesse der Versicherten auch für diesen Bereich kann jedoch aus den §§ 13 und 14 SGB I abgeleitet werden. Hiernach sind die Leistungsträger im Rahmen ihrer Zuständigkeit verpflichtet, ihre Versicherten über die Rechte und Pflichten nach dem SGB aufzuklären und zu beraten.

Bei Klagen der Versicherten vor den Sozialgerichten haben die Krankenkassen die Möglichkeit, sich dem Verfahren gemäß § 75 SGG beiladen zu lassen. In eigenen Schriftsätzen können dann Anträge und Hinweise gegeben werden.

Positive Auswirkungen auf eine kundenfreundliche Betreuung der Versicherten sind für diesen Bereich auch insoweit gegeben, als die erfolgreiche Durchsetzung eines Erstattungsanspruches und die ggf. damit verbundene Anerkennung eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit im Einzelfall auch Vorteile für den Versicherten haben kann (z. B. höhere Leistungsansprüche, keine Verpflichtung zur Zahlung von Ei-

genanteilen, Anspruch auf Rentenleistungen oder die Übernahme von berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation).

### **1.1.5 Mitwirkung des MDK (Richtlinien über die Zusammenarbeit)**

Zur Prüfung der Frage, ob und in welchem Umfang ein Erstattungsanspruch zu realisieren oder abzuwenden ist, bedarf es oftmals der Klärung medizinischer Sachverhalte. Dazu ist regelmäßig das Wissen und der Sachverstand des Mediziners erforderlich. Den Krankenkassen steht als Berater der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Verfügung. Die Unterstützungsleistung ergibt sich aus § 275 SGB V in Verbindung mit den „Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung“ nach § 282 SGB V, wo unter der Nr. 3.4.2 (Zusammenhangsfragen) als ein Punkt gesondert aufgeführt ist:

„Ist die Krankheit auf einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen  
(§ 11 Abs. 4 SGB V)?“

Gründe für eine Einschaltung des MDK können sein:

- Fraglicher Zusammenhang zwischen Unfall (Ereignis) und Erkrankung.
- Fraglicher Zusammenhang (Kausalität) zwischen Unfallfolgen und Verordnung, Arbeitsunfähigkeit, stationärer Behandlung etc.
- Abgrenzung von Unfallfolgen und Nichtunfallfolgen (z. B. Fragen zur Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit).
- Beratung in Fragen der beruflichen Bedingtheit von Erkrankungen (Berufskrankheiten).

## **1.2 Überblick über das System der Anspruchsvoraussetzungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten**

### **1.2.1 Sozialrechtliche Grundbegriffe der gesetzlichen Unfallversicherung**

Für eine konkrete und fallbezogene Fragestellung des Sachbearbeiters der Krankenkasse ist dessen Kenntnis der unterschiedlichen Anspruchsvoraussetzungen unerlässlich. Auch für den Mediziner des MDK gilt, daß die Kenntnis der verschiedenen Anspruchsvoraussetzungen unabdingbar für die Erfüllung seiner Aufgabe als Berater der Krankenkassen ist. Während z. B. im Haftpflichtrecht für den zivilrechtlichen Zurechnungszusammenhang die Auslösung eines Gesundheitsschadens durch einen Unfall genügt, ist im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung im Rahmen der „haftungsausfüllenden Kausalität“ zu klären, ob ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall und den eingetretenen Gesundheitsstörungen (Unfallfolgen) besteht. Die Prüfung dieser Frage erfolgt nach der von der Rechtsprechung für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung entwickelten Kausalitätslehre der wesentlichen Bedingung. Als rechtlich wesentlich gilt jede Ursache oder Bedingung, die die Gesundheitsstörung entweder „überwiegend“, „gleichwertig“ oder „annähernd gleichwertig“ verursacht hat. Im Einzelfall kann sogar eine verhältnismäßig niedriger zu wertende Bedingung rechtlich wesentlich für den Erkrankungsfall sein, hierfür ist jedoch ein strenger Maßstab anzusetzen. Ist danach die Unfallfolge „wesentlich“, hat der UVT für die gesamte Erkrankung einzutreten.

### **1.2.2 Arbeitsunfall**

#### **1.2.2.1 Gesetzliche Grundlage (§ 8 Abs. 1 SGB VII)**

*„Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen.“*



### 1.2.2.2 Begriffsdefinition „Arbeitsunfall“

Bereits aus dem Wortlaut der gesetzlichen Bestimmung des § 8 Abs. 1 SGB VII lassen sich die Grundvoraussetzungen für den Versicherungsfall „Arbeitsunfall“ ableiten. Dabei ist eine Trennung zwischen versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen vorzunehmen.

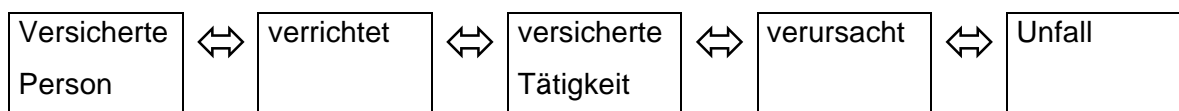
Die rechtlichen Voraussetzungen sind im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und dem MDK nicht von besonderer Bedeutung.

Es ist vorrangige Aufgabe des UVT, das Vorliegen der rechtlichen Voraussetzungen unter Berücksichtigung der „haftungsbegründenden Kausalität“ zu bewerten. Hierbei ist festzustellen, ob ein innerer Zusammenhang zwischen der zum Unfallzeitpunkt verrichteten Tätigkeit und einem Versicherungstatbestand (§§ 2 ff. SGB VII) besteht und ob diese versicherte Tätigkeit ursächlich für den Unfall war. Etwaigen Ablehnungen des UVT aus rechtlichen Gründen wird die Krankenkasse ggf. aus eigener Sachkompetenz begegnen. Die Mithilfe des MDK ist daher im Wesentlichen auf eine Prüfung der medizinischen Voraussetzungen beschränkt. Dennoch sind die rechtlichen Voraussetzungen an dieser Stelle kurz zu erläutern.

#### 1.2.2.2.1 Rechtliche Voraussetzungen

##### 1. versicherte Tätigkeit:

„Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit.“



Versicherter : es muß sich um eine nach dem Gesetz versicherte Person handeln.

Versicherte Person : muß eine versicherte Tätigkeit verrichten.

Versicherte Tätigkeit : verursacht einen Unfall.

## 2. zeitlich begrenztes Ereignis:

Die Schädigung muß plötzlich entstanden sein. „Plötzlichkeit“ wird weiter verstanden als im allgemeinen Sprachgebrauch. Eine zu enge Auslegung des Unfallbegriffs würde den tatsächlichen Gegebenheiten der Verletzungsmöglichkeiten im Arbeitsleben nicht gerecht werden. Die Schädigung muß also nicht in Sekundenschnelle (wie z. B. bei einem Sturz) entstanden sein. Es genügt vielmehr, wenn die Schädigung innerhalb einer Arbeitsschicht eingetreten ist. Beispiele:

- Nach mehreren Stunden Erfrierungen durch starken Frost,
- Blasen durch Schaufeln,
- Hitzschlag infolge Arbeit in praller Sonne.

### **1.2.2.2 Medizinische Voraussetzungen**

#### 1. von außen auf den Menschen einwirkendes Ereignis:

„Außen“ bezeichnet nur den Gegensatz zum im allgemeinen unversicherten Unfall aus „innerer Ursache“ (zur Erläuterung dieses Begriffes siehe untenstehende Ausführungen). Es gelten jedoch nicht nur die typischen Unfälle als von „außen“ verursacht (z. B. Sturz auf den Boden oder das Einklemmen eines Körperteils). Auch körpereigene Bewegungen können zu den äußeren Ereignissen zählen, insbesondere unkontrollierte, unkoordinierte Körperbewegungen (z. B. ruckartiges, unwillkürliches Nachgreifen nach einem fallenden Gegenstand mit plötzlichem Auffangen und dabei eintretender Zerrung).

#### 2. körperlich schädigendes Ereignis:

Der Unfall (das plötzlich auf den Menschen von außen einwirkende Ereignis) muß einen Gesundheitsschaden oder den Tod verursacht haben. Ein Sturz, der keinen Gesundheitsschaden zur Folge hat, gilt daher nicht als Arbeitsunfall im versicherungsrechtlichen Sinne.

### **1.2.2.3 Hinweise für Begutachtungen bei Arbeitsunfällen**

Bei der überwiegenden Zahl der Arbeitsunfälle tritt infolge eines äußeren Ereignisses ein bisher nicht vorhandener und daher sicher zu diagnostizierender Körperschaden ein. Diese Fälle bereiten in der Praxis bei der Beurteilung der medizinischen Frage, ob ein Arbeitsunfall vorliegt, regelmäßig kaum Schwierigkeiten. Nachstehende Hinweise berücksichtigen daher nur solche Sachverhalte, in denen eine Festlegung nicht ohne weiteres möglich ist.

#### **1.2.2.3.1 Unfall und Vorschaden**

Der gesetzliche Unfallversicherungsschutz ist nicht dadurch ausgeschlossen, daß eine versicherte Person aufgrund eines Vorschadens (bestehende Krankheit oder Behinderung) in höherem Maße unfallgefährdet ist. Es gilt der Grundsatz, daß jeder in dem gesundheitlichen Zustand geschützt ist, in dem er seine versicherte Tätigkeit verrichtet. Die Ablehnung eines Arbeitsunfalls allein mit Hinweis auf einen Vorschaden ist daher nicht möglich, sondern nur gerechtfertigt, wenn dieser den Unfall (z. B. einen Sturz) allein oder überwiegend verursacht hat. Haben jedoch neben dem Vorschaden auch sonstige äußere Umstände am Zustandekommen des Unfalles mitgewirkt (z. B. Unebenheiten, Glätte), so können diese wesentliche Bedingung im Sinne der Kausalitätslehre für den Unfall gewesen sein und die Leistungspflicht des UVT wäre gegeben.

Eine detaillierte Hergangsschilderung des Unfalls und genaue Kenntnis darüber, in welcher Weise sich der Vorschaden "im täglichen Leben auswirkt", ist somit für eine zutreffende Beurteilung und auch für eine Einschaltung des MDK unerlässlich.

#### **1.2.2.3.2 Unfall aus innerer Ursache**

Von den eindeutigen, durch äußere Einflüsse verursachten Unfällen sind diejenigen abzugrenzen, die aufgrund innerer, körpereigener, krankhafter Geschehen, wie z. B. einem Kreislaufkollaps oder einem epileptischen Anfall, eintreten. Für derartige Unfälle

le aus sogenannter „innerer Ursache“ ist die gesetzliche Unfallversicherung nicht eintrittspflichtig. Eine Ablehnung wegen „innerer Ursache“ ist jedoch nur dann möglich, wenn ein körpereigenes, krankhaftes Geschehen nachweislich vorgelegen und mit Wahrscheinlichkeit den Unfall verursacht hat. Alleine das vordergründig Nichtvorhandensein einer äußeren Ursache läßt nicht zwangsläufig den Umkehrschluß auf eine „innere Ursache“ zu. So ist z. B. das Umknicken bei normalem Gehen auf ebenem Boden ohne erkennbaren äußeren Anlaß nicht ohne weiteres als Unfall aus „innerer Ursache“ zu werten. Dies kann mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nur dann unterstellt werden, wenn entsprechende körpereigene Ursachen (z. B. eine Bandinstabilität) durch die Angaben zum Unfallhergang, aufgrund ärztlicher Aussagen oder bei etwaigen Vorerkrankungen auch tatsächlich belegt sind.

Die Wertung eines Unfalles aus „innerer Ursache“ ist auch dann nicht möglich, wenn das körpereigene Geschehen durch betriebsbedingte Umstände hervorgerufen wurde (z. B. Sturz einer Krankenschwester durch Kreislaufkollaps beim Anblick eines schwer verunfallten Patienten) oder wenn betriebliche Umstände die Art und die Schwere der bei dem Unfall erlittenen Verletzungen (mit-)bedingen (z. B. Fersenbeintrümmerfraktur durch Sturz von einer Leiter infolge eines epileptische Anfalls). Bei beiden Sachverhalten kommt den betrieblichen Umständen eine wesentliche (Mit-)Ursache

- am Zustandekommen des Unfalles oder
- für Art und/oder Umfang der erlittenen Verletzungen zu.

Neben der detaillierten Schilderung des Unfallherganges ist für die Beurteilung derartiger Sachverhalte insbesondere auch die Kenntnis etwaiger Vorerkrankungen von entscheidender Bedeutung.

Beweispflichtig dafür, daß ein (unversicherter) „Unfall aus innerer Ursache“ vorlag, ist der UVT.

#### **1.2.2.3.3 Gelegenheitsursache**

Ist von einem Unfall ein Körperteil betroffen, welcher bereits vorgeschädigt ist (z. B. anlagebedingt oder aufgrund degenerativer Veränderungen), muß geprüft werden, ob als wesentliche Bedingung für den neuen Schaden das äußere Ereignis oder der Vor-

schaden rechtlich allein ursächlich war. Dies gilt auch, wenn diese Schadensanlage erstmalig bei der Unfalldiagnostik festgestellt wird. Falls das äußere Ereignis eine untergeordnete Rolle spielte, handelt es sich um eine sogenannte "Gelegenheitsursache" und die Entschädigungspflicht des UVT besteht nicht. Nach der Rechtsprechung ist die Wertung als Gelegenheitsursache nur dann gerechtfertigt, wenn

*"jedes andere alltäglich vorkommende ähnlich gelagerte Ereignis zu (etwa) derselben Zeit die Erscheinungen ausgelöst hätte oder diese sogar ohne jede äußere Einwirkung zu Tage getreten wären."*

Insbesondere bei nachstehenden Körperschäden stellt sich oftmals die Frage nach einer "Gelegenheitsursache":

- Leistenbrüche, Meniskusschäden, Sehnenrisse (Achillessehne, Bizepssehne), Lumbago (Verhebetauma).

Bei geeigneten Unfallmechanismen (z. B. direkte äußere Gewalteinwirkung auf die Leistengegend oder auf die Wirbelsäule, Verdrehung im Kniegelenk oder plötzliche und unerwartete Kraftanstrengung) können jedoch alle genannten Erkrankungen auch Unfallfolgen darstellen. Ist für den Körperschaden der Vorschaden allein wesentlich, handelt es sich um eine "Gelegenheitsursache". Ist der Vorschaden jedoch unwesentlich oder das äußere Ereignis neben ihm gleich wesentlich, handelt es sich um Unfallfolgen. Allgemein gilt die Faustregel:

*Je ausgeprägter der Vorschaden und je geringfügiger (nach Art und Schwere) das äußere Ereignis, desto eher handelt es sich um eine „Gelegenheitsursache“. Und umgekehrt: Je geringfügiger der Vorschaden und je ausgeprägter (nach Art und Schwere) das äußere Ereignis, desto eher handelt es sich um Unfallfolgen.*

Die Frage einer „Gelegenheitsursache“ kann demzufolge nur dann zutreffend beantwortet werden, wenn eine detaillierte Schilderung des Unfallhergangs (u. a. genauer Bewegungsablauf) und genaue Kenntnisse über Art und Ausmaß des Vorschadens vorliegen. Hierbei sind Erstbefunde, Operations- und histologische Befundberichte hilfreiche Informationsquellen. Auf einen eventuell bestehenden Vorschaden darf z. B.

nicht aus dem Unfallhergang geschlossen werden (Vermutung), sondern er muß bewiesen sein (sogenannter Vollbeweis). Beruft sich der UVT auf einen Vorschaden, ist er hierfür beweispflichtig.

#### **1.2.2.3.4 Unfallbedingte Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens**

Dieser Sachverhalt setzt stets voraus, daß ein Vorschaden vorhanden ist, der durch einen Unfall verschlimmert wird. Unter dem Gesichtspunkt der rechtlich wesentlichen Bedingung ist auch hier zu fragen: Was ist wesentliche Ursache für den eingetretenen Körperschaden - der Unfall oder der bestehende Vorschaden? Rechtlich wesentlich ist ein Unfall grundsätzlich dann, wenn ohne ihn die Verschlimmerung entweder überhaupt nicht, nicht in diesem Ausmaß oder nicht zu annähernd demselben Zeitpunkt eingetreten wäre. In der gesetzlichen Unfallversicherung wird unterschieden zwischen vorübergehender, dauernder abgrenzbarer und dauernder richtunggebender Verschlimmerung.

Bei der vorübergehenden Verschlimmerung wird durch eine Gewalteinwirkung ein vorbestehendes Leiden für eine zeitlich abgrenzbare Dauer verstärkt. Nach dem Ende der unfallbedingten Heilbehandlung ist der Gesundheitszustand wieder erreicht, wie er vor dem Unfall bestanden hat oder wie er sich auch ohne den Unfall weiterentwickelt hätte.

Die dauernde abgrenzbare Verschlimmerung kennzeichnet sich dadurch, daß sie auch durch die Heilbehandlung nicht beseitigt werden kann. Der unfallbedingte Verschlimmerungsanteil bleibt neben dem vorbestehenden Leiden existent. Die Entschädigungspflicht des UVT besteht entsprechend dem Anteil der Unfallfolgen am Gesamtzustand.

Eine dauernde richtunggebende Verschlimmerung liegt vor, wenn ein bestehendes Leiden so nachhaltig beschleunigt oder verstärkt wird, daß ein völlig anderer und nicht absehbarer Verlauf zustande kommt als schicksalsmäßig ohne Unfall zu erwarten gewesen wäre. Der UVT hat dementsprechend den Gesamtzustand zu entschädigen.

### **1.2.2.3.5 Abgrenzung von Unfallfolgen und Nichtunfallfolgen bei Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausbehandlung**

Bei den meisten Arbeitsunfällen, deren Folgen Arbeitsunfähigkeit und/oder Krankenhausbehandlung erforderlich machen, erscheint auf den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und auf den Unterlagen des Krankenhauses lediglich die Unfalldiagnose. Schwierigkeiten im Hinblick auf den Zeitraum, für den der UVT leistungspflichtig ist, treten hierbei im allgemeinen nicht auf. Anders verhält es sich aber, wenn die Akten mehrere (unfallabhängige und unfallunabhängige) Diagnosen aufweisen oder zu einer unfallunabhängigen Erkrankung eine unfallbedingte Erkrankung hinzukommt oder umgekehrt.

#### **Arbeitsunfähigkeit/Krankenhausbehandlung von Beginn an wegen Unfallfolgen und Nichtunfallfolgen:**

Entscheidend für das Bestehen eines Erstattungsanspruchs ist, ob die Unfallfolgen eine wesentliche oder doch zumindest gleichwertige Ursache für die Arbeitsunfähigkeit/Krankenhausbehandlung darstellen. Bedingen die Unfallfolgen für sich allein betrachtet keine Arbeitsunfähigkeit/Krankenhausbehandlung, ist der UVT nicht eintrittspflichtig. Bei solchen Sachverhalten ist stets zu klären, ob und ggf. ab wann in einem laufenden Erkrankungsfall die Arbeitsunfähigkeit/Krankenhausbehandlung entweder nur noch durch Unfallfolgen oder nur noch durch Nichtunfallfolgen bedingt ist.

#### **Arbeitsunfähigkeit wegen Arbeitsunfallfolgen und Hinzutritt einer unfallfremden Erkrankung:**

Innerhalb der Dauer einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit hat der Hinzutritt einer unfallfremden Erkrankung, die für sich allein ebenfalls Arbeitsunfähigkeit bedingen würde, auf die bereits wegen Unfallfolgen bestehende Arbeitsunfähigkeit keinen rechtlichen Einfluß. Solange Arbeitsunfähigkeit (auch) wegen der Unfallfolgen besteht, ist eine Prüfung der wesentlichen Verursachung der Arbeitsunfähigkeit nicht erforderlich. Es gelten die Grundsätze der überholenden Kausalität. Die Eintrittspflicht des UVT besteht erst ab dem Zeitpunkt nicht mehr, an dem die Arbeitsunfähigkeit wegen der Unfallfolgen endet.

**Unfallfremde Arbeitsunfähigkeit und Hinzutritt von Folgen eines Arbeitsunfalls:**

Die im vorherigen Abschnitt dargelegten Abgrenzungen gelten auch im Umkehrfall, in dem zu einer Arbeitsunfähigkeit wegen unfallfremder Erkrankung die Folgen eines Arbeitsunfalls hinzutreten, die für sich alleine ebenfalls Arbeitsunfähigkeit bedingen würden. Erst ab dem Zeitpunkt, ab dem die Arbeitsunfähigkeit allein durch die Unfallfolgen bedingt wird, ist der UVT zuständig.

**Unfallfremde Krankenhausbehandlung und Hinzutritt von Folgen eines Arbeitsunfalls:**

Die Grundsätze der überholenden Kausalität sind auch bei der Zuständigkeit der Kostenübernahme der Krankenhausbehandlung anzuwenden.

Bei Unfällen während einer stationären Behandlung (vornehmlich UV-Schutz nach § 2, (1) 15a SGB VII) gehen die Kosten der Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkasse, solange die stationäre Behandlung wegen des unfallunabhängigen Einweisungsleidens andauert.

Verlängert sich die stationäre Behandlung durch die Unfallfolgen, gehen die Kosten ab dem Zeitpunkt zu Lasten des UV-Trägers, ab dem die stationäre Behandlung des unfallunabhängigen Einweisungsleidens ohne den Unfall geendet hätte.

Hinweis: Bei pauschalisierten Entgeltsystemen (FP/SE) nach BPfIV können sich andere Regelungen ergeben. (siehe Anlage 8)

Wird die Behandlung des Einweisungsleidens durch den Unfall unterbrochen und wird diese nach stationärem Behandlungsende der Unfallfolgen wieder aufgenommen, geht der allein unfallbedingte stationäre Aufenthalt zu Lasten des UVT.

Auch alle sonstigen abgrenzbaren Mehrkosten, die unfallbedingt entstehen, gehen zu Lasten des UV-Trägers.



## **Krankenhausbehandlung wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls und Hinzutritt von unfallfremden Leiden:**

Die Ausführungen im vorherigen Abschnitt gelten im Umkehrfall analog.

### **1.2.3 Berufskrankheit**

#### **1.2.3.1 Gesetzliche Grundlage (§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII)**

*Berufskrankheiten sind Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheit bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit erleiden.*

#### **1.2.3.2 Begriffsdefinition „Berufskrankheit“**

Auch hier, wie beim „Arbeitsunfall“, liefert bereits der Gesetzestext des § 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII konkrete Hinweise dafür, wie eine „Berufskrankheit“ zu definieren ist. Zusammengefaßt sind hiernach folgende Voraussetzungen an das Vorliegen einer Berufskrankheit geknüpft:

1. Es muß sich um eine durch eine versicherte Tätigkeit verursachte Erkrankung handeln.
2. Die Erkrankung muß vom Gesetzgeber durch Rechtsverordnung als Berufskrankheit bezeichnet worden sein.

Im Gegensatz zum Arbeitsunfall, bei dem das Merkmal der „Plötzlichkeit“ erfüllt sein muß, handelt es sich in der Regel um eine zeitlich nicht begrenzte Schädigung.

Ein in der Regel zeitlich nicht begrenztes Ereignis bedeutet, daß im Gegensatz zum „Arbeitsunfall“ das Erfordernis der „Plötzlichkeit“ nicht vorliegen muß. Zumeist entsteht die Schädigung durch schädigende berufliche Einflüsse über einen längeren Zeitraum, z.T. über mehrere Jahre hinweg. Ausnahmen sind jedoch auch hier möglich:

Die Kohlenmonoxidvergiftung des Feuerwehrmannes (BK-Nr. 1201) oder die Infektionskrankheit einer Krankenschwester (BK-Nr. 3101).

**zu 1. (versicherte Tätigkeit):**

Nach dem genauen Wortlaut des § 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII ist das Auftreten von Berufskrankheiten nicht nur im Rahmen von Beschäftigungsverhältnissen (bei Ausübung einer beruflichen Tätigkeit) möglich. Erfasst sind vielmehr alle versicherten Tätigkeiten im Rahmen der § 2, 3 oder 6 SGB VII. Eine Berufskrankheit können also auch versicherte Selbständige oder Versicherte nach den übrigen Sondertatbeständen des § 2 SGB VII erleiden. Beispiel:

Patient infiziert sich während eines Krankenhausaufenthaltes (UV-Schutz nach § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII) bei einem Mitpatienten an Tuberkulose.

**zu 2. (Rechtsverordnung):**

Bei der im Gesetzestext des § 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII genannten Rechtsverordnung der Bundesregierung handelt es sich um die Berufskrankheitenverordnung (BKV). Die BKV beinhaltet eine Liste der Erkrankungen, die als Berufskrankheit anerkannt werden können. Die Anlage 1 enthält die Aufzählung dieser Erkrankungen. Voraussetzung für die Aufnahme einer Krankheit in die Liste ist, daß sie

- nach gesicherten medizinischen Erkenntnissen durch besondere Einwirkungen verursacht wird,
- denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit
- in erheblich höherem Grade ausgesetzt sind als die übrige Bevölkerung.

Die geforderten medizinischen Erkenntnisse müssen den allgemeinen, überwiegend anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft wiedergeben; Einzelmeinungen reichen insoweit nicht aus. Das für die Ergänzung der Berufskrankheitenliste zuständige Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMA) bedient sich hierzu der Beratung einer ständigen Expertenkommission (Ärztlicher Sachverständigenbeirat beim BMA). Dieser trifft Feststellungen darüber, ob bei einzelnen Erkrankungen im Zusammenhang mit bestimmten beruflichen Tätigkeiten die medizinischen Erkenntnisse

soweit gesichert sind, daß sie sich zur sogenannten „Berufskrankheitenreife“ verdichtet haben.

Die Anknüpfung an die Aufnahme einer Erkrankung in die Liste der BKV als eine Grundvoraussetzung zur Anerkennung als Berufskrankheit, führt zwangsläufig zu dem Ergebnis, daß selbst dann, wenn nachweislich berufliche Einflüsse an dem Entstehen einer Erkrankung mitgewirkt oder diese allein verursacht haben, eine Anerkennung als Berufskrankheit nicht möglich ist, wenn diese nicht in die BKV aufgenommen wurde (s. aber Abschnitt „Anerkennung wie eine Berufskrankheit“).

Gemäß § 202 SGB VII ist ein Arzt oder Zahnarzt verpflichtet, bei einem begründeten Verdacht, daß bei einem Versicherten eine Berufskrankheit besteht, dieses dem UVT oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständige Stelle unverzüglich anzuzeigen, damit der UVT das Feststellungsverfahren einleiten kann.

Neben der beruflichen Entstehung/Verursachung einer Erkrankung haben die UVT auch die beruflich verursachte Verschlimmerung eines anlagebedingten Leidens zu entschädigen. Darüber hinaus ist aus der Liste ersichtlich, daß bei einigen Erkrankungen zur Anerkennung als Berufskrankheit die medizinischen Voraussetzungen und die haftungsbegründende Verursachung durch eine versicherte Tätigkeit nicht ausreichen, sondern daß zusätzlich besondere versicherungsrechtliche Tatbestände erfüllt sein müssen:

- Art und Dauer der Tätigkeit bei Meniskuserkrankungen nach Nr. 2102, bei Erkrankungen der Wirbelsäule nach Nr. 2108, 2109, 2110.
- Schwere oder wiederholte Rückfälligkeit der Erkrankung bei Hauterkrankungen nach Nr. 5101.
- Art des Unternehmens: z. B. bei Infektionskrankheiten nach Nr. 3101 im Bereich des Gesundheitsdienstes, der Wohlfahrtspflege, von Laboratorien oder durch eine andere Tätigkeit, bei der Versicherte in ähnlichem Maße der Infektionsgefahr ausgesetzt sind (z. B. Flugbegleiter in besonders gefährdeten Hepatitisgebieten).
- Unterlassen der gefährdenden Tätigkeiten: Erkrankungen der Sehnenscheiden (Nr. 2101), Wirbelsäulenerkrankungen (Nr. 2108-2110), obstruktive Atemwegserkrankungen (Nr. 4301, 4302), Hauterkrankungen (Nr. 5101), Erkrankungen durch Isocyanate (Nr. 1315) und vibrationsbedingte Durchblutungsstörungen an den Händen (Nr. 2104).

### 1.2.3.3 Anerkennung „wie eine Berufskrankheit“ (§ 9 Abs. 2 SGB VII)

Neue Arbeitsstoffe und -verfahren können zu neuen beruflich bedingten Erkrankungen führen. Fortschreitende Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft können bisher nicht bekannte Zusammenhänge aufdecken. Der formelle Erlass einer modifizierten Rechtsverordnung kann mit dieser Entwicklung nicht immer Schritt halten. Sozialpolitisch wäre es daher eine nicht vertretbare Härte, die Entschädigung der Betroffenen strikt vom Zeitpunkt der verordnungsmäßigen Bezeichnung als Berufskrankheit abhängig zu machen. Diese Härte soll § 9 Abs. 2 SGB VII verhindern. Hiernach können solche Erkrankungen „wie eine Berufskrankheit“ entschädigt werden, bei denen sich seit dem Inkrafttreten der letzten BKV neue Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft ergeben haben (Berufskrankheitenreife), die eine Aufnahme der Erkrankung in die nächste Liste der BKV ermöglichen. „Neu“ sind die Erkenntnisse nach der Rechtsprechung dann, wenn sie zur Zeit des Erlasses der letzten Verordnung überhaupt noch nicht vorhanden gewesen sind, oder wenn sie zu diesem Zeitpunkt zwar tatsächlich vorhanden, jedoch dem Verordnungsgeber noch nicht bekannt waren, oder wenn er sich trotz ihrer Kenntnis mit der Prüfung der Aufnahme in die Liste noch nicht befaßt hat.

### 1.2.3.4 Beweiserleichterung nach § 9 Abs. 3 SGB VII

Eine Beweiserleichterung bei Verfahren zur Anerkennung von Berufskrankheiten ist erstmals mit der Einordnung des Unfallversicherungsrechts in das Sozialgesetzbuch (als Teil VII) ab 01.01.97 normiert worden. Der § 9 Abs. 3 lautet:

*„Erkranken Versicherte, die infolge der besonderen Bedingungen ihrer versicherten Tätigkeit in erhöhtem Maße der Gefahr der Erkrankung an einer in der Rechtsverordnung nach Abs. 1 genannten Berufskrankheit ausgesetzt waren, an einer solchen Krankheit und können Anhaltspunkte für eine Verursachung außerhalb der versicherten Tätigkeit nicht festgestellt werden, wird vermutet, daß diese infolge der versicherten Tätigkeit verursacht worden ist.“*

Wie bei Arbeitsunfällen wird auch bei Berufskrankheiten im Hinblick auf die haftungsbegründende Kausalität (ursächlicher Zusammenhang zwischen versicherter Tätigkeit und den äußeren Einwirkungen) und auf die haftungsausfüllende Kausalität (ursächlicher Zusammenhang zwischen den äußeren Einwirkungen und der Entstehung oder Verschlimmerung der tatbestandlichen Erkrankung) vom Anspruchssteller der Nachweis einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit gefordert. Nach der Rechtsprechung liegt hinreichende Wahrscheinlichkeit vor, wenn die Gründe für das Vorliegen eines Ursachenzusammenhangs deutlich überwiegen. Im Gegensatz zum Arbeitsunfall, der durch seine „Plötzlichkeit“ gekennzeichnet ist, ist jedoch die Berufskrankheit in aller Regel das Ergebnis länger andauernder Einwirkung von beruflichen Einflüssen (Arbeitsstoffe, Strahlen, Lasten, etc.). Die Aufklärung der Entstehungszusammenhänge erstreckt sich deshalb in aller Regel über lange, teils Jahre zurückliegende Zeiträume. Damit besteht die grundsätzliche Schwierigkeit, daß weit zurückliegende Arbeitsplatzverhältnisse und dort bestehende Gefährdungen oftmals nicht mehr rekonstruiert werden können. Bei dieser Problematik stellt der von der Rechtsprechung zugelassene Anscheinsbeweis (prima-facie-Beweis) eine gewisse Beweiserleichterung für den Anspruchssteller dar. Er berücksichtigt die Tatsache, daß es bestimmte Erfahrungssätze des täglichen Lebens gibt, die aus dem Vorliegen eines bestimmten Ereignisses oder Vorganges einen Schluß auf bestimmte Ursachen zulassen. Der Anscheinsbeweis kann von dem UVT nur dann entkräftet werden, wenn er feststellt, daß die ernsthafte Möglichkeit eines anderen (außerberuflichen) Geschehensablaufs ebenso denkbar erscheint.

#### **1.2.4 Hinweise für Begutachtungen bei Berufskrankheiten**

Die Begutachtung von Berufskrankheitsfällen setzt neben der Kenntnis der in den vorherigen Abschnitten beschriebenen rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen umfassendes Wissen über die Wirkungsweise der einzelnen Arbeitsstoffe und über die Art und Weise der Entstehung der einzelnen Erkrankungen voraus. Die Liste der BKV gibt hierüber nur bedingt Auskunft. Nähere Angaben hierzu, sowie auch zu Gefahrenquellen, Vorkommen, Krankheitsbildern und Diagnosen enthalten die zu den einzelnen Berufskrankheiten-Nummern vom BMA herausgegebenen „Merkblätter“.

Beim MDK sollten mit der Erledigung des Gutachtenauftrages Arbeitsmediziner mit einbezogen werden.

## **2 Die Tätigkeit des MDK zur Unterstützung der Krankenkassen**

Bei der Beurteilung von Zusammenhangsfragen im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung hat der Gutachter des MDK neben seiner medizinischen Fachkompetenz auch die zuvor beschriebenen sozialmedizinischen und sozialrechtlichen Begrifflichkeiten aus dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung zu berücksichtigen. Von Bedeutung ist, daß im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung die Leistungen nur auf Antrag gewährt werden (§ 19 Satz 1 SGB IV).

Dagegen sind die UVT zur Leistungserbringung gemäß § 19 Satz 2 SGB IV „von Amts wegen“ verpflichtet. Hierzu gehört auch die Verpflichtung von Amts wegen zu ermitteln, ob tatsächlich eine Entschädigungspflicht nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung besteht. Das bedeutet in der Praxis, daß die UVT bei Meldungen durch Versicherte, Ärzte oder Krankenkassen über das mutmaßliche Vorliegen eines Versicherungsfalles veranlaßt werden, ihrer Amtermittlungsverpflichtung nachzukommen. Diese kann sich bei medizinischen Problemen auf eine Befragung der behandelnden Ärzte oder auf eine Stellungnahme eines beratenden Arztes beschränken, jedoch ist auch die Anforderung einer Zusammenhangsbegutachtung keine Seltenheit. In der überwiegenden Anzahl der Fälle steht somit dem MDK (bei vorheriger entsprechender Anforderung seitens der Krankenkassen) umfangreiches Aktenmaterial zur Verfügung, welches in der Regel eine Beurteilung des Sachverhaltes zuläßt. Sollten sich im Rahmen einer anderen Fragestellung (z. B. Arbeitsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit) Hinweise für den Verdacht auf eine Berufskrankheit/Arbeitsunfall ergeben, ist dies der Kasse mitzuteilen.

### **2.1 Aufgaben der Krankenkassen bei Streitigkeiten mit dem UVT**

#### **2.1.1 Aufbereitung/Vervollständigung der Unterlagen**

Unter Berücksichtigung dieser Vorgaben haben die Mitarbeiter der Krankenkassen zur Vorbereitung der Einschaltung des MDK Feststellungen über die Vollständigkeit und über die Aussagekraft der beizufügenden Unterlagen zu treffen und ggf. vor Abgabe an den MDK noch fehlende Unterlagen und ggf. noch fehlende Aussagen zu beschaf-

fen. Im einzelnen können dies, je nachdem welcher Sachverhalt zu beurteilen ist, sein:

- Detaillierte Schilderung zum Hergang (Bewegungsablauf) des angegebenen Ereignisses durch den Verletzten und/oder ggf. angegebener Zeugen (z. B. Stolpern oder Ausrutschen mit oder ohne Sturz, Beteiligung/Mitwirkung äußerer Umstände wie Unebenheit oder Glätte des Bodens, Sturz nach hinten ohne Abwehrreaktion, Fixierung des Unterschenkels oder Fuß beim Sturz, ein Fall erfolgte aus welcher Höhe usw.?).
- Genaue Lokalisation und Art des Körperschadens (z. B. lagen äußere Verletzungszeichen wie Schwellungen, Hämatome, Schürfungen, Wunden, Fehlstellungen vor, traten die Beschwerden (ggf. welche?) sofort ein oder wann später, usw.?)
- Verhalten des Versicherten nach dem Unfall (z. B. Wiederaufnahme der Tätigkeit oder unmittelbares Aufsuchen eines Arztes, wann wurde erstmals ein Arzt aufgesucht, einheitliche oder widersprüchliche Aussagen zum Unfallhergang gegenüber Arzt, Arbeitgeber, Krankenkasse, UVT, usw.?)
- Feststellungen zu Vorerkrankungen (z. B. frühere Arbeits- oder Privatunfälle, rezidivierende Umknickunfälle, Knochenentkalkungen, frühere Operationen usw.?)
- Vollständigkeit der medizinischen Krankenunterlagen (z. B. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Arztanfragen zum Arbeitsunfähigkeitsfall, MDK-Gutachten zur Beurteilung der Dauer der Arbeitsunfähigkeit oder zur Pflegebedürftigkeit, Krankenhausentlassungsberichte, Operations- und histologische Befundberichte)
- Möglichst lückenlose Arbeitsplatzanamnese (bei Berufskrankheiten)

Zur Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen siehe Nr. 4.

### **2.1.2 Beauftragung des MDK**

Sind die Unterlagen vollständig, wird mit der Gutachtenerstellung der zuständige Leitende Arzt des MDK beauftragt. Der/die Leitende Arzt/Ärztin der jeweiligen MDK-Hauptverwaltung übernimmt die Steuerung in seinem/ihrem Bereich, welchem Arzt die Erstellung des Gutachtens übertragen wird. Einen Musterauftrag enthält die Anlage 3. Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, daß lediglich zu den Sachverhalten der über-



holenden Kausalität (Hinzutritt von unfallfremden Erkrankungen zur Arbeitsunfähigkeit wegen Arbeitsunfallfolgen oder Hinzutritt von Folgen eines Arbeitsunfalls zur unfallfremden Arbeitsunfähigkeit) und der Gelegenheitsursache standardisierte Fragen vorgegeben sind. Wegen der sonstigen vielfältigen möglichen Sachverhalte und den jeweils vorliegenden besonderen Umständen des Einzelfalles sind darüber hinaus standardisierte Fragestellungen nicht enthalten und somit jeweils vom Kassenmitarbeiter individuell zu formulieren.

Wenn bei dem MDK im Einzelfall der ärztliche Sachverstand nicht vorhanden bzw. nicht ausreichend ist, kann der MDK selbst ein externes Gutachten in Auftrag geben, dessen Kosten er zu tragen hat (siehe hierzu Anlage 7).

Ggf. bietet sich auch eine übergreifende Unterstützung innerhalb der MDK-Gemeinschaft an.

## **2.2 Vorgehensweise**

Die Anlage 2 dient dem MDK zur Rückgabe der Unterlagen nach erfolgter Begutachtung bzw. zwecks Beschaffung weiterer Unterlagen. Auch für sonstige kurze Mitteilungen kann dieser Vordruck genutzt werden.

- Falls der Einschaltung des MDK eine ablehnende Entscheidung des UVT vorausgegangen und dieser nach Ansicht des MDK zu folgen ist: Es genügt eine kurze gutachterliche Stellungnahme, daß ein Weiterverfolgen des Falles nicht erfolgversprechend ist. In diesen Fällen kann auf eine ausführliche Ausarbeitung verzichtet werden. Im Einzelfall können aber Konsultationen mit Vertretern verschiedener Fachgebiete erforderlich sein.
- Falls der MDK bei der Prüfung des Falles zu dem Ergebnis kommt, daß die Ablehnungsbegründung des UVT möglicherweise nicht zutreffend ist: Für eine endgültige Beurteilung werden die vorgelegten Unterlagen jedoch nicht als vollständig angesehen. Der MDK empfiehlt der Krankenkasse, welche Unterlagen noch angefordert werden sollen und bittet um erneute Vorlage nach Vervollständigung. Danach erneute Prüfung mit gutachterlicher Festlegung.

- Falls die Ablehnung des UVT vom MDK als nicht zutreffend bewertet wird: Notwendig ist ein auf anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse ausgearbeitetes Gutachten. Das Gutachten soll in einer weiteren, ggf. gerichtlichen Auseinandersetzung mit dem UVT standhalten.

Nach Abschluß des Vorgangs erfolgt eine Rückmeldung (Anlage 6) an den MDK!

### **2.3 Anforderungen an ein sozialmedizinisches Gutachten**

Das freie Gutachten sollte nach folgendem Aufbau gegliedert sein:

- Benennung des Gutachtenauftrags  
Der Gutachtenauftrag beinhaltet die von der Kasse gestellten Fragen, die ggf. nach entsprechender Rücksprache konkretisiert werden können.
- Auflistung der vorgelegten Unterlagen
- Darstellung des Sachverhalts
- Zusammenfassung der zur Begutachtung vorliegenden Unterlagen
- Darstellung aus der Sicht des UVT und somit der Vorgutachter
- Eigene Beurteilung  
Kritische Würdigung des Sachverhalts, ggf. auch außerhalb der vorgegebenen Fragestellung
- Zusammenfassung
- Literaturverzeichnis

## 2.4 Flußdiagramm zur Vorgehensweise des MDK-Gutachters

### Vorgehensweise bei Begutachtung von Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen

**Merke:** Die Aufgabe des Gutachters besteht darin, bei vorliegendem Verdacht einer Berufskrankheit bzw. eines Arbeitsunfalls in seinem Gutachten die ätiopathogenetische Diagnose abzusichern. Nur wenn diese Krankheitsentwicklung in ihrem ursächlichen Zusammenhang logisch nachvollziehbar dargelegt werden kann, ist die BG bzw. der UVT leistungspflichtig.

#### Berufskrankheit

Berufliche Belastung?

-

evtl. Langjährigkeit?

-

Klinischer Befund?

-

Technische Befunde?

-

Andere Erkrankungen?

-

Teil-Ursächlichkeit?

#### Arbeitsunfall

Unfallereignis?

-

-

-

Klinischer Erstbefund?

-

Technische Befunde?

-

Vorschaden?/Schadensanlage?

-

Teil-Ursächlichkeit?

## **Begleittext zum Schema: Vorgehensweise bei Begutachtung von Berufskrankheit und Arbeitsunfällen**

Beginnend bei der Berufskrankheit ist deutlich zu machen, daß eine Berufskrankheit letzten Endes nur von der Berufsgenossenschaft selbst festgestellt werden kann. Im Vorfeld werden aber sämtliche Untersuchungen und Begutachtungen im Rahmen der Berufskrankheitenverordnung durchgeführt, so daß hier die Überschrift Berufskrankheit als Arbeitstitel zu verstehen ist.

Bei der beruflichen Belastung sollte der Medizinische Gutachter prüfen, ob die Arbeitsvoraussetzungen gegeben sind; z. B. bei bestimmten Allergien, ob die aufgeführten Stoffe mit denen der/die Versicherte in Berührung gekommen ist, überhaupt geeignet sind eine entsprechende Krankheit zu verursachen. Das gleiche gilt für andere Berufserkrankungen. In Zweifelsfällen sollte der Medizinische Gutachter auf einer genaueren Überprüfung durch den TAD (Technischen Aufsichtsdienst) bestehen.

Was die Langjährigkeit anbelangt, so ist hier bei bestimmten Berufskrankheiten (z. B. BK 2108 bis 2110) die medizinische Voraussetzung über den Zeitraum zu prüfen, der in der Verordnung oder in den entsprechenden Ausführungsbestimmungen des Bundesarbeitsministeriums vorgegeben ist.

Beim klinischen Befund ist darauf zu achten, daß sich wirklich die in der Berufskrankheitenverordnung beschriebene Erkrankung klinisch zeigt. Das gleiche gilt für die technischen Befunde.

Bei jeder Erkrankung ist zu prüfen, ob die festgestellten Krankheitserscheinungen und funktionellen Leistungseinschränkungen allein durch die angeschuldigte berufliche Einwirkung verursacht werden oder ob noch andere Erkrankungen vorliegen, die ebenfalls dafür ursächlich sein können. Bei Vorliegen auch anderer Erkrankungen muß unbedingt die Frage abgeklärt werden, ob die berufliche Einwirkung die wesentliche Teilursache im sozialrechtlichen Sinn ist.

Beim Arbeitsunfall ist zunächst festzustellen, ob überhaupt ein Unfallereignis stattgefunden hat. Wenn ja ist zu prüfen, ob dieses Unfallereignis die alleinige Ursache oder eine wesentliche Teilursache für den angeschuldigten Körperschaden (evtl. Gesundheitsschaden) ist bzw. sein kann (z. B. Meniskusschaden ...).

Beim klinischen Erstbefund muß unbedingt hinterfragt werden, ob Unfallfolgen akuter Art im medizinischen Sinne bewiesen sind. Hier ist also der sogenannte Vollbeweis entscheidend (im Gegensatz zur Teilursächlichkeit, wo die Wahrscheinlichkeit ausreicht).

Dasselbe gilt für die technischen Befunde, auch hier muß der Vollbeweis einer Unfallfolge gegeben sein (z. B. eindeutige Frakturlinie im Röntgenbild des Knochens).

Auch bei der Prüfung der Frage, ob ein Vorschaden oder eine Schadensanlage besteht, ist auf den Vollbeweis zu achten; d. h. hier ist umgekehrt der UVT verpflichtet zu beweisen, daß eine Schadensanlage oder ein Vorschaden bestanden hat (s. auch die vorhergehenden Ausführungen).

Wenn diese Fragen geklärt sind, ist bei Vorhandensein eines Vorschadens oder einer Schadensanlage die Frage der Teilursächlichkeit abzuklären. Hierbei reicht die Wahrscheinlichkeit aus, nämlich nur die Frage, ob der angeschuldigte Arbeitsunfall die wesentliche Teilursache für die Beschwerden des Versicherten ist. Bei der Bejahung der wesentlichen Teilursache entfällt, wie auch bei Berufskrankheiten, jede weitere Prozentrechnung: Ist man der Meinung, daß die wesentliche Teilursache dafür oder dagegen spricht, ist der Schaden entweder ganz oder gar nicht dem Arbeitsunfall oder der Berufskrankheit zuzuordnen.

### **3           Datenschutzrechtliche Bestimmungen**

#### **3.1         Beachtung durch die Krankenkassen**

Bei Einschaltung des MDK zur Begutachtung und Beratung sind die Krankenkassen verpflichtet, ihm die hierfür erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hat der Versicherte über seine Mitwirkungspflicht nach den §§ 60 ff. SGB I hinaus der Krankenkasse Unterlagen bereits freiwillig überlassen - z. B. einen Krankenhausentlassungsbericht im Rahmen einer Einwilligung / Schweigepflichtentbindungserklärung - dürfen sie an den MDK nur weitergegeben werden, soweit der Versicherte auch hierin einwilligt (§ 276 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Die Einwilligungserklärung des Versicherten muß sich inhaltlich also auch auf die Bereitschaft erstrecken, mit der Weitergabe von Unterlagen an den MDK einverstanden zu sein, falls dies erforderlich ist. Die Anlagen 4 und 5 enthalten Mustertexte für das Anschreiben und für die Erklärung.

#### **3.2         Beachtung durch den MDK**

Benötigt der MDK für seine Prüfung und gutachterliche Stellungnahme weitere Unterlagen (z. B. Krankenhausentlassungsberichte), bedient er sich der Mithilfe der Krankenkassen (§ 276 SGB V) (Verwendung des Vordrucks gemäß Anlage 2). Falls angebracht, ist es möglich, die angeforderten Unterlagen unmittelbar an den MDK senden zu lassen.

## Anlage 1

### **Berufskrankheiten-Verordnung (BKV)**

**vom 31.10.97**

#### **Liste der Berufskrankheiten**

Nr. Krankheiten

**1 Durch chemische Einwirkungen verursachte Krankheiten**

11 Metalle und Metalloide

1101 Erkrankungen durch Blei oder seine Verbindungen

1102 Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen

1103 Erkrankungen durch Chrom oder seine Verbindungen

1104 Erkrankungen durch Cadmium oder seine Verbindungen

1105 Erkrankungen durch Mangan oder seine Verbindungen

1106 Erkrankungen durch Thallium oder seine Verbindungen

1107 Erkrankungen durch Vanadium oder seine Verbindungen

1108 Erkrankungen durch Arsen oder seine Verbindungen

1109 Erkrankungen durch Phosphor oder seine anorganischen Verbindungen

1110 Erkrankungen durch Beryllium oder seine Verbindungen

12 Erstickungsgase

1201 Erkrankungen durch Kohlenmonoxid

1202 Erkrankungen durch Schwefelwasserstoff

13 Lösemittel, Schädlingsbekämpfungsmittel (Pestizide) und sonstige chemische Stoffe

1301 Schleimhautveränderungen, Krebs oder andere Neubildungen der Harnwege durch aromatische Amine

1302 Erkrankungen durch Halogenkohlenwasserstoffe

1303 Erkrankungen durch Benzol, seine Homologe oder durch Styrol

1304 Erkrankungen durch Nitro- oder Aminoverbindungen des Benzols oder seiner Homologe oder ihrer Abkömmlinge

1305 Erkrankungen durch Schwefelkohlenstoff

1306 Erkrankungen durch Methylalkohol (Methanol)

1307 Erkrankungen durch organische Phosphorverbindungen

1308 Erkrankungen durch Fluor oder seine Verbindungen

1309 Erkrankungen durch Salpetersäureester

1310 Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Aryl- oder Alkylaryloxide

## Anlage 1

- 1311 Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Aryl- oder Alkylarylsulfide
- 1312 Erkrankungen der Zähne durch Säuren
- 1313 Hornhautschädigungen des Auges durch Benzochinon
- 1314 Erkrankungen durch para-tertiär-Butylphenol
- 1315 Erkrankungen durch Isocyanate, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
- 1316 Erkrankung der Leber durch Dimethylformamid
- 1317 Polyneuropathie oder Enzephalopathie durch organische Lösungsmittel oder deren Gemische

Zu den Nummern 1101 bis 1110, 1201 und 1202, 1303 bis 1309 und 1315: Ausgenommen sind Hauterkrankungen. Diese gelten als Krankheiten im Sinne dieser Anlage nur insoweit, als sie Erscheinungen einer Allgemeinerkrankung sind, die durch Aufnahme der schädigenden Stoffe in den Körper verursacht werden, oder gemäß Nummer 5101 zu entschädigen sind.

### **2 Durch physikalische Einwirkungen verursachte Krankheiten**

- 21 Mechanische Einwirkungen
  - 2101 Erkrankungen der Sehnenscheiden oder des Sehngleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelansätze, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
  - 2102 Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten
  - 2103 Erkrankungen durch Erschütterung bei Arbeit mit Druckluftwerkzeugen oder gleichartig wirkenden Werkzeugen oder Maschinen
  - 2104 Vibrationsbedingte Durchblutungsstörungen an den Händen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
  - 2105 Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel durch ständigen Druck
  - 2106 Drucklähmungen der Nerven



## Anlage 1

- 2107 Abrißbrüche der Wirbelfortsätze
- 2108 Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
- 2109 Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Halswirbelsäule durch langjähriges Tragen schwerer Lasten auf der Schulter, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
- 2110 Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjährige, vorwiegend vertikale Einwirkung von Ganzkörperschwingungen im Sitzen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
- 2111 Erhöhte Zahnabrasionen durch mehrjährige quarzstaubbelastende Tätigkeit
- 22 Druckluft
- 2201 Erkrankungen durch Arbeit in Druckluft
- 23 Lärm
- 2301 Lärmschwerhörigkeit
- 24 Strahlen
- 2401 Grauer Star durch Wärmestrahlung
- 2402 Erkrankungen durch ionisierende Strahlen

### **3 Durch Infektionserreger oder Parasiten verursachte Krankheiten sowie Tropenkrankheiten**

- 3101 Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war
- 3102 Von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten
- 3103 Wurmkrankheit der Bergleute, verursacht durch *Ankylostoma duodenale* oder *Strongyloides stercoralis*
- 3104 Tropenkrankheiten, Fleckfieber

## Anlage 1

### 4 Erkrankungen der Atemwege und der Lungen, des Rippenfells und Bauchfells

- 41 Erkrankungen durch anorganische Stäube
- 4101 Quarzstaublungenerkrankung (Silikose)
- 4102 Quarzstaublungenerkrankung in Verbindung mit aktiver Lungentuberkulose (Siliko-Tuberkulose)
- 4103 Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) oder durch Asbeststaub verursachte Erkrankung der Pleura
- 4104 Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs
- in Verbindung mit Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose),
  - in Verbindung mit durch Asbeststaub verursachter Erkrankung der Pleura oder
  - bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Asbestfaserstaub-Dosis am Arbeitsplatz von mindestens 25 Faserjahren {25 x 106 [(Fasern/m<sup>3</sup>) • Jahre]}
- 4105 Durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells oder des Perikards
- 4106 Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Aluminium oder seine Verbindungen
- 4107 Erkrankungen an Lungenfibrose durch Metallstäube bei der Herstellung oder Verarbeitung von Hartmetallen
- 4108 Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Thomasmehl (Thomasphosphat)
- 4109 Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Nickel oder seine Verbindungen
- 4110 Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Kokereirohgase
- 4111 Chronische obstruktive Bronchitis oder Emphysem von Bergleuten unter Tage im Steinkohlenbergbau bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Feinstaubdosis von in der Regel [(100mg/m<sup>3</sup>) x Jahre]
- ???? Lungenkrebs durch polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe bei Nachweis
- \*) der Einwirkung einer kumulativen Dosis von mindestens 100 Benzo[a]pyren-Jahren
- [(µg/m<sup>3</sup>)x Jahre]
- \*) *Der Ärztliche Sachverständigenbeirat hat bereits eine Anerkennung „wie eine Berufskrankheit“ empfohlen (vgl. Bekanntmachung des BMA vom 5. Februar 1998 - BArbBl. 4/98, S. 54 ff)*
- 42 Erkrankungen durch organische Stäube
- 4201 Exogen-allergische Alveolitis

## Anlage 1

- 4202 Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Rohbaumwoll-, Rohflachs- oder Rohhanfstaub (Byssinose)
- 4203 Adenokarzinome der Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen durch Stäube von Eichen- oder Buchenholz
- 43 Obstruktive Atemwegserkrankungen
- 4301 Durch allergesierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (einschließlich Rhinopathie), die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
- 4302 Durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können

### **5 Hautkrankheiten**

- 5101 Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
- 5102 Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigende Hautveränderungen durch Ruß, Rohparaffin, Teer, Anthrazen, Pech oder ähnliche Stoffe

### **6 Krankheiten sonstiger Ursache**

- 6101 Augenzittern der Bergleute

## Anlage 2

Krankenkasse

Begutachtungsauftrag nach § 275 SGB V sowie § 282 SGB V bzw. den hierauf fußenden Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit dem MDK vom 27.08.90

Versicherter (internes Az. der Krankenkasse)		
Name:	Vorname:	Geb.-Datum

Sehr geehrte Damen und Herren,

- als Anlage erhalten Sie das erbetene Gutachten.
- Für die Erstellung des Gutachtens werden folgende weitere Unterlagen benötigt, die von Ihnen zu beschaffen sind:

.....  
.....  
.....

- Die Erstellung des Gutachtens ist erst in ca. .... Wochen möglich.
- Wir haben ein externes Gutachten in Auftrag gegeben.
- Die Unterlagen wurden an den

MDK .....  
abgegeben.

- .....

Mit freundlichen Grüßen

Anlagen

## Anlage 3

Medizinischer Dienst  
der Krankenversicherung  
z. Hd. des Leitenden Arztes

Begutachtungsauftrag nach § 275 SGB V sowie § 282 SGB V bzw. den hierauf fußenden Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit dem MDK vom 27.08.90

Versicherter (internes Az. der Krankenkasse)		
Name:	Vorname:	Geb.-Datum

### **Anlaß der Begutachtung**

- ablehnende Entscheidung eines Arbeitsunfalls durch den Träger der Unfallversicherung (UVT)
- ablehnende Entscheidung einer Berufskrankheit durch den Träger der Unfallversicherung (UVT)
- Abgrenzungsprobleme - unfallunabhängige/unfallbedingte Erkrankung
- .....

Sehr geehrte Damen und Herren,

unter Hinweis auf die o. g. Bestimmungen übersenden wir Ihnen unsere Unterlagen mit der Bitte, sich zu den auf der Rückseite aufgeführten Fragen gutachterlich zu äußern.

Falls Sie sich der Auffassung des UVT anschließen, erbitten wir eine kurze gutachterliche Stellungnahme.

Falls Sie die Auffassung des UVT nicht für zutreffend halten, erbitten wir ein ausführliches, wissenschaftlich fundiertes Gutachten.

### **Folgende Unterlagen werden beigelegt**

- Krankenunterlagen der Krankenkasse (in laufenden Erkrankungsfällen in Kopie)
- Krankenunterlagen/Gutachten aus der Akte des UVT
- folgende Originalunterlagen:.....
- .....

Mit freundlichen Grüßen

Anlagen

## Anlage 3

### Vorerkrankungsverzeichnis (ggf. als Anlage):

.....  
.....  
.....  
.....

### Zeiten der Krankenhausbehandlung:

.....  
.....  
.....

### Bei der Begutachtung bitten wir auf folgende Fragen besonders einzugehen:

Wann wäre die Arbeitsunfähigkeit wegen der unfallunabhängigen Erkrankung, für sich alleine gesehen - ohne die hinzugetretenen Unfallfolgen -, beendet gewesen? Bestand danach noch Arbeitsunfähigkeit alleine wegen der Unfallfolgen? Bis wann dauerte diese Arbeitsunfähigkeit?

Wann wäre die Arbeitsunfähigkeit wegen der Unfallfolgen, für sich alleine gesehen - ohne die hinzugetretene unfallunabhängige Erkrankung -, beendet gewesen? Bestand danach noch Arbeitsunfähigkeit alleine wegen der unfallunabhängigen Erkrankung?

Der UVT wertet das Unfallereignis als Gelegenheitsursache!  
Hätte jedes andere alltäglich vorkommende ähnlich gelagerte Ereignis zu (etwa) derselben Zeit und etwa in demselben Umfang zu dem Schaden geführt? Oder wäre der Schaden auch ohne jede äußere Einwirkung, völlig aus sich heraus - spontan -, eingetreten?

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**Sollten sich aus ärztlicher Sicht weitere Fragen ergeben, bitten wir Sie, diese ebenfalls zu behandeln.**

## Anlage 4

### **Musterschreiben:**

### **Einholung einer Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung**

**Betr.:** .....

Sehr geehrte(r) Frau/Herr .....,

für die im Betreff genannte Aufgabe bzw. zur weiteren Prüfung benötigen wir Unterlagen/Angaben, die dem Arztgeheimnis unterliegen. Eine Übermittlung an uns setzt die Entbindung Ihrer Ärzte und der Sie behandelnden Krankenhäuser von der gesetzlichen Schweigepflicht voraus.

Die als Anlage beigefügte Schweigepflichtentbindungserklärung und Herausgabebegehung bitten wir zu unterschreiben und an uns zurückzusenden.

Für Ihre Unterstützung bedanken wir uns.

Mit freundlichen Grüßen

.....-Krankenkasse

Anlage

## Anlage 5

### Schweigepflichtentbindungserklärung und Herausgabegenehmigung

Hiermit entbinde ich \_\_\_\_\_, Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, alle Krankenhäuser und Ärzte, die mich  
im Zusammenhang mit \_\_\_\_\_ behandelt haben und noch be-  
handeln, von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der \_\_\_\_\_-  
Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und erkläre gleichzeitig  
die Genehmigung zur Herausgabe der ärztlichen Unterlagen im Zusammenhang mit der Be-  
handlung an die \_\_\_\_\_-Krankenkasse und an den Medizinischen Dienst der Kran-  
kenversicherung.

**Weiterhin bin ich mit der Weiterleitung dieser ärztlichen Unterlagen durch meine Kran-  
kenkasse an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einverstanden.**

Die Verarbeitung der Daten erfolgt zu dem Zweck der Überprüfung, ob im Zusammenhang mit  
den Behandlungen ein ärztlicher Behandlungsfehler vorliegt. Sollte die Möglichkeit eines ärztli-  
chen Behandlungsfehlers bejaht werden, so bin ich damit einverstanden, daß die Daten auch  
zur Geltendmachung von Ersatzansprüchen der Krankenkasse genutzt werden.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)



## Anlage 6

An  
Medizinischer Dienst  
der Krankenversicherung  
z. H. des Leitenden Arztes

---

Begutachtungsauftrag nach § 275 SGB V sowie § 282 SGB V bzw. den hierauf fußenden Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit dem MDK vom 27.08.1990

**Versicherter** (internes Az.):

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_

---

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der o. g. Angelegenheit haben Sie ein Gutachten erstellt.

Wir unterrichten Sie nachstehend über den Fortgang bzw. den Abschluß des Falles:

- Die Gegenseite hat sich zu Ihrem Gutachten geäußert. Die Stellungnahme bzw. das Gutachten und die Akte fügen wir mit der Bitte um Stellungnahme bei.
- Die Gegenseite hat ihre Eintrittspflicht im Sinne Ihrer Auffassung anerkannt.
- Die Gegenseite hat ihre Eintrittspflicht anerkannt, jedoch \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Die Angelegenheit endete mit einem Urteil zu unseren Gunsten/zu Gunsten des UVT, durch einen Vergleich.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mit freundlichem Gruß

Anlagen

## **Anlage 7**

### **Betr.: Weiterverwendung von Gutachten, die durch externe Gutachter erstellt worden sind**

hier: Formulierungsvorschläge

„Der MDK wird das Gutachten im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben der das Gutachten erbittenden Krankenkasse, ggf. auch zur Weitergabe an den Versicherten bzw. weitere Beteiligte des diesbezüglichen Verfahrens, zur Verfügung stellen.“

„Der Auftragnehmer (externer Gutachter) räumt dem Auftraggeber (MDK) die unbeschränkten und ausschließlichen Nutzungsrechte, insbesondere Publikations- und Vervielfältigungsrechte, an dem zu erstellenden Gutachten ein. Der Auftraggeber ist berechtigt, Nutzungsrechte an dem Gutachten auf Dritte zu übertragen.“

## **Anlage 8**

(zur Veröffentlichung freigegeben)

### **Niederschrift**

über die Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen mit den Spitzenverbänden der Unfallversicherungsträger am 3. November 1998 in Sankt Augustin

### **TOP 6: Leistungsabgrenzung zwischen Kranken- und Unfallversicherung bei stationärer Krankenhausbehandlung**

Doku-Nr.: - 613.33 -

#### **Sachstand:**

Ab 1. Januar 1996 sind nach der Bundespflegesatzverordnung für die Abgeltung von Krankenhausleistungen neue Vergütungsformen zu berücksichtigen. Dabei ist zwischen Fallpauschalen, Sonderentgelten sowie tagesgleichen Abteilungs- und Basispflegesätzen zu unterscheiden.

Mit den Fallpauschalen werden die allgemeinen Krankenhausleistungen für einen bestimmten vereinbarten Behandlungsfall vergütet. Mit den Sonderentgelten wird für einen bestimmten Leistungskomplex (z. B. Operation) nur ein Teil der medizinischen Krankenhausleistungen eines Behandlungsfalls abgegolten. Der Basispflegesatz umfaßt lediglich die „Hotelleistung“ des Krankenhauses, während der Abteilungspflegesatz für ärztliche und pflegerische Leistungen, die nicht mit Fallpauschalen oder Sonderentgelten vergütet werden, zu zahlen ist.

Für die Dauer eines Krankenhausaufenthalts ist nur eine Fallpauschale abrechenbar. Wird der Patient wegen verschiedener Erkrankungen behandelt, ist die Fallpauschale für die Hauptleistung maßgebend. Die Hauptleistung wird bei der Entlassung durch das Krankenhaus festgelegt. Die Fallpauschale deckt lediglich den Zeitraum des Krankenhausaufenthalts bis zur jeweiligen Grenzverweildauer ab. Die Grenzverweildauer wird vom Beginn der Krankenhausbehandlung an berechnet. Bei Überschreitung der Grenzverweildauer werden für den weiteren Krankenhausaufenthalt die tagesgleichen Abteilungs- und Basispflegesätze berechnet, wobei der letzte Tag der Grenzverweildauer bereits als erster Überschreitungstag gilt. Für den Entlassungstag

sind Abteilungs- und Basispflegesätze nicht zu berechnen. Fraglich ist, wie bei Anwendung dieser neuen Vergütungsformen die Leistungspflicht zwischen Kranken- und Unfallversicherung abzugrenzen ist, wenn die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung zeitweise sowohl wegen einer „Allgemeinerkrankung“ als auch wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit erforderlich ist.

### **Besprechungsergebnis:**

Nach Auffassung der Besprechungsteilnehmer ist die Leistungsabgrenzung auf der Basis der Vorgaben der Bundespflegesatzverordnung vorzunehmen. Andere Lösungen erschienen für eine sachgerechte Lastenverteilung nicht geeignet.

Die Besprechungsteilnehmer empfehlen daher, bei der Leistungsabgrenzung in entsprechenden Fällen wie in den folgenden Beispielen zu verfahren. Nach Ablauf einer einjährigen „Probephase“ ist zu klären, ob diese Verfahrensweise als dauerhafte Regelung geeignet ist.

### **Beispiel 1:**

Der Versicherte wird wegen einer „Allgemeinerkrankung“ ab 1. Mai stationär behandelt. Für die Allgemeinerkrankung ist eine Fallpauschale vorgesehen, die Grenzverweildauer beträgt 20 Tage. Am 14. Mai erleidet der Versicherte einen vom Unfallversicherungsträger zu entschädigenden Unfall (§ 2 Abs. 1 Nr. 15 Buchst. a SGB VII). Aufgrund der Unfallfolgen besteht ab Unfalltag ebenfalls die Notwendigkeit stationärer Behandlung. Für die Behandlung der Unfallfolgen ist auch eine Fallpauschale bzw. ein Sonderentgelt sowie eine Grenzverweildauer von 15 Tagen vorgesehen.

### **Variante 1:**

Der Versicherte wird am 19. Mai aus dem Krankenhaus entlassen. Bis zu diesem Tage wäre die stationäre Behandlung wegen der „Allgemeinerkrankung“ auch ohne Zutritt der Arbeitsunfallfolgen notwendig gewesen.

### **Lösung:**

#### Hauptdiagnose „Allgemeinerkrankung“

Die Krankenkasse trägt die Fallpauschale, der Unfallversicherungsträger das Sonderentgelt.

#### Hauptdiagnose „Unfallfolgen“

Der Unfallversicherungsträger trägt die Fallpauschale, die Krankenkasse zahlt für die 4 Tage der Überschreitung der Grenzverweildauer den Abteilungs-/Basispflegesatz (15. - 18. Mai).

**Variante 2:**

Wegen der „Allgemeinerkrankung“ hätte der Versicherte am 17. Mai aus dem Krankenhaus entlassen werden können. Er verblieb jedoch bis zum 25. Mai im Krankenhaus und wurde in der Zeit vom 18. - 25. Mai ausschließlich wegen der Unfallfolgen behandelt.

**Lösung:**Hauptdiagnose „Allgemeinerkrankung“

Die Krankenkasse trägt die Fallpauschale, der Unfallversicherungsträger zahlt vom 20. - 24. Mai den tagesgleichen Abteilungs-/Basispflegesatz sowie das Sonderentgelt für die Behandlung der Unfallfolgen.

Hauptdiagnose „Unfallfolgen“

Der Unfallversicherungsträger trägt die Fallpauschale sowie den tagesgleichen Abteilungs-/Basispflegesatz vom 17. - 24. Mai; die Krankenkasse zahlt vom 15. - 16. Mai den tagesgleichen Abteilungs-/Basispflegesatz sowie ggf. das Sonderentgelt für die Allgemeinerkrankung.

**Variante 3:**

Die Krankenhausentlassung wegen der „Allgemeinerkrankung“ hätte am 25. Mai erfolgen können. Der Versicherte verblieb jedoch bis zum 30. Mai im Krankenhaus und wurde in der Zeit vom 26. - 30. Mai ausschließlich wegen der Unfallfolgen behandelt.

**Lösung:**Hauptdiagnose „Allgemeinerkrankung“

Die Krankenkasse trägt die Fallpauschale und vom 20. - 24. Mai den tagesgleichen Abteilungs-/Basispflegesatz, der Unfallversicherungsträger zahlt vom 25. - 29. Mai den tagesgleichen Abteilungs-/Basispflegesatz sowie ggf. das Sonderentgelt.

Hauptdiagnose „Unfallfolgen“

Der Unfallversicherungsträger trägt die Fallpauschale sowie den tagesgleichen Abteilungs-/Basispflegesatz vom 25. - 29. Mai; die Krankenkasse zahlt den tagesgleichen Abteilungs-/Basispflegesatz vom 15. - 24. Mai sowie ggf. das Sonderentgelt.

**Beispiel 2:**

Sachverhalt und Varianten wie Beispiel 1, allerdings ist für die Behandlung der „Allgemeinerkrankung“ weder eine Fallpauschale noch ein Sonderentgelt und für die Behandlung der Unfallfolgen eine Fallpauschale vorgesehen.

**Lösung zu Variante 1:**

Der Unfallversicherungsträger trägt die Fallpauschale, die Krankenkasse trägt den tagesgleichen Abteilungs-/Basispflegesatz vom 15. - 18. Mai.

**Lösung zu Variante 2:**

Die Krankenkasse trägt den tagesgleichen Abteilungs-/Basispflegesatz vom 15. - 16. Mai, der Unfallversicherungsträger trägt die Fallpauschale sowie den tagesgleichen Abteilungs-/Basispflegesatz vom 17. - 24. Mai.

**Lösung zu Variante 3:**

Der Unfallversicherungsträger trägt die Fallpauschale sowie den tagesgleichen Abteilungs-/Basispflegesatz vom 25. - 29. Mai; die Krankenkasse zahlt den tagesgleichen Abteilungs-/Basispflegesatz vom 15. - 24. Mai sowie ggf. das Sonderentgelt.

**Beispiel 3:**

Sachverhalt und Varianten wie Beispiel 1, allerdings ist für die Behandlung „Allgemeinerkrankung“ eine Fallpauschale und für die Behandlung der Unfallfolgen weder eine Fallpauschale noch ein Sonderentgelt vorgesehen.

**Lösung zu Variante 1:**

Die Krankenkasse trägt die Fallpauschale.

**Lösung zu Variante 2:**

Die Krankenkasse trägt die Fallpauschale, der Unfallversicherungsträger den tagesgleichen Abteilungs-/Basispflegesatz vom 20. - 24. Mai.

**Lösung zu Variante 3:**

Die Krankenkasse trägt die Fallpauschale und den tagesgleichen Abteilungs-/Basispflegesatz vom 20. - 24. Mai, der Unfallversicherungsträger den tagesgleichen Abteilungs-/Basispflegesatz vom 25. - 29. Mai.