

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Universität zu Köln

Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. M. A. Rothschild

Medizinische Gutachten im sozialgerichtlichen Prozess

Leitlinientreue in der Gutachtenerstattung bezüglich der
Berufskrankheiten BK 5101, BK 2301 und BK 2108

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
der hohen Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von

Kerstin Kerber

aus Bonn

Promoviert am:

21.März 2012

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln
(2012)

Gedruckt von der Firma sedruck.de
Ein Unternehmen von Zimo Druck und Kopie KG
Zschochersche Strasse 85
04229 Leipzig

Dekan: Universitätsprofessor Dr. med. Dr. h. c. Th. Krieg

1. Berichterstatter: Universitätsprofessor Dr. med. M. A. Rothschild

2. Berichterstatter: Universitätsprofessor Dr. med. T. C. Erren

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich keine Unterstützungsleistungen erhalten.

Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertationsschrift stehen.

Die Arbeit wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und ist auch noch nicht veröffentlicht.

Köln, den 20.11.2011

Die dieser Dissertation zugrunde liegenden Gutachten wurden mir von dem Sozialgericht Düsseldorf für die Zeit der Bearbeitung zur Verfügung gestellt.

Die Erstellung der Fragebögen anhand derer die Bearbeitung der Gutachten erfolgte, sowie die statistische Auswertung der Ergebnisse geschah ausschließlich durch mich.

Die Anleitung zur wissenschaftlichen Literaturrecherche erfolgte durch meinen Betreuer, Prof. Dr. med. M. A. Rothschild.

Danksagung

An erster Stelle gilt mein besonderer Dank Herrn Prof. Dr. med. Markus Rothschild für seine engagierte Betreuung während der Entstehung dieser Arbeit.

Ein großes Dankeschön auch an meine Familie, die mich während des Studiums und der Fertigstellung dieser Arbeit durch alle Höhen und Tiefen begleitet haben, immer an mich geglaubt haben und ohne deren emotionale und finanzielle Unterstützung mein Studium so nicht möglich gewesen wäre! Besonders meinem Vater Detlef Kerber gebührt großer Dank, ohne ihn wäre diese Arbeit niemals realisierbar gewesen.

Weiterhin danke ich meinem Partner Dirk Schießing für seine Liebe und Unterstützung in allen Dingen des Lebens, nicht nur während der Erstellung dieser Arbeit.

Zuletzt auch meinen Freunden ein großes Dankeschön, die mich während der Zeit des Studiums und dieser Arbeit immer begleitet haben.

Inhalt

1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG	1
2. MATERIAL UND METHODEN	4
2.1 DATENERHEBUNG	4
2.2 ANALYSE DER GUTACHTEN	5
2.3 STATISTISCHE AUSWERTUNG	5
3. ERGEBNISSE	6
3.1 BK 5101 (SCHWERE ODER WIEDERHOLT RÜCKFÄLLIGE HAUT-ERKRANKUNG)	6
3.1.1 VERTEILUNG DER GUTACHTERDATEN	6
3.1.2 PRÜFUNG DER GUTACHTEN AUF EINHALTUNG DER IM FRAGEBOGEN GEFORDERTEN ANAMNESEERHEBUNG, UNTERSUCHUNGEN UND DIAGNOSTISCHEN MAßNAHMEN	6
3.1.3 KORRELATION ZWISCHEN EINHALTUNG DER EXPERTISEN UND DEN EINFLUSSFAKTOREN DURCH DEN GUTACHTER	9
3.1.4. KORRELATION ZWISCHEN LEITLINIENTREUE UND AUSWIRKUNG AUF DEN GERICHTLICHEN PROZESS	12
3.2 BK 2301 (LÄRMSCHWERHÖRIGKEIT)	14
3.2.1 VERTEILUNG DER GUTACHTERDATEN	14
3.2.2 PRÜFUNG DER GUTACHTEN AUF EINHALTUNG DER IM FRAGEBOGEN GEFORDERTEN ANAMNESEERHEBUNG, UNTERSUCHUNGEN UND DIAGNOSTISCHEN MAßNAHMEN	14
3.2.3 KORRELATION ZWISCHEN EINHALTUNG DER EXPERTISEN UND DEN EINFLUSSFAKTOREN DURCH DEN GUTACHTER	17
3.2.4 KORRELATION ZWISCHEN LEITLINIENTREUE UND AUSWIRKUNG AUF DEN GERICHTLICHEN PROZESS	20
3.3 BK 2108 (BANDSCHEIBENBEDINGTE ERKRANKUNG DER LENDEN-WIRBELSÄULE)	21
3.3.1 PRÜFUNG DER GUTACHTERDATEN	21
3.3.2 PRÜFUNG DER GUTACHTEN AUF EINHALTUNG DER IM FRAGEBOGEN GEFORDERTEN ANAMNESEERHEBUNG, UNTERSUCHUNGEN UND DIAGNOSTISCHEN MAßNAHMEN	21
3.3.3 KORRELATION ZWISCHEN EINHALTUNG DER EXPERTISEN UND DEN EINFLUSSFAKTOREN DURCH DEN GUTACHTER	25

3.3.4 KORRELATION ZWISCHEN LEITLINIENTREUE UND AUSWIRKUNG AUF DEN GERICHTLICHEN PROZESS	28
4. DISKUSSION	30
4.1 BK 5101	36
4.2 BK 2301	41
4.3 BK 2108	45
4.4 SCHLUSSFOLGERUNGEN	48
5. ZUSAMMENFASSUNG	52
6. ANHANG	55
FRAGENKATALOG BK 5101	55
FRAGENKATALOG BK 2301	58
FRAGENKATALOG BK 2108	63
7. LITERATURVERZEICHNIS	69
8. LEBENSLAUF	73

1. Einleitung und Fragestellung

Nach § 9 Abs. 1 des Sozialgesetzbuches (SGB) VII zur gesetzlichen Unfallversicherung sind Berufskrankheiten "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" [36]. Es werden solche Krankheiten als Berufskrankheit bezeichnet, „die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkung verursacht worden sind, und denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übliche Bevölkerung ausgesetzt sind“ [37]. Es sind nur diejenigen in der Anlage 1 der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) aufgelisteten Krankheiten als Berufskrankheiten zu benennen [11].

Die hier vorliegende Studie beschäftigt sich mit der Begutachtung im Zusammenhang mit drei Erkrankungen: a) schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können, b) die Lärmschwerhörigkeit und c) die bandscheibenbedingte Erkrankung 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. Die Erkrankungen sind unter den entsprechenden Ziffern BK 5101 (Hauterkrankungen), BK 2301 (Lärmschwerhörigkeit) und BK 2108 (Bandscheibenerkrankung der Lendenwirbelsäule) in der Liste der BKV verzeichnet.

Aus dem Bericht der Bundesregierung über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen in der Bundesrepublik Deutschland vom

22.12.2009 geht hervor, dass diese drei Berufskrankheiten zahlenmäßig auch an der Spitze der angezeigten Berufskrankheiten im Jahr 2008 stehen. Von 18.995 angezeigten Hauterkrankungen wurden jedoch lediglich 647 als BK 5101 anerkannt, von 9792 Lärmschwerhörigkeiten nur 5158 als BK 2301 und nur 265 Lendenwirbelsäulenerkrankungen wurden von insgesamt 5550 Anzeigen auch als BK 2108 anerkannt [12]. Es existiert demnach eine erhebliche Diskrepanz zwischen einer diagnostizierten und während des Arbeitslebens entstandenen Erkrankung und ihrer Anerkennung als Berufskrankheit.

Umso mehr Gewicht kommt daher der Arbeit eines medizinischen Gutachters zu. „Der ärztliche Gutachter ist der sachverständige Berater der Träger der gesetzlichen Sozialversicherungen, der Gerichte und der privaten Versicherungen. Als unparteiischer Sachverständiger gibt er den Versicherungsträgern und damit zugleich den dort Versicherten medizinischen Rat“. Medizinische Sachverhalte werden durch ihn in die rechtlichen Voraussetzungen des Sozialversicherungsrechts eingeordnet [16]. „Das Sachverständigengutachten ist ausschließlich als gerichtliches Beweismittel qualifiziert“, es ist in keinsten Weise ein bewertendes Urteil, sondern lediglich eine fachliche Einschätzung [24]. Die endgültige Entscheidung des gerichtlichen Prozesses liegt beim Richter.

Um die Begutachtung durch den Sachverständigen zu erleichtern und gleichzeitig die Qualität auf dem höchsten Standard zu erhalten, wurden für die Begutachtung einzelner Berufskrankheiten Leitlinien entwickelt. Für die in dieser Studie relevanten Erkrankungen sind dies: das Bamberger Merkblatt [13] für die Begutachtung der Hautkrankheiten; das Königsteiner Merkblatt [21] für die Begutachtung der Lärmschwerhörigkeit und die Konsensempfehlungen (Ergebnisse einer, auf Initiative und mit Unterstützung des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften eingerichtete interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft) zur Beurteilung bandscheibenbedingter Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule [10]. Mit Hilfe dieser Expertisen, die stets auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen, soll

eine gleichbleibende Qualität in der Begutachtung und eine gleiche Rechtsanwendung für alle gewährleistet werden [7]. Diese beständige Güte ist nicht nur für den Probanden von höchster Wichtigkeit, es geht im individuellen Fall um die Frage nach Anerkennung der vorliegenden Erkrankung als Berufskrankheit, sondern auch für die Gutachten in Anspruch nehmenden Institutionen. Die Versicherungen oder der Richter, in beiden Fällen medizinische Laien, müssen sich vollständig auf das Fachwissen und die Kompetenz des medizinischen Sachverständigen verlassen können. Die Qualität eines Gutachtens bestimmt somit in hohem Maße auch den Ausgang des sozialgerichtlichen Prozesses.

Ziel dieser Studie war es festzustellen, inwiefern diese Leitlinien zur Begutachtung von Berufskrankheiten in den erstatteten Sachverständigen-gutachten nach § 106 SGG [38] berücksichtigt werden, welche Rückschlüsse die Einhaltung/ „Mißachtung“ der Leitlinien auf die Qualität eines Gutachtens zulässt und welche Faktoren des Gutachters hierbei eine Rolle spielen. Des Weiteren sollte geprüft werden, ob der Ausgang des gerichtlichen Prozesses mit der Einhaltung der Leitlinien bei der Gutachtenerstattung korreliert.

2. Material und Methoden

2.1 Datenerhebung

Die vorliegende Arbeit basiert auf der Auswertung von insgesamt 160 medizinischen Sachverständigengutachten. 134 dieser Gutachten wurden im Auftrag des Sozialgerichtes Düsseldorf und 26 im Auftrag des Landessozialgerichtes Nordrhein-Westfalen im Rahmen eines gerichtlichen Prozesses erstattet. Aus einem Kollektiv von insgesamt 3000 archivierten Akten im Zeitraum von 2002 bis 2009 wurde anhand einer zufälligen Stichprobe die vorliegende Fallzahl erreicht. 53 der Gutachten betrafen jeweils die Berufskrankheiten 5101 und 2301, 54 Gutachten die BK 2108. Ein Gutachten bezog sich jeweils nur auf einen Probanden; ein Gutachter erstellte maximal 5 Gutachten. So lagen für die statistische Auswertung bezüglich der bandscheibenbedingten Berufskrankheit Gutachten von insgesamt 33 Ärzten/innen für Orthopädie vor, Gutachten über die berufsbedingte Lärmschwerhörigkeit wurden von insgesamt 26 Ärzten/innen für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde erstellt und für die schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankung erfolgte die Begutachtung durch 35 Dermatologen/innen. Die Erfassung, Speicherung und Verarbeitung personen- und fallbezogener Daten erfolgte gemäß wissenschaftlichen Standards zum Schutz der Persönlichkeitsrechte aller an der Untersuchung beteiligten Personen sowie unter Berücksichtigung institutioneller Datenschutzrichtlinien. Daten wurden nach Erfassung ausschließlich anonym gespeichert, gruppenstatistisch verarbeitet und berichtet. Rückschlüsse auf Einzelfälle sind nicht möglich. Klarnamen wurden entsprechend verschlüsselt und Codierungslisten für die Dauer der Untersuchung unter Verschluss aufbewahrt. Nach Abschluss der Untersuchung wurden sie vernichtet.

2.2 Analyse der Gutachten

Anhand der 3 existierenden Leitlinien bezüglich der in dieser Studie untersuchten Berufskrankheiten BK 5101, BK 2301 und BK 2108 wurden Fragenkataloge erstellt. Diese in Microsoft Excel 2007 verfassten Fragebögen enthalten tabellarisch die von den jeweiligen Expertisen geforderten Untersuchungen zur korrekten Begutachtung des Probanden, sowie die Plausibilitätsprüfung der erhobenen Befunde und die Kausalitätsprüfung. Des Weiteren wurde in den nachfolgenden Spalten erhoben, inwiefern die Gutachter die erforderlichen Prüfungen durchgeführt haben. Hinzu kam die Erfassung der Gutachterdaten zu Geschlecht, Alter, Qualifikation und zur Art des Arbeitsplatzes. Die Fragenkataloge finden sich im Anhang.

2.3 Statistische Auswertung

Die relevanten Daten wurden zunächst in Microsoft Excel 2007 erfasst. Die statistische Auswertung erfolgte im Anschluss deskriptiv ebenso unter der Verwendung von Microsoft Excel 2007. Die statistische Signifikanz wurde mittels des T-Testes ermittelt. Nicht immer jedoch handelte es sich um Fallzahlen der gleichen Größenordnung, z. B. Männer (BK 5101 $n = 31$, Frauen $n = 20$). Zu Beginn der Auswertung wurden für die jeweiligen Berufskrankheiten die Verteilung der Gutachterdaten Geschlecht, Alter, Qualifikation und Arbeitsplatz erfasst. Daraufhin schloss sich, individuell nach dem dazugehörigen Fragenkatalog, die Prüfung der Einhaltung der geforderten Anamneseerhebung, Untersuchungen und diagnostischen Maßnahmen an. Zum Ende wurden die Korrelation zwischen Einhaltung der Expertisen und den persönlichen Gutachterdaten sowie die Auswirkung auf den Ausgang des gerichtlichen Prozesses ermittelt.

3. Ergebnisse

3.1 BK 5101 (schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankung)

3.1.1 Verteilung der Gutachterdaten

Von insgesamt n = 53 erstatteten Gutachten bezüglich der Berufskrankheit 5101 wurden 31 (58,8 %) von männlichen Ärzten für Dermatologie verfasst und 20 (37,7 %) von Dermatologinnen. Bei 2 Gutachten (3,8 %) ließ sich das Geschlecht des Gutachten beauftragten Arztes nicht ermitteln, da in den vorliegenden Akten konsequent die Namen des Gutachters gekürzt verzeichnet wurden. 41,5 % der Ärzte, das heißt 22 insgesamt befanden sich in einem Alter zwischen 30 und 40 Jahren, 52,8 % (insgesamt 28) zwischen 41 und 65 Jahren, lediglich 5,7% (insgesamt 3 Gutachter) waren über 65 Jahre alt. Die Qualifikation der Ärzte verhielt sich folgend: Assistenzärzte/innen erstatteten in 21 Fällen die Gutachten (39,6 %), Fachärzte/innen annähernd gleich mit 22 Fällen (41,5 %) und 18,9 % (insgesamt 10) Gutachten wurden von Chefärzten/innen angefertigt. Universitätskliniken waren in 67,9 % (36 Gutachten) Arbeitsplatz des/der Gutachters/in, in 9,4 % (insgesamt 5) handelte es sich um eine größere Klinik (mit einer Bettenzahl über 400). Eine kleinere Klinik (Bettenzahl unter 400) diente einem Gutachter (1,9 %) als Arbeitsplatz und in 20,8 % (11 Fälle insgesamt) wurden die Gutachten von niedergelassenen Ärzten in einer Praxis erstattet.

3.1.2 Prüfung der Gutachten auf Einhaltung der im Fragebogen geforderten Anamneseerhebung, Untersuchungen und diagnostischen Maßnahmen

Die erste relevante Frage im Zusammenhang mit der Analyse der erstatteten Gutachten bezieht sich auf die Berücksichtigung des Bamberger Merkblattes allgemein in der Beurteilung zum Abschluss des erarbeiteten Gutachtens. In

dieser Studie wurde bei einer Gesamtzahl von 53 Gutachten diese Leitlinie (neben anderen, neusten an der Wissenschaft orientierten Kenntnissen) von 14 der Gutachter berücksichtigt (26 %). In der Mehrheit der Fälle (n = 39) wurde das Bamberger Merkblatt offenkundig den Akten zufolge nicht als Leitlinie der Begutachtung zugrunde gelegt (74 %).

Im weiteren Verlauf wurden die vom Bamberger Merkblatt geforderten Maßnahmen im Zusammenhang mit der Erstattung eines Gutachtens bezüglich der BK 5101, welche auch von weiteren existierenden wissenschaftlichen Expertisen verlangt werden, auf Einhaltung überprüft.

Zunächst stand die Erfassung der berufstypischen Belastungsmuster der Probanden im Vordergrund. In der Anamneseerhebung stellten nahezu alle Gutachter/innen (98 %) explizit Fragen zur speziellen Exposition, wie zum Beispiel nach toxischen Stoffen oder Feuchtbelastung im Arbeitsumfeld. Lediglich ein/e Gutachter/in ließ dies unerwähnt. Eine umfassende Arbeitsplatzbeschreibung mit Erhebung und Prüfung der Arbeitsplatzgrenzwerte [13] erfolgte durch 32 Gutachter/innen (60 %), 21 erfassten diesen Punkt nicht (40 %).

Des Weiteren erfolgte im Anschluss die Erörterung der außerberuflichen Faktoren in der Sozial- und Freizeitanamnese [13] für eine Hauterkrankung wie mögliche Expositionen in der Freizeit, häusliche Belastung, Medikamente sowie eine allergische Eigenanamnese. Die Kontrolle, ob in der Freizeit des Probanden eine hautbelastende Aktivität stattgefunden hat, wurde in 75 % der Fälle durchgeführt (40 Gutachten), in 25 % nicht (13 Gutachten). Die häusliche Belastung wurde in 72 % geprüft (38 Fällen), in 28 % jedoch nicht (15 Fälle). Ob Medikamente aufgrund ihres Nebenwirkungsprofils eine zusätzliche Hautbelastung darstellen wurde in der Mehrzahl der erstellten Gutachten anamnestisch erhoben (94 %), in 6 % (3 Gutachten) blieb diese Frage unerwähnt. Ein weiterer wichtiger Punkt in der Erhebung der Anamnese stellt die Frage nach der allergischen Vorgeschichte [13]. Auch dies wurde in der Mehrheit der Gutachten (92 %) erörtert, lediglich in 8 % geschah dies nicht.

In der Diagnostik bezüglich der schweren oder wiederholt rückfälligen Hauterkrankung steht der Nachweis berufsspezifischer Substanzen an hoher Stelle [13]. Ein Pricktest mit berufsspezifischen Allergenen, wie zum Beispiel Latex, wurde in 30 Gutachten durchgeführt (59 %), in 21 fehlt diese Untersuchung (41 %). In zwei Gutachten war diese Art der Diagnostik nicht mehr zu verwirklichen, da es sich um Begutachtungen lange Zeit nach der eigentlichen Exposition handelte. Eine Epikutantestung [13] mit berufsbezogener Reihe wurde in 33 Fällen ausgearbeitet (65 %), in 18 Fällen jedoch nicht (35 %). Auch hier war es erneut in zwei Gutachten medizinisch nicht mehr sinnvoll einen Epikutantest durchzuführen, da es sich um eine Begutachtung lange Zeit nach der eigentlichen Exposition handelte.

Relevant für die BK 5101 ist auch die arbeitskongruente Erkrankungsdynamik mit der Frage nach Besserung der Symptomatik im Urlaub. 36 Gutachter/innen (68 %) eruierten diesen Aspekt, in 17 Fällen wurde er nicht erörtert (32 %).

Um den für die Anerkennung der BK 5101 (schweren oder wiederholt rückfälligen Hauterkrankung) notwendigen Kriterien Rechnung zu tragen, müssen vor allem folgende Punkte gutachterlich bedacht werden: in der Anamnese der Verlauf unter Berücksichtigung dokumentierter ärztlicher Behandlung sowie den AU-Zeiten (Zeiten der Arbeitsunfähigkeit), da mindestens 2 Rezidive bei Abheilung vorgelegen haben müssen, um den Begriff der wiederholten Hauterkrankung zu erfüllen. Die Schwere der Hauterkrankung wird anhand des klinischen Bildes, des Verlaufes (Erkrankungsdauer über 6 Monate), der Ausdehnung des Krankheitsbildes, der Rückfälligkeit, sowie dem objektiven Zwang zur Tätigkeitsaufgabe unter Ausschöpfung aller Schutzmaßnahmen, wie zum Beispiel spezieller Schutzkleidung oder Hautlotionen, manifestiert [13]. Die Erfassung des Verlaufs unter Berücksichtigung von Dokumentation einer ärztlichen Behandlung und Arbeitsunfähigkeitszeiten erfolgte in 49 Fällen (94 %), in 3 Fällen (6 %) fehlte diese. In einem Gutachten war eine derartige Erfassung nicht möglich, da die dazu notwendigen Unterlagen dem Gutachter nicht mehr vorgelegt werden konnten. 80 % der Gutachter überprüften das

klinische Bild (n = 41), 20 % taten dies nicht (10 Gutachten). In zwei Fällen war diese Begutachtung der Klinik nicht mehr möglich, da zum Zeitpunkt der Examination schon eine vollständige Remission der Hauterkrankung eingetreten war und eine Fotodokumentation oder anderweitige Erfassung der damals floriden Erkrankung nicht stattgefunden hat. Eine Rückfälligkeit wurde in 43 Gutachten (84 %) belegt, in 16 % erfolgte eine solche Prüfung nicht (n = 8). Auch hier war es in zwei Fällen erneut nicht möglich diesen Aspekt nachzuvollziehen, da die nötigen Unterlagen dem/ der Gutachter/in zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht vorlagen. Der Verlauf der Hauterkrankung wurde in 41 Fällen erfasst (80 %), in 10 Gutachten (20 %) geschah eine solche Prüfung nicht. Auch hier waren zwei Gutachtern/innen die nötigen Unterlagen nicht zugänglich. Ähnlich verhält es sich mit der Überprüfung der Ausdehnung der Hauteffloreszenz, wo es in zwei Fällen nicht möglich war, die notwendigen Akten zum Zeitpunkt der Begutachtung bereitzustellen. In 32 Gutachten (63 %) erfolgte eine Dokumentation dieser Ausdehnung, in 19 Fällen nicht (37 %). Die Kontrolle, ob ein objektiver Zwang zur Tätigkeitsaufgabe unter Ausschöpfung aller Schutzmaßnahmen vorgelegen hat, wurde in 39 Fällen (76 %) durchgeführt, in 12 nicht (24 %), in zwei Gutachten war es nicht durchführbar aufgrund fehlender Schriftstücke. Die explizite Frage nach Schutzmaßnahmen in der Anamnese wurde von 47 Gutachten gestellt (89 %), in 6 Gutachten (11 %) fehlte diese.

3.1.3 Korrelation zwischen Einhaltung der Expertisen und den Einflussfaktoren durch den Gutachter

Nachdem zuvor einzelne, für die Begutachtung der Berufskrankheit der schweren oder wiederholt rückfälligen Hauterkrankung wesentliche Fragepunkte aus dem selbst erstellten Fragebogen und mit den Leitlinien konformen Empfehlungen, überprüft wurden, folgte im Anschluss zunächst die Auswertung der allgemeinen Befunderhebung. Hierbei wurde berücksichtigt, wie viele, für den Sachverständigen relevante Parameter der dazugehörige Fragebogen insgesamt beinhaltet, und wie vielen davon im Durchschnitt Beachtung geschenkt wurde. Für die BK 5101 gilt: im Mittel

waren 49 Fragepunkte bedeutsam. Je nach Ausprägung und Ätiologie des Krankheitsbildes waren maximal 51 und mindestens 42 Parameter für den jeweiligen Gutachter wesentlich. Im Durchschnitt wurden hiervon 40 Aspekte, das heißt 82 % bedacht.

Es schloss sich daraufhin die Prüfung des Zusammenhangs zwischen der Person des Gutachters, das heißt: Geschlecht, Alter, Qualifikation sowie Arbeitsstätte, und der Einhaltung der vom Bamberger Merkblatt geforderten Anamneseerhebung, Untersuchungen und diagnostischen Maßnahmen an. Männliche Gutachter beachteten im Mittel 79,8 % der relevanten Fragepunkte, während sich weibliche Sachverständige an 85,7 % der Parameter hielten ($p > 0,05$). Mit 88,9 % eingehaltenen Punkten im Fragenkatalog lagen die Sachverständigen mit einem Alter zwischen 30 und 40 Jahren an erster Stelle, gefolgt von Gutachtern mit einem Alter über 65 Jahren (83,7 %), während die Ärzte/innen in einem Alter zwischen 41 und 65 Jahren nur 76,9 % der wesentlichen Fragepunkte bearbeiteten (Vergleich: 30-40-Jährige/ 41-65-Jährige $p < 0,05$; 30-40-Jährige/ ≥ 65 -Jährige $p > 0,05$; 41-65-Jährige/ ≥ 65 -Jährige $p > 0,05$). Assistenzärzte/innen wendeten 88,3 % der von den Leitlinien geforderten diagnostischen Maßnahmen an, Fachärzte/innen 78,8 %, gefolgt von den Chefärzten/innen, welche 77,4 % der Parameter bearbeiten (Vergleich: Assistenzärzte/innen/ Fachärzte/innen $p < 0,05$; Assistenzärzte/innen/ Chefärzte/innen $p < 0,05$; Fachärzte/innen/ Chefärzte/innen $p > 0,05$). Zuletzt wurde die Korrelation zwischen Arbeitsstätte des beauftragten Gutachters und der Einhaltung der Expertisen geprüft. Wurde ein Gutachten in einer Uniklinik erstellt, so wurde der Fragenkatalog zu 86,8 % angewendet. 69,5 % der Parameter wurden in einer Klinik mit mehr als 400 Betten erfüllt. Sachverständige im niedergelassenen Bereich folgten 77,7 % der notwendigen Punkte. Mit nur 33,3% bildet der Arbeitsplatz in einer kleinen Klinik das Schlusslicht (Vergleich: Uniklinik/ größere Klinik $p < 0,05$; Uniklinik/ kleinere Klinik: statistische Signifikanz nicht zu berechnen, da nur in einem Gutachten eine kleinere Klinik Auftraggeber war; Uniklinik/ Praxis $p < 0,05$; größere Klinik/ kleinere Klinik: Signifikanz nicht zu berechnen; größere Klinik/ Praxis $p >$

0,05; kleinere Klinik/ Praxis Signifikanz nicht zu berechnen) (siehe Abbildung 1))

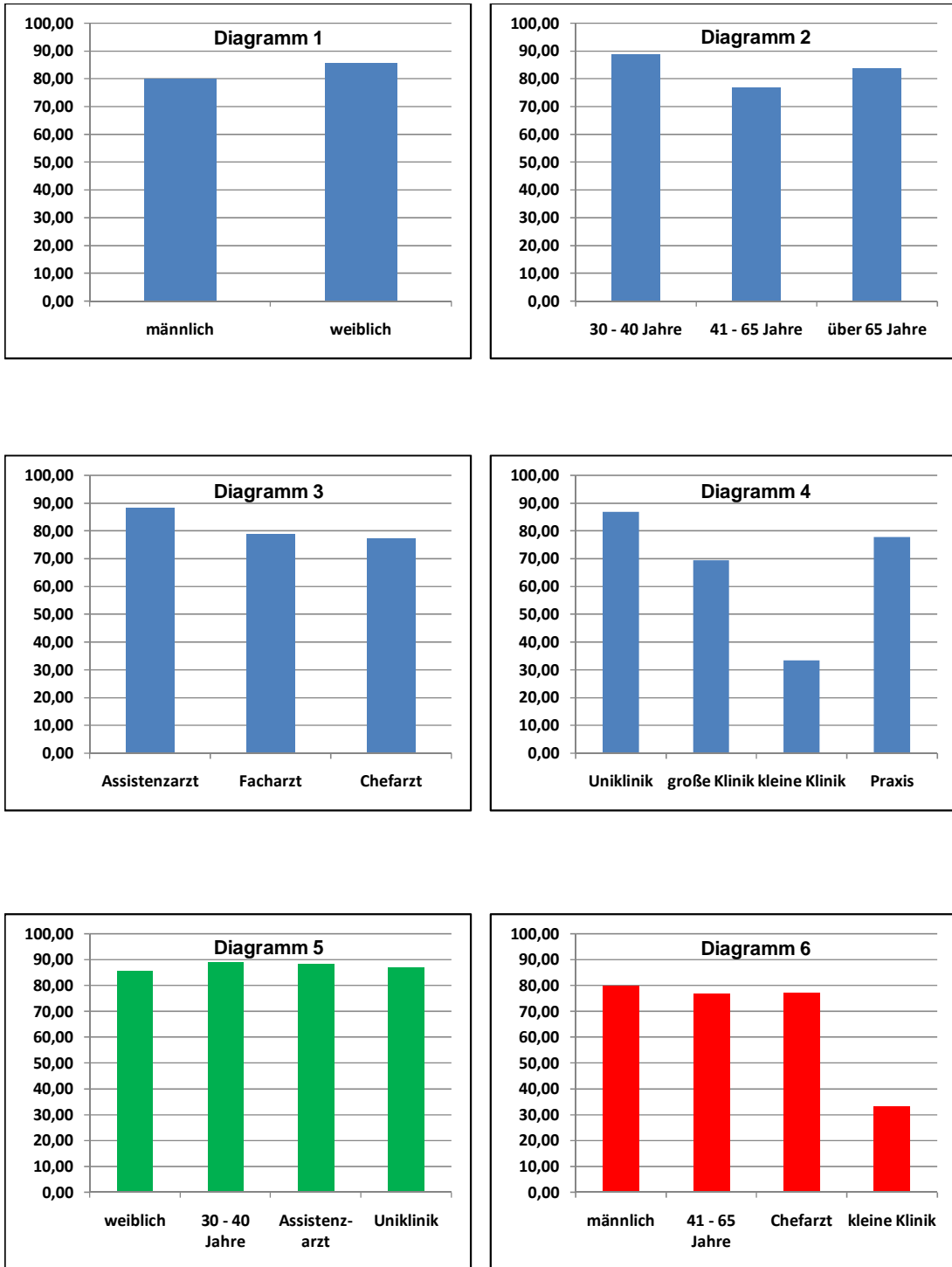


Abbildung 1: Diagramme 1-4: durchschnittliche Einhaltung der relevanten Fragepunkte im Kontext zu den Einflussfaktoren durch den Gutachter bezüglich der BK 5101; Diagramm 5: theoretisch bestmögliche Kombination von Einflussfaktoren durch den Gutachter in der Einhaltung der relevanten Fragepunkte; Diagramm 6: theoretisch schlechtmöglichste Kombination von Einflussfaktoren durch den Gutachter in der Einhaltung der relevanten Fragepunkte

3.1.4. Korrelation zwischen Leitlinientreue und Auswirkung auf den gerichtlichen Prozess

Nachdem nun bis dato die Einhaltung der Leitlinien allgemein, sowie die Überprüfung der Beachtung spezifischer relevanter Fragepunkte und die Einflussfaktoren durch den Gutachter analysiert wurden, folgte die Erhebung des Zusammenhangs zwischen den Ergebnissen im gerichtlichen Prozess und den Anwendungen der existierenden Expertisen.

Es bestehen in dieser Studie in Verbindung mit der Berufskrankheit der schweren oder wiederholt rückfälligen Hauterkrankung insgesamt 9 verschiedene Endergebnisse im gerichtlichen Prozess:

- a) Rücknahme der Klage
- b) Abweisung der Klage
- c) Anerkennung der BK
- d) ein weiteres Gutachten nach § 109 SGG [39]
- e) Berufung
- f) Abweisung der Berufung
- g) Einstellung des Verfahrens
- h) die Schließung eines Vergleichs, sowie in seltenen Fällen die Tatsache, dass
- i) noch kein Beschluss vorliegt.

Von insgesamt 53 Gutachten bezüglich der BK 5101 führten 15 Gutachten zu einer Rücknahme der Klage. Die Einhaltung der Leitlinien lag hierbei im Durchschnitt bei 80,8 %. Eine Abweisung der Klage erfolgte in 14 Fällen mit einer Leitlinientreue von durchschnittlich 80,9 %. In lediglich 5 Fällen wurde eine Berufskrankheit anerkannt, hierbei wurden im Mittel 89,2 % des Fragenkatalogs erfüllt (Vergleich Rücknahme der Klage/ Anerkennung der Klage: $p > 0,05$; Vergleich Abweisung der Klage/ Anerkennung der Klage: $p >$

0,05). Sechs Mal verlangte der Kläger nach einem weiteren Gutachten gemäß § 109 SGG, in 81,3 % wurden zuvor die Leitlinien eingehalten. Eine Berufung resultierte in drei Fällen bei einer hohen Leitlinientreue von insgesamt 89,3 % im Durchschnitt. Alle drei Klagen wurden jedoch in der Berufung abgewiesen. Hierbei konnte die Beachtung der Expertisen mit durchschnittlich 77,3 % angegeben werden (Vergleich Berufung/ Abweisung der Berufung: $p > 0,05$). Ein Gutachten führte zu einer Einstellung des Verfahrens, der/die Sachverständige hielt sich zu 76,5 % an den erstellten Fragenkatalog. Bei einer Einhaltung der Leitlinien von im Mittel 84,4 % konnte in 4 Fällen ein Vergleich des Klägers mit der jeweiligen Berufsgenossenschaft (BG) geschlossen werden. In zwei der zu analysierenden Gutachten lag noch kein Beschluss vor, die Expertisen Anwendung erfolgte hier zu durchschnittlich 84,0 %.

3.2 BK 2301 (Lärmschwerhörigkeit)

3.2.1 Verteilung der Gutachterdaten

Für die statistische Auswertung der BK 2301 lagen n = 53 Gutachten vor. In 94,3 % der Fälle (insgesamt 50 Gutachten) handelt es sich bei dem Gutachter um einen männlichen Arzt für Hals- Nasen- Ohrenheilkunde und in 5,7 % (insgesamt 3) um Ärztinnen. 15,1 % der Ärzte/innen befanden sich in einem Lebensalter zwischen 30 und 40 Jahren (n = 8), 62,3 % waren zwischen 41 und 65 Jahren (n = 33) und 22,6 % hatten das 65. Lebensjahr überschritten (n = 12). Assistenzärzte/innen erstatteten in 4 Fällen (7,5 %) ein Gutachten, Fachärzte/innen in 26,4 % (14 Gutachten) und 66,0 % der verfassten Gutachten wurden von Chefärzten/innen erarbeitet (n = 35). Die Universitätsklinik war in 7,5 % (4 Gutachten) Arbeitgeber, die größeren Kliniken (mit einer Bettenzahl über 400) waren zu 37,7 % vertreten (20 Gutachten), kleinere Kliniken (Bettenzahl unter 400) Arbeitsplatz für einen Gutachten beauftragten Arzt (1,9 %) und 52,8 % der Gutachten wurden von niedergelassenen Ärzten erstattet (n = 28).

3.2.2 Prüfung der Gutachten auf Einhaltung der im Fragebogen geforderten Anamneseerhebung, Untersuchungen und diagnostischen Maßnahmen

Die auch hier erste relevante Frage im Zusammenhang mit erstellten Gutachten bezüglich der BK 2301 ist die Frage nach Berücksichtigung des Königsteiner Merkblattes als Leitlinie zum Abschluss des Gutachtens in der Beurteilung. In nur 30 % der Fälle (16 Gutachten) wurde das Königsteiner Merkblatt explizit angewendet, in der Mehrheit der Fälle (37 Gutachten, 70 %) jedoch nicht.

Im Folgenden wurden wie auch schon zuvor bei der Analyse der BK 5101 die vom Königsteiner Merkblatt im Besonderen mit der Erstellung von Gutachten bezüglich der BK 2301 existierenden wissenschaftlichen Expertisen geforderten Maßnahmen auf Einhaltung überprüft.

Zu Beginn stand die Frage nach dem Nachweis einer potentiell hörschädigenden Lärmexposition. Um dies zu dokumentieren waren einerseits die Messergebnisse des TAD (Technischer Aufsichtsdienst), als auch die eigenen Angaben des Probanden notwendig [21]. TAD-Messergebnisse wurden von 44 Gutachtern/innen überprüft (83 %), in 9 Fällen unterblieb dies (17 %). 41 der Gutachter/innen (77 %) ermittelten die Lärmexposition auch nach den Angaben des Probanden; 12 Gutachter/innen (23 %) unterließen es diesen Aspekt zu erfragen.

Des Weiteren bedeutsam ist die Nachvollziehbarkeit eines zeitlichen Zusammenhanges zwischen einer hörschädigenden Lärmeinwirkung und der Entwicklung einer möglichen Lärmschwerhörigkeit [21]. Nach wie vielen Jahren der Lärmexposition erste Symptome auftraten, erfragten 42 Gutachter/innen (79 %), 11 dagegen gingen nicht auf diese Frage ein (21 %).

Um den Vollbeweis einer Innenohrschwerhörigkeit vom Haarzelltyp erbringen zu können, welcher Voraussetzung für die Anerkennung einer Hörschädigung als Berufskrankheit ist [21], sind diverse diagnostischen Untersuchungen notwendig. Im Einzelnen sind dies: die Tonschwellenaudiometrie, die Sprachaudiometrie, die Stimmgabelprüfung, eine Hörweitenprüfung, überschwellige audiometrische Untersuchungen, wie zum Beispiel der Sisi-Test oder der Lüscher-Test, und die Impedanzaudiometrie (in diesem Fall die Tympanometrie) [21]. Sowohl die Tonschwellenaudiometrie als auch die überschwelligen, audiometrischen Untersuchungen wurden von allen Gutachtern/innen (100 %) durchgeführt. Die Sprachaudiometrie wurde in 49 Fällen (94 %) ausgeführt, in 3 Fällen nicht (6 %). In einem Gutachten war eine sprachaudiometrische Untersuchung nicht möglich, da die deutsche Sprache nicht die Muttersprache des Probanden war und mit Hilfe eines Dolmetschers gearbeitet werden musste. Eine Stimmgabelprüfung erfolgte in 49 Gutachten (92 %), in 4 Gutachten blieb diese aus (8 %). Die Hörweitenprüfung wurde durch weniger als die Hälfte aller Gutachter/innen (47 %, 25 Gutachten) erbracht, die knappe Mehrheit (53 %) ließ diese Untersuchung aus (28 Gutachten). Die Tympanometrie, eine Form der Impedanzmessung, wurde

von fast allen beauftragten Gutachtern/innen (n = 50) durchgeführt (94 %), lediglich 3 Gutachter/innen (6 %) unterließen diese Untersuchung (siehe Abb. 2).

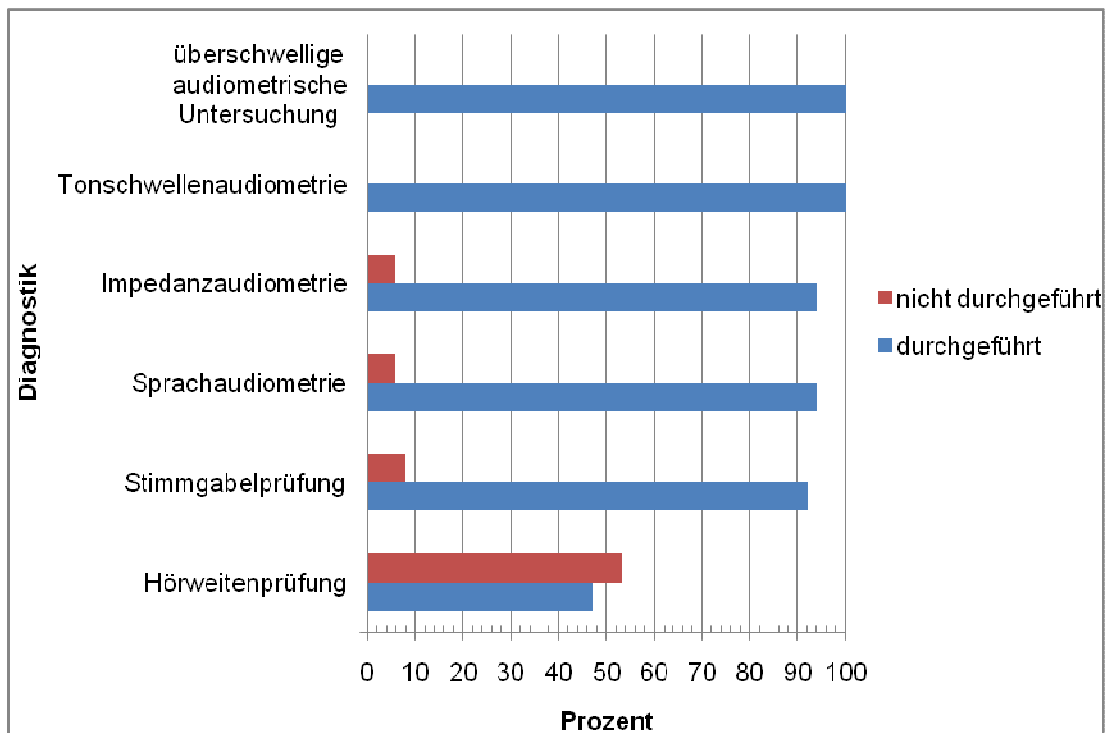


Abbildung 2: Darstellung der durchschnittlichen Durchführung der relevanten diagnostischen Untersuchungen für den Vollbeweis einer Innenohrschwerhörigkeit.

Ein weiterer elementarer Aspekt in der Anamnese, für die mögliche Anerkennung einer Hörschädigung als Berufskrankheit, ist die Prüfung der außerberuflichen Faktoren: Erkrankungen in der Vorgeschichte, die Einnahme ototoxischer Medikamente, Kopftraumen, lärmintensive Hobbies, Explosionen oder Knalltraumata [21]. Ob eine in der Vorgeschichte des Probanden liegende Erkrankung möglicherweise Ursache für eine Hörschädigung unabhängig von der Geräuscheinwirkung am Arbeitsplatz des Probanden sein könnte, wurde in 83 % der Gutachten erfragt (n = 44). In 9 Fällen (17 %) blieb diese anamnestische Erhebung aus. 30 Gutachter/innen (57 %) ermittelten die Einnahme ototoxischer Medikamente, 23 vernachlässigten diesen Punkt (43 %). Unfälle, zum Beispiel

schwerwiegende Schädelhirntraumata, prüften 33 Ärzte/innen (62 %), 20 hingegen nicht (38 %). Die Anamnese bezüglich einer lärmintensiven Freizeitaktivität erfolgte in nur 13 Fällen (25 %), dreiviertel (n = 40) der Untersucher verzichteten hier auf eine Erhebung (75 %). Explosionen in der Vergangenheit eruierten 15 Ärzte/innen (28 %), Knalltraumata in der Vergangenheit wurden von 16 Ärzte/innen (30 %) erfragt. Für 38 (72 %) Ärzte/innen (bei Explosionen) bzw. für 37 (70 %) Ärzte/innen (bei Knalltraumata) schien diese Frage unerheblich.

Ob alle Hörbefunde, besonders die Ohrgeräuschwahrnehmung auch plausibel zu erklären sind, das heißt ob die zeitliche Kongruenz und der berufstypische Lärmbereich vorgelegen haben, wurde in 46 Gutachten (87 %) überprüft, in 7 unterblieb dies (13 %).

Grundlegend für die Anerkennung einer Hörschädigung als Berufskrankheit ist die Beurteilung der haftungsausfüllenden Kausalität [21]. 92 % aller Gutachter/innen gingen in ihrer Gesamtbeurteilung auf diesen wesentlichen Aspekt ein (n = 48), bei 8 % unterblieb dies jedoch (n = 4).

3.2.3 Korrelation zwischen Einhaltung der Expertisen und den Einflussfaktoren durch den Gutachter

Im Bezug auf die BK 2301 waren für die Erstellung eines Sachverständigen-gutachtens je nach Ätiologie und Ausprägung der Lärmschwerhörigkeit zwischen 53 und 68 Parameter in dem zuvor angefertigten Fragenkatalog relevant. Im Mittel bedeutet dies 62,6 Punkte, die jede/r einzelne Arzt/Ärztin zu beachten hatte. Die relativ große Spannweite zwischen Unter- und Obergrenze der zu bearbeitenden Parameter begründet sich in den Unterschieden im Umfang bezüglich der Anamnese und der Diagnostik, welche im individuellen Fall durchgeführt werden mussten, um eine während des Berufslebens entstandene Schwerhörigkeit als Lärmschwerhörigkeit im Sinne einer Berufskrankheit diagnostizieren zu können. Im Durchschnitt

wurden von den relevanten Punkten lediglich 45,7 Fragepunkte berücksichtigt (73,1 %).

Mit 73,6 % im Durchschnitt führten männliche Sachverständige im Gegensatz zu den weiblichen Gutachtern (65,4 %) mehr der geforderten Fragepunkte aus ($p > 0,05$). Lag das Alter des/ der Gutachters/ Gutachterin zwischen 30 und 40 Jahren, so wurden im Mittel 64,6 % der Parameter bedacht. Die über 65-Jährigen hielten sich im Durchschnitt an 73,0 % der vom Königssteiner Merkblatt und im Fragenkatalog aufgelisteten Punkte, während Ärzte/innen in einem Alter zwischen 41 und 65 Jahren mit 75,2 % durchschnittlich am häufigsten die Leitlinien berücksichtigten (Vergleich: 30-40-Jährige/ 41-65-Jährige $p < 0,05$; 30-40-Jährige/ ≥ 65 -Jährige $p > 0,05$; 41-65-Jährige/ ≥ 65 -Jährige $p > 0,05$). Im Hinblick auf die fachliche Qualifikation des jeweiligen Sachverständigen, war zu bemerken, dass mit zunehmender Qualifikation auch die Anzahl der im Mittel bedachten Fragepunkte anstieg. So hielten sich Assistenzärzte/innen an 69,5 % der Punkte, während Fachärzte/innen im Durchschnitt 72,3 % und Chefärzte/innen 73,9 % der notwendigen Aspekte mit einbezogen (Vergleich: Assistenzärzte/innen/ Fachärzte/innen $p > 0,05$; Assistenzärzte/innen/ Chefärzte/innen $p > 0,05$; Fachärzte/innen/ Chefärzte/innen $p > 0,05$). Zuletzt wurde wiederum die Korrelation zwischen Arbeitsumfeld eines Gutachters und der Einhaltung der geforderten Fragepunkte überprüft. War die Uniklinik Arbeitgeber, so wurden im Mittel 70,7 % der relevanten Fakten bearbeitet. Eine größere Klinik (Bettzahl über 400) als Arbeitgeber führte zu einer Einhaltung von 75,0 %, eine kleinere Klinik zu 84,4 %. War der beauftragte Gutachter niedergelassener Arzt/Ärztin, so wurden im Durchschnitt 71,7 % der wichtigen Punkte im Fragenkatalog berücksichtigt (Vergleich: Uniklinik/ größere Klinik $p > 0,05$; Uniklinik/ kleinere Klinik statistische Signifikanz nicht zu berechnen, da nur in einem Gutachten eine kleinere Klinik Auftraggeber war; Uniklinik/ Praxis $p > 0,05$; größere Klinik/ kleinere Klinik Signifikanz nicht zu berechnen; größere Klinik/ Praxis $p > 0,05$; kleinere Klinik/Praxis Signifikanz nicht zu berechnen) (siehe Abbildung 3)).

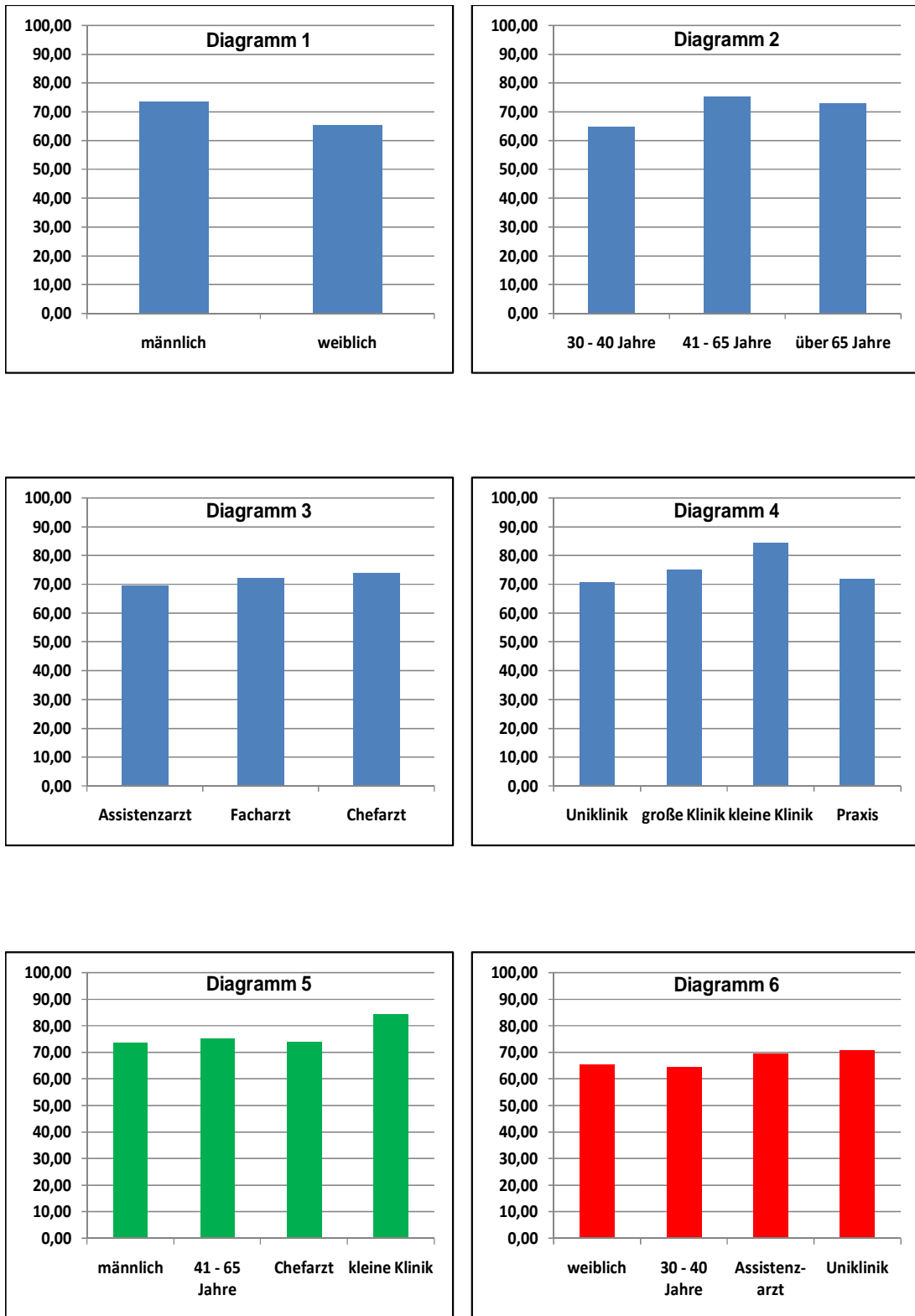


Abbildung 3: Diagramme 1-4: durchschnittliche Einhaltung der relevanten Fragepunkte im Kontext zu den Einflussfaktoren durch den Gutachter bezüglich der BK 2301; Diagramm 5: theoretisch bestmögliche Kombination von Einflussfaktoren durch den Gutachter in der Einhaltung der relevanten Fragepunkte; Diagramm 6: theoretisch schlechtmöglichste Kombination von Einflussfaktoren durch den Gutachter in der Einhaltung der relevanten Fragepunkte

3.2.4 Korrelation zwischen Leitlinientreue und Auswirkung auf den gerichtlichen Prozess

Im Zusammenhang mit der Berufskrankheit Lärmschwerhörigkeit lagen insgesamt 7 verschiedene Endergebnisse im gerichtlichen Prozess vor:

- a) Rücknahme der Klage
- b) Abweisung der Klage
- c) Anerkennung der BK
- d) ein weiteres Gutachten nach § 109 SGG
- e) Berufung
- f) Abweisung der Klage im Berufungsverfahren und
- g) der Vergleich.

Von 53 analysierten Gutachten bezüglich der Lärmschwerhörigkeit kam es in über der Hälfte (28 Fällen) zu einer Rücknahme der Klage, hierbei betrug die Leitlinieneinhaltung im Durchschnitt 76,1 %. 7 Mal erfolgte eine Abweisung der Klage bei einer durchschnittlichen Leitlinientreue von 75,2 %. In einem einzigen Fall wurde eine Schwerhörigkeit als eine berufsbedingte Lärmschwerhörigkeit anerkannt, in diesem Gutachten ergab sich eine Einhaltung der Expertisen von 76,9 %. Ein weiteres Gutachten gemäß § 109 SGG wurde in 5 Fällen erstellt, der zuvor bearbeitete Anteil des Fragenkatalogs lag bei 63,5 %. 6 erstellte Gutachten, mit einer durchschnittlichen Bearbeitung der Leitlinien von 66,3 % führten zu einem Berufungsverfahren. Davon wurden zwei Klagen in der Berufung abgewiesen (Einhaltung der Leitlinien 79,5 %), in 4 Fällen gelang ein Vergleich mit der Berufsgenossenschaft (66,3 % Einhaltung).

3.3 BK 2108 (bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule)

3.3.1 Prüfung der Gutachterdaten

Im Zusammenhang mit der Berufskrankheit bezüglich der bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule wurden insgesamt n = 54 Gutachten erstellt. 92,6 % davon durch männliche Orthopäden (50 Fälle) und 7,4 % von Ärztinnen (n = 4). Mit 90,7 % hatte die überwiegende Mehrheit ein Alter zwischen 41 bis 65 Jahren (49 Gutachter), zwei Ärzte/innen ein Alter zwischen 30 und 40 Jahren (3,7 %) und 3 Gutachter/innen ein Alter über 65 Jahren (5,6 %). Assistenzärzte/innen erstellten in keinem der Fälle ein Gutachten, 38 wurden durch Fachärzte/innen bearbeitet (70, 4 %) und 16 durch Chefärzte/innen (29,6 %). Arbeitsstätte für die Erstellung der Gutachten waren in 7,4 % eine Universitätsklinik (4 Gutachten), 2 wurden in einer Klinik mit einer Bettenzahl über 400 ausgearbeitet (3, 7 %), 6 in einem kleineren Krankenhaus (11,1 %), die Mehrzahl (n = 42) der Gutachten erfolgte durch niedergelassene Ärzte (77,8 %)

3.3.2 Prüfung der Gutachten auf Einhaltung der im Fragebogen geforderten Anamneseerhebung, Untersuchungen und diagnostischen Maßnahmen

Wie auch schon zuvor, bei der Analyse der Gutachten bezüglich der Berufskrankheiten 5101 und 2301, war die erste grundsätzliche Frage bei der statistischen Auswertung der Gutachten hinsichtlich der bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule die nach der Anwendung der Leitlinien während der Begutachtung. Auch in diesem Fall, wie schon in der Beurteilung bezüglich der anderen beiden genannten Berufskrankheiten, betrug die Leitlinien-treue weniger als die Hälfte. Lediglich 30 % der Sachverständigen machten explizit Gebrauch von den Konsensusempfehlungen (16 Gutachten). In 38 Gutachten (70 %) wendeten die beauftragten Ärzte/ innen andere wissenschaftlich fundierte Expertisen an.

Nachstehend erfolgte die Prüfung, der im Einzelnen von den Konsensusempfehlungen geforderten Anamneseerhebungen und Untersuchungen. Im Gegensatz zu den anderen beiden Berufskrankheiten muss bezüglich der BK 2108 erwähnt werden, dass genaue Untersuchungstechniken, sowie diagnostische Maßnahmen und Anamneseerhebungen dem BK- Report 2/03 „Wirbelsäulenerkrankungen“ des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften entnommen wurden [17]. Dieser stellt die essentielle Grundlage der Konsensusempfehlungen dar, welche, wie schon in der Einleitung erläutert, Ergebnisse einer auf Initiative und mit Unterstützung des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften eingerichteten interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft präsentieren. Zunächst wurde wieder die Erfassung der außerberuflichen Faktoren [17], welche für eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule unabhängig von den Belastungen während der Berufsausübung ursächlich gewesen sein könnten, erhoben. Eine Freizeitanamnese führten lediglich 20 der Gutachter/innen (37 %) durch, während 34 dies unterließen (63 %). Berufsunabhängige Lebensgewohnheiten dokumentierten weniger als ein Viertel (n = 12) der beauftragten Ärzte/innen (22 %), die überwiegende Mehrheit (78 %) von 42 Sachverständigen ließ diesen Aspekt unerwähnt. Es folgte im Anschluss daran die Überprüfung der Erhebung der Allgemeinbefunde, wie zum Beispiel die Dokumentation des Allgemeinzustandes des Probanden, des Trainingszustandes, des Bewegungsmusters oder der Bewegungsausmaße [17]. 94 % aller Gutachter erhoben diesen Allgemeinbefund, in 6 % der Fälle blieb dies aus.

Wesentlich auch für die Überprüfung der plausiblen zeitlichen Korrelation zwischen Einwirkung der Belastung und Entstehung des Lendenwirbelsäulenleidens ist die Entwicklung des Beschwerdebildes anhand dokumentierter ärztlicher Vorbefunde, sowie den Angaben des Probanden selbst [17]. Diesen Aspekt explorierte die überwiegende Mehrzahl der Gutachter/innen mit 85 % (n = 46), nur 15 % (n = 8), gingen hierauf nicht ein.

Um eine bandscheibenbedingte Erkrankung nachweisen zu können, welche Voraussetzung für die Anerkennung eines Rückenleidens als BK 2108 ist, sind besonders zwei Faktoren von grundlegender Bedeutung: zum einen der bildgebende Nachweis eines Bandscheibenschadens (Höhenminderung und/oder Vorfall), welcher unabdingbare, jedoch nicht hinreichende Voraussetzung für den Nachweis einer bandscheibenbedingten Erkrankung ist [10]. Zum anderen, eine korrelierende klinische Symptomatik. Um diese Symptomatik dokumentieren zu können, müssen in der Befunderhebung spezifische Punkte ermittelt werden. Dazu gehören unter anderem:

- a) der Schober-Index
- b) die Testung nach Lasègue (Nervendehnungsschmerz des N. Ischiadicus)
- c) der Vermerk von Verspannungen
- d) Stauchungsschmerzen im Wirbelsäulenbefund [9].

74 % aller Sachverständigen (n = 40) ließen Röntgenbilder aktuell anfertigen oder solche beibringen, die nicht älter als ein Jahr waren, um eine bandscheibenbedingte Erkrankung diagnostizieren zu können, 26 % verzichteten darauf (14 Gutachter), obwohl diese zwingend erforderlich für die Beurteilung sind. MRT-Bilder wurden im Auftrag von insgesamt 10 Gutachtern als zusätzliche diagnostische Maßnahme angefertigt, wenn Hinweise auf eine radikuläre Symptomatik vorlagen. Die Ermittlung des Schober-Indexes (Entfaltungsspanne der Lendenwirbelsäule bei Rumpfbeugung nach vorne) erfolgte durch 72 % der Ärzte/innen (n = 39), 28 % prüften diesen Wirbelsäulenbefund nicht (n = 15). Ein häufiges Merkmal bei bandscheibenbedingten Leiden ist das positive Zeichen nach Lasègue. Diesen Test führten mit 87 % fast alle der Sachverständigen (n = 47) aus, nur 13 % unterließen diese Testung (7 Gutachter). Neurologische Befunderhebung allgemein, worunter auch der Test nach Lasègue fällt, aber auch die Überprüfung der Muskeleigenreflexe, wie der Patellarsehnen- oder Achillessehnenreflex wurden zu 96 % vollzogen, lediglich 4 % (2 Gutachter/innen) führten keine neurologische Befunderhebung durch. In der Erhebung des Wirbelsäulenbefundes vermerkte ebenfalls die überwiegende

Mehrheit eine Verspannung (85 %), 15 % dokumentierten diese Klinik nicht. Die Erhebung von Stauchungsschmerzen kann mit zwei verschiedenen Untersuchungen durchgeführt werden. Zum einen der axiale Stauchungsschmerz, dieser wurde von ungefähr einem Drittel der Sachverständigen getestet (31 %), 2 Drittel sahen von diesem Test ab (69 %). Zum anderen der Stauchungsschmerz beim Fallenlassen auf die Ferse aus dem Zehenstand, hier führte eine kleine Minderheit von 7 % der Gutachter diesen Versuch durch, bei dem Großteil (93 %) blieb dieser Test aus.

Relevant ist die Korrelation zwischen der Erhebung der klinischen Symptomatik, zu welcher die vorgenannten Punkte (Zeichen nach Lasègue, Schober- Index, Verspannungen und Stauchungsschmerz) zählen, und der Erklärung bzw. Bestätigung in der Beurteilung zum Abschluss eines Gutachtens, dass ein BK-fähiges Krankheitsbild im Vollbeweis vorliegt [17]. Diese Bescheinigung, welche grundlegend für die Anerkennung einer Lendenwirbelsäulenerkrankung als Berufskrankheit ist, wurde in 87 % der analysierten Gutachten getätigt, obwohl einige Untersuchungen, wie zum Beispiel die Prüfung der Stauchungsschmerzes beim Fallenlassen aus dem Zehenstand nur in 7 % der Fälle durchgeführt wurden.

Speziell für die BK 2108 (anders, als bei der BK 5101 oder der BK 2301) wurden in den Konsensuspapieren so genannte Befundkonstellationen erarbeitet. Diese Befundkonstellationen stellen eine Zusammenhangesbeurteilung bei typischen Fallkonstellationen dar. Miteinbezogen in diese Befundkonstellation sind die Frage nach: einer ausreichenden Exposition, der gesicherten bandscheibenbedingten Erkrankung, einer plausiblen zeitlichen Korrelation zwischen Arbeitsbelastung und diagnostiziertem bandscheibenbedingten Lendenwirbelsäulenleiden, wesentlichen konkurrierenden Ursachenfaktoren, einer Begleitspondylose (Sammelbegriff für degenerative Veränderungen an Wirbelkörpern (und Intervertebralräumen), die sich röntgenologisch als Unregelmäßigkeiten (z.B. Zacken, Erhebungen oder Randwülste) darstellen.) und den dazugehörigen Bildbefunden des Probanden [10]. Insgesamt wurden von dem Expertengremium, welches für die Entstehung der Konsensuspapiere

hauptverantwortlich zeichnete, 21 Befundkonstellationen definiert. In 15 Fällen ließ sich ein Konsens bezüglich der Frage nach dem Zusammenhang zwischen beruflicher Belastung und der Erkrankung finden, in 6 Fällen blieb dieser Konsens aus. Diese Befundkonstellationen sind mit der Intention definiert worden, einerseits eine Erleichterung hinsichtlich der Begutachtung für den Sachverständigen darzustellen und andererseits eine einheitliche Beurteilung zu ermöglichen. Insgesamt haben sich im Rahmen dieser Studie jedoch lediglich 9 Ärzte/innen (17 %) dieses Hilfsmittels bedient, während 45 (83 %) darauf verzichteten.

Eine so genannte Begleitspondylose [10] als mögliche sekundäre Veränderung in Folge eines Bandscheibenschadens, wurde im Kontext der Befunderhebung von 46 % der Sachverständigen (n = 25) dokumentiert, 54 % (29 Gutachter) unterließen es, dieses zu prüfen.

3.3.3 Korrelation zwischen Einhaltung der Expertisen und den Einflussfaktoren durch den Gutachter

Auch bei der BK 2108 wurde nach Überprüfung einzelner, für die Klassifizierung einer Erkrankung der Lendenwirbelsäule als Berufskrankheit im Sinne der Definition laut § 9 Absatz 1 SGB VII wichtigen diagnostischen Maßnahmen und Anamneseerhebungen im Anschluss die allgemeine Befunderhebung geprüft sowie die Korrelation zwischen dieser und den jeweiligen Einflussfaktoren durch den Sachverständigen. Im Fall der BK 2108 waren zwischen 123 und 126 Fragepunkte zu bearbeiten, das heißt im Durchschnitt bei insgesamt 54 Gutachten 124,3 Punkte. Eingehalten von diesen geforderten Aspekten wurden allerdings lediglich ungefähr die Hälfte, (71,7 Punkte bzw. 57,7 %).

Stellt man den Zusammenhang zwischen der Einhaltung der relevanten Aspekte und den Gutachterparametern (Geschlecht, Alter, Qualifikation und Arbeitsplatz) her, so ließ sich feststellen, dass mit 59,0 % die männlichen Gutachter im Durchschnitt mehr notwendige Fragepunkte berücksichtigten,

als weibliche, welche sogar weniger, als die Hälfte bearbeiteten (41,0 %) ($p < 0,05$). Mit steigendem Alter des Gutachters sank die Einhaltung der in den Leitlinien geforderten Untersuchungen, Anamneseerhebungen und diagnostischen Maßnahmen. Gutachter/innen mit einem Alter zwischen 30 und 40 Jahren berücksichtigten mit 62,1 % noch am meisten Punkte, während die Gruppe zwischen 41 und 65 Jahren nur noch 57,6 % bearbeitete und Gutachter/innen über 65 Jahren lediglich 55,9 % der Punkte berücksichtigten (Vergleich: 30-40-Jährige/ 41-65 -Jährige $p > 0,05$; 30-40-Jährige/ ≥ 65 -Jährige $p > 0,05$; 41-65-Jährige/ ≥ 65 -Jährige $p > 0,05$). Bei der Qualifikation des/der Sachverständigen konnten im Fall der BK 2108 nur die Anzahl der bedachten Fragepunkte von Fachärzten/innen und Chefärzten/innen verglichen werden (Assistenzärzte erstellten in keinem Fall ein Gutachten), die mit 57,9 % der zu berücksichtigenden Punkte (Fachärzte/innen) bzw. 57,3 % (Chefärzte/innen) vergleichbar die Leitlinien beachteten ($p > 0,05$). War eine Universitätsklinik Arbeitgeber des/r Sachverständigen, so wurden ungefähr die Hälfte der relevanten Parameter berücksichtigt (52,1 %), ähnlich der Ergebnisse bei niedergelassenen Orthopäden/innen (56,8 %). Etwas bessere Resultate erzielten Gutachter/innen in größeren Kliniken mit durchschnittlich 62,5 %. Am besten waren jedoch die beauftragten Ärzte/innen in den kleineren Kliniken mit 65,9 % (Vergleich: Uniklinik/ größere Klinik $p > 0,05$; Uniklinik/ kleinere Klinik $p > 0,05$; Uniklinik/ Praxis $p > 0,05$; größere Klinik/ kleinere Klinik $p > 0,05$; größere Klinik/ Praxis $p > 0,05$; kleinere Klinik/ Praxis $p > 0,05$) (siehe Abbildung 4).

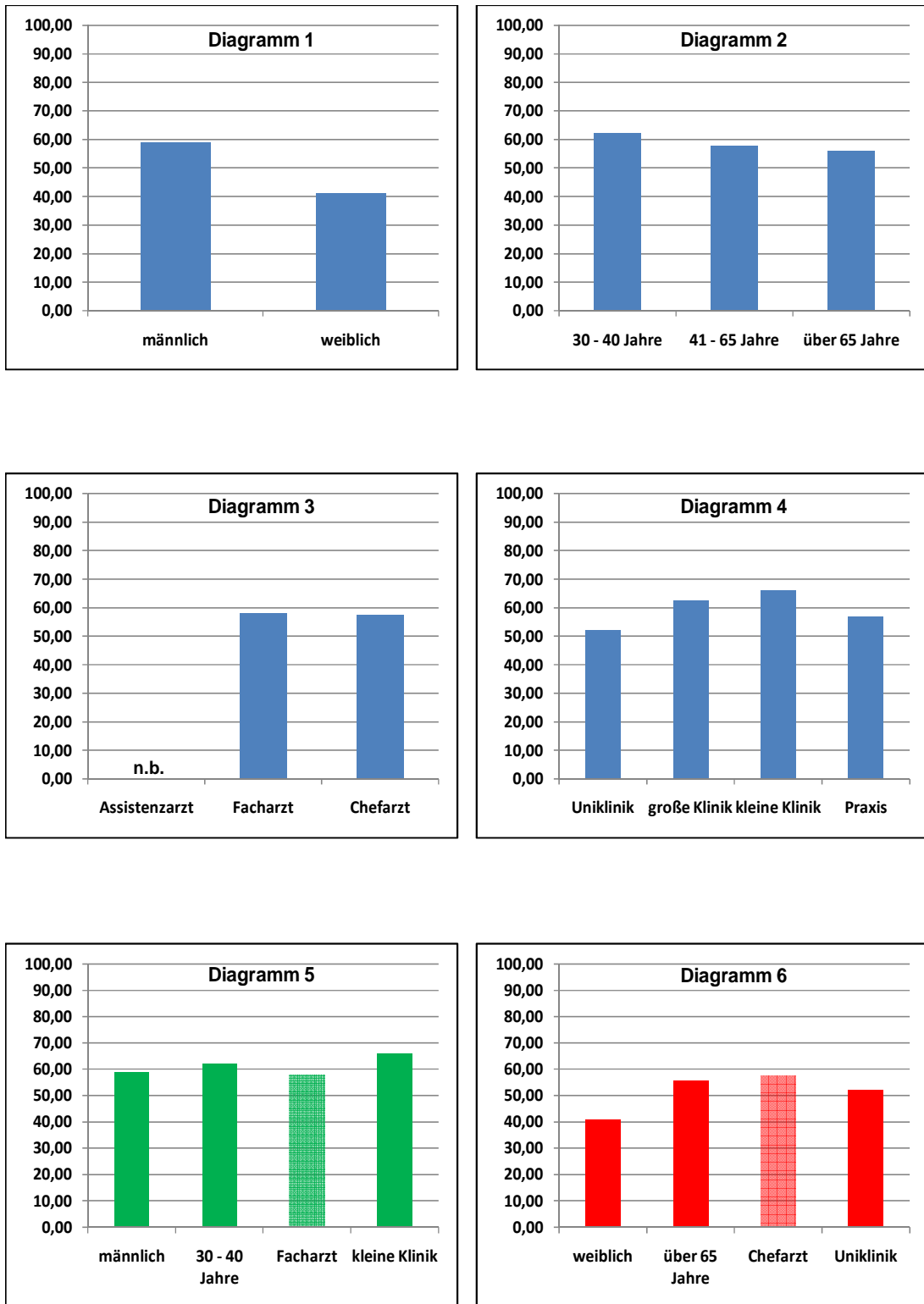


Abbildung 4: Diagramme 1-4: durchschnittliche Einhaltung der relevanten Fragepunkte im Kontext zu den Einflussfaktoren durch den Gutachter bezüglich der BK 2108. Bezüglich der Qualifikation der Gutachter besteht eine eingeschränkte Vergleichsmöglichkeit, da in keinem der Gutachten ein Assistenzarzt angefordert wurde; Diagramm 5: theoretisch bestmögliche Kombination von Einflussfaktoren durch den Gutachter in der Einhaltung der relevanten Fragepunkte; Diagramm 6: theoretisch schlechtmöglichste Kombination von Einflussfaktoren durch den Gutachter in der Einhaltung der relevanten Fragepunkte

3.3.4 Korrelation zwischen Leitlinientreue und Auswirkung auf den gerichtlichen Prozess

Insgesamt 54 Gutachten lagen zur Analyse bezüglich der berufsbedingten Lendenwirbelsäulenerkrankung vor. Auch hierbei gab es, ähnlich der BK 5101, 9 verschiedene Endergebnisse im gerichtlichen Prozess:

- a) Rücknahme der Klage
- b) Abweisung der Klage
- c) weiteres Gutachten nach § 109 SGG
- d) Berufung
- e) Abweisung der Klage in der Berufung
- f) Anerkennung der BK in der Berufung
- g) Einstellung des Berufungsverfahrens
- h) Vergleich mit der Berufsgenossenschaft und
- i) ein weiteres Gutachten nach § 106 SGG.

Auch im Zusammenhang mit der BK 2108 erfolgte in ungefähr der Hälfte aller Gutachten (n = 27) eine Rücknahme der Klage, bei einer durchschnittlichen Einhaltung der Expertisen von 59,2 %. 10 Begutachtungen durch eine/n Sachverständige/n führten zu einer Abweisung der Klage, in diesem Zusammenhang wurde im Mittel 60,2 % der im Fragebogen geforderten Diagnostik angewendet. Ein weiteres Gutachten nach § 109 SGG wurde in 4 Fällen erstellt (in 59,9% der Fälle wurden die Leitlinien eingehalten). Ein Berufungsverfahren schloss sich in 4 Fällen an, bei einer Leitlinientreue von gemittelt 55,7 %. Auch hier wurden alle 4 Klagen in der Berufung abgewiesen, obschon die Einhaltung der Expertisen, welche für das Verfahren im Gutachten neu eingeholt wurden, hierbei lediglich 46,6 % betrug, also weniger, als die Hälfte. In einem Fall lag zur Analyse von Beginn an nur ein Gutachten vom Landessozialgericht NRW vor, also einem Berufungsverfahren, nicht wie zuvor zunächst ein Gutachten nach § 106

SGG und im Anschluss daran das Berufungsverfahren. Hierbei wurde die BK anerkannt, bei einer durchschnittlichen Bearbeitung der Leitlinien von 57,3 %. Zu einer Einstellung des Klageverfahrens führte ein Gutachten mit einer Expertiseneinhaltung von 73,6 %. Die Berufsgenossenschaft einigte sich in zwei Fällen anhand eines Vergleiches mit dem Kläger, die Bearbeitung des Fragenkatalogs lag im Mittel bei lediglich 39,1 %. Atypischerweise wurde in einem Fall ein weiteres Gutachten gemäß § 106 SGG angefordert, hierbei betrug die Expertiseneinhaltung 59,4 %.

4. Diskussion

Berufskrankheiten sind Erkrankungen, welche Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit erleiden [36]. Es handelt sich bei den Versicherten um eine bestimmte Personengruppe, die in einem höheren Maße als die Gesamtbevölkerung besonderen Einwirkungen im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit ausgesetzt sind [37]. Nicht alle Erkrankungen, welche in einem vermeintlichen Zusammenhang mit einer ausgeführten Arbeit stehen, gelten jedoch unweigerlich als Berufskrankheit. Zum einen sind nur die in Anlage 1 der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) aufgelisteten Krankheiten als Berufskrankheiten zu benennen [11].

Des Weiteren müssen, um eine Erkrankung als Berufskrankheit anerkennen lassen zu können, sowohl generell als auch individuell bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Generell müssen zunächst in allen Fällen eine außerberufliche Ursache sowie eine genetische bzw. familiäre Disposition ausgeschlossen werden können. Daneben muss eine, abhängig von der jeweiligen Berufskrankheit, bestimmte schädigende Einwirkzeit nachweisbar sein. Individuell muss es sich um festgelegte Krankheitsbilder einer Ätiologie handeln, so zum Beispiel um eine reine Innenohrschwerhörigkeit mit Betonung des Hörverlustes in den hohen Frequenzen bezüglich der hier relevanten Lärmschwerhörigkeit [21].

Um jedoch das Krankheitsbild und dessen Ätiologie mit Hilfe der notwendigen Anamnese und Untersuchungstechniken diagnostizieren zu können, sowie für die abschließende Beurteilung, ob es sich um eine anerkannte Berufskrankheit handelt oder nicht, bedarf es medizinischer Fachkenntnis.

Da es sich sowohl bei dem Gericht als auch den zuständigen Behörden und Versicherungen um medizinische Laien handelt, sind die Fachkenntnisse des Gutachters umso bedeutsamer: „Das ärztliche Gutachten lässt sich definieren als die Anwendung medizinischer Erkenntnisse und Erfahrungen

auf einen Einzelfall im Hinblick auf eine (oft aus rechtlichen Gründen notwendige) Fragestellung, wobei der Arzt aus Tatsachen oder Zuständen, die er selbst oder ein anderer wahrgenommen hat, mit Hilfe seiner Sachkunde Schlüsse zieht“ [14]. Der medizinische Sachverständige vermittelt anhand des Gutachtens Erkenntnisse und bewertet mit seinem Fachwissen Umstände und Tatsachen, die dem Gericht naturgegeben fehlen, aber für die Entscheidungsfindung benötigt werden [14]. So sind medizinische Sachverständigengutachten im Rahmen eines sozialgerichtlichen Verfahrens von zentraler Bedeutung bei der Entscheidungsfindung. „Der medizinische Gutachter hat die Funktion, die entscheidende Instanz (Verwaltung, Rentenausschuss, Widerspruchsstelle) fachlich zu beraten. Auch wenn er selbst keine Entscheidung trifft, so hat er eine hohe Verantwortung, da er die Grundlage für diese Entscheidung liefert“ [8].

Um die Arbeit eines ärztlichen Gutachters zu erleichtern und zu standardisieren, sowie eine gleichbleibend hohe Qualität zu garantieren, wurden, wie auch in anderen Bereichen der Medizin und Wissenschaft, Leitlinien entwickelt. In Deutschland stellen die Leitlinien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) mit Sicherheit die bedeutsamsten und bekanntesten dar. Wie jedoch lassen sich Leitlinien definieren, worin genau liegen ihre Ziele und Aufgaben?

„Leitlinien sind definiert als „systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen“. Sie sind Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss“. Dabei ist das vorrangige Ziel von Leitlinien die Bereitstellung von Empfehlungen zur Erreichung einer optimalen Qualität der Gesundheitsversorgung. [4]. Im Zusammenhang mit der Erstattung medizinischer Sachverständigengutachten im Rahmen von Berufserkrankungen sind nicht nur die Empfehlungen bezüglich Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation einer Erkrankung relevant. Vor allem

Empfehlungen im Hinblick auf die Diagnostik des Krankheitsbildes, der Feststellung von Funktionseinschränkungen, der Beurteilung von Ursachenzusammenhängen zwischen Exposition und Erkrankung sowie zwischen Erkrankung und Funktionseinschränkung sind bedeutsam [31]. Mit Hilfe von Leitlinien und Empfehlungen sollen eine einheitliche Bewertung und Beurteilung des zugrunde liegenden Falles, die Beurteilung ob eine Berufskrankheit vorliegt oder nicht, gesichert werden [32]. Mittels Leitlinien können Ärzte/innen „ zwar nicht die – wie auch immer geartete – „absolute Richtigkeit“ bzw. die „ absolute Gerechtigkeit“ garantieren, aber zumindest ein weitgehendes Maß von Gleichförmigkeit der Entscheidung“ [40]. Für den gutachtenbeauftragten Arzt (vor allem, wenn es sich um gutachtenunerfahrene Ärzte/innen handelt) wird die Erstattung eines medizinischen Sachverständigengutachtens durch die Erstellung von Leitlinien als Orientierungshilfe, welche Anamneseerhebung, diagnostische Maßnahmen und Beurteilungskriterien beinhalten, vereinfacht. Auch erfahrene Gutachter können von der Existenz von Leitlinien profitieren, „etwa als Schutz vor Angriffen auf ihre Neutralität“ [26]. Auf der anderen Seite gewinnt jedoch auch das Gericht sowohl direkt als auch indirekt Vorteile von diesen Leitlinien. Zum einen lässt sich mit deren Hilfe die fachliche Bewertung durch den Arzt für das Gericht transparent und nachvollziehbar machen [7], zum anderen wird anhand der einheitlichen Einschätzung des Falles folglich auch eine einheitliche Beurteilung zum Abschluss des Gutachtens erwartet.

Neben den speziell bezüglich der drei in dieser Dissertation relevanten Berufskrankheiten: a) schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankung, b) Lärmschwerhörigkeit und c) bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule existierenden Leitlinien (auf die im Anschluss eingegangen wird), bestehen auch allgemeine Empfehlungen zu der Erstattung von Gutachten. Dabei gibt es 2 unterschiedliche Ansatzpunkte. Auf der einen Seite die Voraussetzungen, die ein medizinischer Gutachter vorweisen muss, wie notwendige Fachkompetenz, sowie ein Gutachten welches unabhängig, unparteilich und nach besten Wissen und Gewissen sowie persönlich erstattet wurde [6]. Andererseits die Anforderungen im

Hinblick auf Form und Inhalt des Gutachtens. Sowohl Mediziner, als auch Juristen sehen hier eine Notwendigkeit, den Gutachtern diesbezüglich Empfehlungen zuteil werden zu lassen, welche jedoch genau wie Leitlinien im Gegensatz zu Richtlinien nicht zwingend verbindlich sind. Fritze und Merhoff geben in ihrem Buch „Das ärztliche Gutachten“ Umriss zur Einhaltung von Gesichtspunkten im Zusammenhang mit dem Aufbau eines Sachverständigengutachten [16]. Dazu gehören zunächst Ort und Zeitpunkt der Gutachtenerstattung, Auftraggeber des Gutachtens und die Personalien des Begutachtenden. Des Weiteren die Wiedergabe der exakten Fragestellung, Angaben über den Untersuchungszeitpunkt und über die zur Verfügung stehenden Aktenunterlagen. Für die Dokumentation der eigentlichen Untersuchung sind relevant: die Vorgeschichte des Begutachteten und seine Beschwerden, sowie im Anschluss daran die eingehende körperliche Untersuchung, unter Zuhilfenahme von technischen Hilfsmitteln. Zum Abschluss des Gutachtens sind von besonderer Bedeutung die Beurteilung der Befunde und eine Zusammenfassung der für die Beantwortung der Fragestellung relevanten Daten. Auch Keller [26] gibt aus juristischer Sicht ähnliche Empfehlungen, bzw. stellt ähnliche Anforderungen an ein medizinisches Sachverständigengutachten.

Neben diesen allgemeinen Empfehlungen bezüglich der Erstattung von medizinischen Sachverständigengutachten gibt es auch speziell für die in dieser Dissertation relevanten Berufskrankheiten existierende Expertisen. Wer jedoch erstellt diese Leitlinien und entscheidet über die Vollständigkeit, Wesentlichkeit, Korrektheit, sowie die Aktualität und die Anwendungsbereiche? In der vorliegenden Dissertationen lagen für die untersuchten Berufskrankheiten a) schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankung (BK 5101); b) Lärmschwerhörigkeit (BK 2301) und c) bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule (BK2108) folgende Leitlinien vor:

- a)- Bamberger Merkblatt (BK 5101),
- b)- Königsteiner Merkblatt (BK 2301) und
- c)- die Konsensusempfehlungen (BK 2108).

Alle 3 Leitlinien wurden durch ausgewählte Expertengremien entworfen. Im Fall des Bamberger Merkblattes handelte es sich um die Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie unter der Leitung des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG). Das Königsteiner Merkblatt wurde erstmals 1974 von führenden deutschen Fachärzten für Hals- Nasen- und Ohrenheilkunde in Zusammenarbeit mit dem ehemaligen Berufsgenossenschaftlichen Institut für Lärmbekämpfung erarbeitet und seitdem inzwischen zum dritten Mal überarbeitet und ergänzt. Bei den Konsensusempfehlungen handelt es sich um eine auf Anregung des HVBG eingerichtete, interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft, welche sich ausschließlich mit dem Thema "Medizinische Beurteilungskriterien bei den Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule" beschäftigt. Diese 3 Expertisen stellen den Goldstandard bei der Beurteilung der in dieser Arbeit relevanten Berufskrankheiten dar, geht man von der Bedeutung aus, dass der Goldstandard ein Verfahren ist, welches an vielen Orten angewendet wird und als derzeit bestes und maßgebliches Handeln gilt.

Ziele und Gründe für die Entwicklung dieser Leitlinien, wie bei allen bestehenden Leitlinien, sind jedoch nicht nur durch Hilfestellungen die Arbeit von Gutachtern zu erleichtern und dem Gericht die fachliche Bewertung durch den Arzt besser verständlich und nachvollziehbar zu machen, sondern vor allem auch die Sicherung oder Verbesserung der existierenden Qualität [3]. Gerade im Zusammenhang mit medizinischen Sachverständigengutachten in der gesetzlichen Unfallversicherung ist mangelnde Qualität oft beklagt worden. „Die Begutachtung zur Entschädigung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten (BK) erfährt seit Jahrzehnten Kritik“ [23]. Bindemann machte schon 1997 auf die eingeschränkte Qualität aufmerksam und forderte zur Verbesserung „Gutachtenrichtlinien“ [8]. Im selben Jahr wies auch Keller aus juristischer Sicht auf die „mangelnde Qualität vieler ärztlicher Gutachten hin“ [28].

Inwiefern die drei in dieser Dissertation relevanten Leitlinien im Rahmen der Erstattung von Sachverständigengutachten Anwendung fanden, welche Rückschlüsse dies auf die (ggf. mit den Jahren verbesserte) Qualität der

Gutachten zulässt und ob eine Korrelation zwischen Einhaltung oder Missachtung der Leitlinien und dem Ausgang des gerichtlichen Prozesses nachweisbar ist, soll nun im Folgenden dargelegt werden.

4.1 BK 5101

Bezüglich der schweren oder wiederholt rückfälligen Hauterkrankung ließ sich zunächst feststellen, dass von den von Sozialgerichten in NRW und dem Landessozialgericht NRW angeforderten medizinischen Sachverständigengutachten ca. 60 % von Ärzten und ca. 40% von Ärztinnen erstattet wurden (53 Gutachter/innen insgesamt). Es handelt sich, im Gegensatz zu den erstatteten Gutachten bezüglich der beiden anderen hier untersuchten relevanten Berufskrankheiten um ein relativ ausgewogenes Geschlechterverhältnis. Dies spiegelt sich auch in den Aussagen der Ärztekammern Nordrhein [vgl. 1 a] und Westfalen- Lippe wider [vgl. 2 a]. Derzeit sind insgesamt 584 niedergelassene Ärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten in NRW verzeichnet, davon 255 weibliche und 329 männliche. Die Angaben der Ärztekammern können nur einen kleinen Einblick in die Geschlechtsverteilung bezüglich der Fachrichtung Haut- und Geschlechtskrankheiten geben, beziehen diese sich doch nur auf niedergelassene Fachärzte/innen. In dieser Arbeit wurden dagegen auch Gutachten von Assistenzärzten/innen und angestellten Ärzten/innen in Kliniken analysiert, welche nicht in den Ärztekammern verzeichnet sind. Das Alter der gutachtenbeauftragten Ärzte/innen in dieser Arbeit war zugunsten der 30- 40-Jährigen (41,5 %) und den 41- 65-Jährigen (52,8 %) verschoben, nur 3 Gutachter hatten ein Alter über 65 Jahren. Mit jeweils ca. 40 % lagen Assistenzärzte/innen und Fachärzte/innen bei der Erstattung der Gutachten etwa gleich auf, Chefärzte/innen waren mit ca. 19 % in der Minderheit. Das Schlusslicht bei der Verteilung des Arbeitsplatzes bei den gutachtenbeauftragten Ärzten/innen bildete eine kleinere Klinik mit einer Bettenzahl unter 400, dies kam nur in einem Gutachten vor, wohingegen eine Universitätsklinik mit ca. 68 % den ersten Platz belegte. Eine Praxis war in ca. 21 % der Fälle Arbeitsplatz und eine größere Klinik in ca. 9 %.

Bezüglich der Frage nach Anwendung der Leitlinien während der Erstattung eines Gutachtens ließ sich feststellen, dass von den 53 Gutachtern/innen im Bezug auf die BK 5101 allerdings nur 26 % insgesamt das Bamberger Merkblatt als Leitlinie explizit anwendeten, obwohl dieses als Goldstandard

bei der Beurteilung von Hauterkrankungen im Rahmen von medizinischen Sachverständigengutachten gilt und aus Sicht von Keller [27] auch die von Wiester gestellten Anforderungen an ein antizipiertes Sachverständigengutachten [18] erfüllt. Antizipierte Sachverständigengutachten sind Merkblätter oder Empfehlungen, die von einem sachverständigen Gremium zur Beantwortung grundlegender Fragen erstellt werden, um später in Einzelfällen als Entscheidungsgrundlage zu dienen [27]. Trotz dieser Umstände und der allgemeinen Akzeptanz des Bamberger Merkblattes, auch aus Sicht des Bundessozialgerichts [42], wurde im Rahmen dieser Arbeit diese Expertise nur in ca. einem Viertel der Fälle explizit angewandt. Trotz der Nichtanwendung dieser Leitlinie wurden jedoch viele wichtige Punkte in der Anamneseerhebung, welche für die Beurteilung und Einschätzung einer Hauterkrankung als Berufskrankheit notwendig sind, durchgeführt. So erfolgte zum Beispiel die Erfassung der berufstypischen Belastungsmuster (98 %) oder außerberuflichen Belastungsfaktoren, wie Freizeit (75 %), Medikamenteneinnahme (94 %) oder der allergischen Vorgeschichte in 92 % der Fälle. Auch die Beurteilung der Schwere (ein wichtiges Kriterium in der Frage nach der BK 5101) der vorliegenden Hauterkrankung geschah in der Mehrzahl der Gutachten. So fand eine Überprüfung des Verlaufs der Erkrankung in 94 % statt, 80 % der Gutachter überprüften das klinische Bild, eine Rückfälligkeit wurde in 84 % der Fälle kontrolliert. Weit seltener jedoch erfolgten diagnostische Maßnahmen, um die Verdachtsdiagnose bestätigen zu können. So wurde ein Pricktest nur in 59 % der Fälle durchgeführt, ähnlich der Epikutantestung, welche nur in 65 % der Fälle Anwendung fand.

Obwohl also das Bamberger Merkblatt als Leitlinie lediglich in 26 % ausdrücklich angewendet wurde, wurden in den meisten Gutachten die wichtigsten Punkte des erstellten Fragenkataloges bezüglich der Anamneseerhebung eingehalten. Die wahrscheinlichste Erklärung hierfür liegt wohl in der Tatsache begründet, dass die ersten Empfehlungen zur Begutachtung von berufsbedingten Hauterkrankungen schon 1977 herausgegeben wurden [19]. Das legt die Vermutung nahe, dass im Laufe der letzten Jahrzehnte bezüglich der Erstattung von medizinische Gutachten

im Rahmen der BK 5101 ein deutlicher Erfahrungsschatz und Wissenszuwachs gesammelt wurde, sodass trotz der „Ignoranz“ des Bamberger Merkblattes die relevanten Fakten erfüllt wurden. Eine Begründung für die merklich weniger häufig durchgeführten diagnostischen Maßnahmen, welche im Fragenkatalog gefordert wurden, könnte die Tatsache sein, dass es sich im Rahmen dieser Arbeit um Gutachten handelt, welche in einem sozialgerichtlichen Prozess erstattet wurden. Bei Verdacht auf eine Berufskrankheit wird zunächst ein Gutachter der Berufsgenossenschaft sich des Falls annehmen. Erst bei Uneinigkeit beider Parteien (Versicherter/ BG) kommt es zum „Eingreifen“ des Sozialgerichtes. So wird es wahrscheinlich, dass die notwendigen Untersuchungen im Rahmen einer Begutachtung schon durch den Gutachter der BG durchgeführt wurden. Um eine unnötige Belastung des zu Begutachtenden durch eine erneute Diagnostik zu vermeiden, wurde hierauf in der Begutachtung im Sozialgerichtsverfahren aller Wahrscheinlichkeit nach verzichtet.

Wie jedoch korrelierte nun die Anwendung des Bamberger Merkblattes mit den Einflussfaktoren durch den Gutachter? Im Bezug auf das Geschlecht des Arztes ließ sich kein signifikanter Unterschied in der Einhaltung der relevanten Fragepunkte ermitteln. So beachteten männliche Gutachter im Mittel ca. 80 % und weibliche Sachverständige ca. 86 % der Punkte im Fragenkatalog. Ein statistisch signifikanter Unterschied konnte jedoch im Bezug auf das Alter des Sachverständigen festgestellt werden. Dieser bestand zwischen Gutachtern mit einem Alter von 30- 40 Jahren und Gutachtern mit einem Alter von 41- 65 Jahren, wobei die jüngeren Ärzte mit einer durchschnittlichen Einhaltung der Fragepunkte von 89 % am besten abgeschnitten haben.

Auch im Zusammenhang mit der fachlichen Qualifikation ließ sich ein statistisch signifikanter Unterschied nachweisen. So lag dieser sowohl zwischen Assistenzärzten/innen und Fachärzten/innen, als auch zwischen Assistenzärzten/innen und Chefärzten/innen vor. In beiden Fällen hielten die Assistenzärzte/innen mit durchschnittlich 88 % die meisten der relevanten

Fragepunkte ein. Kein Unterschied in der Beachtung der Fragepunkte ließ sich jedoch zwischen Fachärzten/innen und Chefärzten/innen nachweisen.

Diese Erkenntnisse, dass sowohl die jüngste Altersgruppe wie auch die Gruppe der Assistenzärzte/innen die meisten der relevanten Fragepunkte beachtete, lässt die Schlussfolgerung zu, dass sich junge Ärzte/innen und Assistenzärzte/innen aufgrund der mangelnden Berufserfahrung noch eher an aktuelle Leitlinien sowie anderen wissenschaftlichen Angaben zum Vorgehen aus der Literatur orientieren. Im Gegensatz dazu die älteren Kollegen/innen und qualifizierteren Ärzte/innen, welche sich eher auf ihre eigenen Erfahrungen in der Gutachtenerstattung berufen und somit vielleicht nicht immer den zur Zeit aktuellsten wissenschaftlichen Stand vorweisen können.

Schließlich ließ sich ein statistisch signifikanter Unterschied bei der Berücksichtigung des Fragenkataloges bezüglich der Arbeitsstätte des gutachtenbeauftragten Arztes nachweisen. Sowohl im Vergleich mit einer größeren Klinik (Bettenzahl über 400) als auch mit einer Praxis erfüllte ein an einer Universitätsklinik angestellter Gutachter mit 87 % der relevanten Fragepunkte die meisten der geforderten Parameter. Eine mögliche Ursache für das beste Ergebnis im Bezug auf Universitätskliniken könnte in der höheren Patientenzahl und somit auch höheren Fallzahl an unterschiedlichen dermatologischen Krankheitsbildern liegen und den damit verbundenen höheren Erfahrungswerten im Umgang und der Begutachtung mit diesen.

Zusammenfassend ließe sich daraus nun in der Theorie schlussfolgern, dass eine Assistenzärztin mit einem Alter zwischen 30 und 40 Jahren, welche an einem Universitätsklinikum angestellt wäre, am meisten der relevanten Punkte des Fragenkataloges berücksichtigt hätte, und somit bei der Erstattung von medizinischen Sachverständigengutachten im Rahmen eines gerichtlichen Prozesses am sorgfältigsten vorgegangen wäre. Die theoretisch denkbar schlechteste Kombination würde ein männlicher Chefarzt zwischen 41- und 65 Jahre, angestellt in einer kleineren Klinik darstellen.

Ob nun jedoch auch die Leitlinien-treue mit den Auswirkungen auf den Ausgang des gerichtlichen Prozesses korreliert ist eine andere Frage. Im

Zusammenhang mit den 53 erstatteten Gutachten bezüglich der BK 5101 wurden 9 verschiedene Endergebnisse des Prozesses verzeichnet. In der Mehrheit der Fälle erfolgte entweder eine Rücknahme der Klage (15 Gutachten) oder eine Abweisung der Klage (14 Gutachten). Hierbei betrug die Einhaltung der Fragepunkte in beiden Fällen ca. 81 %. Nur in insgesamt 5 Fällen erfolgte eine Anerkennung der vorliegenden Hauterkrankung als Berufskrankheit. Hierbei betrug die Leitlinien-treue im Durchschnitt ca. 89 %. Weder der Vergleich der eingehaltenen Fragepunkte im Bezug auf eine Rücknahme der Klage noch der einer Abweisung der Klage mit Gutachten, denen eine Anerkennung der Berufskrankheit folgte, ergab einen statistisch signifikanten Unterschied. In 3 Fällen ergab sich anhand der erstatteten Gutachten eine Berufung der Klage (eingehaltene Fragepunkte ca. 89 %), die jedoch in allen 3 Fällen (eingehaltene Fragepunkte ca. 77,3 %) abgewiesen wurde. Auch hier ließ sich kein statistisch signifikanter Unterschied nachweisen.

Von insgesamt 53 medizinischen Sachverständigengutachten, welche im Rahmen von gerichtlichen Prozessen bezüglich der schweren oder wiederholt rückfälligen Hauterkrankung erstattet wurden, wurde in nur ca. einem Viertel der Fälle das Bamberger Merkblatt als Leitlinie explizit berücksichtigt. Eine Einhaltung der relevanten Fragepunkte jedoch erfolgte in allen Fällen zwischen 77 % und 89 %. Unabhängig von der geringen expliziten Anwendung des Bamberger Merkblattes oder den dennoch eingehaltenen wichtigsten Kriterien des Fragebogens erfolgte die richterliche Entscheidung bezüglich der Anerkennung oder Abweisung der Erkrankung als Berufskrankheit, da kein signifikanter Unterschied in der Berücksichtigung der relevanten Fragepunkte nachgewiesen werden konnte.

4.2 BK 2301

Für die Analyse der Berufserkrankung Lärmschwerhörigkeit lagen insgesamt 53 Gutachten vor. Auffällig ist hier schon zu Beginn, dass die überwiegende Mehrheit (ca. 94 %) der Gutachten von männlichen Sachverständigen erstattet wurde. Nur in 3 Fällen wurden Ärztinnen vom Gericht für die Erstattung eines Gutachtens angefordert. Dieses einseitige Geschlechtsverhältnis lässt sich in Teilen wiederum mit Hilfe der Angaben der Ärztekammern Nordrhein [vgl. 1 b] und Westfalen- Lippe [vgl. 2 b] erläutern. Laut den Ärztekammern sind derzeit insgesamt 684 Ärzte/innen im niedergelassenen Bereich in der Fachrichtung Hals- Nasen- Ohrenheilkunde tätig. Hiervon machen die Frauen mit lediglich 24 % den wesentlich geringeren Anteil aus. Männer liegen mit 76 % deutlich in der Überzahl. Auch diese Angaben beleuchten erneut nur die Situation bezüglich des Geschlechts und der Qualifikation der niedergelassenen Fachärzte/innen, da angestellte Ärzte/innen in Kliniken und Assistenzärzte/innen nicht in den Ärztekammern ausgewiesen sind. Dennoch ergibt sich mit Hilfe dieser Informationen ein repräsentativer Einblick in die derzeitige Geschlechterverteilung bezüglich der Fachrichtung Hals- Nasen- Ohrenheilkunde in Nordrhein- Westfalen. Chefärzte/innen (66 %) und Fachärzte/innen (26,4 %), sowie Ärzte über 40 Jahren (41 - 65 Jahre: 62,3 %; über 65 Jahre: 22,6 %) waren den jungen Ärzten/innen (30 - 40 Jahre: 15,1 %) und Assistenzärzten/innen (7,5 %) in der Häufigkeit bei der Erstattung von medizinischen Sachverständigengutachten in dieser Arbeit deutlich überlegen. Dieses wird sich vermutlich mit den vermeintlich größeren medizinischen Fachkenntnissen, sowie den vermehrten Kenntnissen bezüglich der Erstattung von Gutachten begründen lassen, die das jeweilige Gericht zu der Auswahl dieser Gutachter veranlasste. Bei der Frage nach dem Arbeitsplatz des/r jeweiligen Gutachters/in ließ sich feststellen, dass mehr als die Hälfte der Gutachten von niedergelassenen Ärzten/innen erstattet wurden (52,8 %). Eine Erklärung hierfür könnte in den Ausführungen von Schmid liegen, welcher der Ansicht ist, dass "eine gewisse Garantie für die Erstattung eines bezüglich der Qualität,

hochwertigen Gutachten darin liegt, Gutachten nur dann an größere Kliniken zu vergeben, „wenn die Fragestellung so interessant ist, dass mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit der ernannte Sachverständige das Gutachten tatsächlich selbst erstattet“ [35]. Es ist im Rahmen von Gutachtenerstattungen, vor allem in Universitätskliniken, durchaus Praxis, dass die Aufträge von den jeweiligen Chefärzten an Assistenz-, oder Oberärzte delegiert werden. Diese „Mitwirkung“ ist auch grundsätzlich als zulässig anerkannt und gilt durch den Zusatz „einverstanden aufgrund eigener Untersuchung und Beurteilung“ als ausreichend dokumentiert [15]. Um dieser Weitergabe an jüngere und „gutachtenunerfahrenere“ Ärzte/innen jedoch vorzubeugen kann angenommen werden, dass die Gerichte den Auftrag direkt an niedergelassene Ärzte/innen gestellt haben.

Obwohl vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) ausdrücklich gefordert [20], wurde auch bezüglich der Lärmschwerhörigkeit die dazugehörige Leitlinie, das Königsteiner Merkblatt, nur in der Minderheit der Fälle (30 %) explizit angewendet. Dennoch wurden, anders, als die BK 5101 betreffend, die wichtigsten diagnostischen Maßnahmen zur Beurteilung einer Schwerhörigkeit von stets über 90 % der Gutachter durchgeführt. Auch in diesem Zusammenhang liegt die Ursache am denkbarsten in der Tatsache begründet, dass die ersten Empfehlungen bezüglich der Begutachtung der Lärmschwerhörigkeit bereits 1974 erschienen [19] und inzwischen zum dritten Mal überarbeitet wurden, was auf einen zunehmenden Erkenntnisgewinn schließen lässt. Zu den essentiellen diagnostischen Maßnahmen gehören: überschwellige audiometrische Untersuchungen (SISI-Test, Lüschartest etc.), die Tonschwellenaudiometrie, die Impedanzaudiometrie, die Sprachaudiometrie sowie die Stimmgabelprüfung. Lediglich die Hörweitenprüfung erfolgte nur in 47 %. Auch anamnestisch wurden in der Mehrzahl der Gutachten die wichtigsten Fragen bearbeitet. So überprüften 83 % der Gutachter die Messergebnisse des Technischen Aufsichtsdienstes, und 77 % noch dazu die eigenen Angaben des Probanden bezüglich einer beruflichen Lärmexposition. Weiterhin wurde zu 79 % die zeitliche Kongruenz zwischen einer hörschädigenden Lärmeinwirkung und der Entwicklung einer möglichen

Lärmschwerhörigkeit ermittelt. Jeder dieser 3 Faktoren ist für die Beurteilung einer Schwerhörigkeit als Berufskrankheit essentiell. Auch außerberufliche Faktoren wurden überwiegend geprüft. Die Frage nach lärmintensiven Freizeitaktivitäten (25 %), Explosionen in der Vergangenheit (28 %) und Knalltraumata (30 %) wurde jedoch von weniger als einem Drittel der Gutachter ergründet. Auf diesen Mangel in der Anamnese machte schon Hennies 1998 aufmerksam [22], als Fehlerquelle in der Begutachtung, und somit als einen negativen Einfluss auf die Qualität.

Bei der Frage nach einer Korrelation zwischen Einhaltung der relevanten Fragepunkte bezüglich der BK 2301 und dem Geschlecht, dem Alter, der Qualifikation und der Arbeitsstätte des gutachtenbeauftragten Arztes ließ sich zunächst kein statistisch signifikanter Unterschied ermitteln. Männer lagen mit einer durchschnittlichen Einhaltung von ca. 73 % vor den weiblichen Gutachtern (ca. 65 %). Assistenzärzte/innen (ca. 70 %), Fachärzte/innen (ca. 72 %) und Chefärzte/innen (ca. 74 %) erfüllten etwa den gleichen Anteil an Parametern. Auch den Arbeitsplatz des Gutachters betreffend ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Nur im Hinblick auf das Alter konnte ein statistisch signifikanter Unterschied nachgewiesen werden: So lagen Gutachter mit einem Alter zwischen 41 und 65 Jahren mit einer Einhaltungsquote der Fragepunkte von ca. 75 % vor den 30- bis 40-Jährigen (ca. 65 %). Warum hier diese Altersgruppe leitlinientreuer agierte als die vergleichbare Altersgruppe bei der vorgenannten Beurteilung der BK 5101 (vgl. Abschn. 4.1.), wo gerade die 30- bis 40-Jährigen die im Fragenkatalog geforderten diagnostischen Maßnahmen besser beachteten, könnte an den Umständen liegen, dass im Bezug auf die Erstattung von Gutachten im Rahmen der Lärmschwerhörigkeit der größte Anteil der Gutachten (52,8%) auf niedergelassene Ärzte/innen fielen, welche mit großer Wahrscheinlichkeit gerade aufgrund ihrer Erfahrung mit der Erstattung von Sachverständigengutachten vom Gericht ausgewählt wurden.

Auch wenn die Unterschiede, bis auf das Alter nicht signifikant zu nennen sind, so ergäbe sich eine theoretisch beste Kombination von gutachterlichen Einflussfaktoren im Zusammenhang mit einem Chefarzt einer kleineren Klinik in einem Alter zwischen 41 und 65 Jahren.

Abschließend stellte sich wiederum die Frage nach einem Zusammenhang zwischen Einhaltung der Fragepunkte und den Auswirkungen auf den Ausgang des gerichtlichen Prozesses. Im Gegensatz zur BK 5101 lagen im Fall der Lärmschwerhörigkeit nur 7 Endergebnisse eines Prozesses vor. In über der Hälfte der Fälle kam es zu einer Rücknahme der Klage (28), sieben mal zu einer Abweisung der Klage. Nur in einem einzigen Fall gelang eine Anerkennung der Schwerhörigkeit als Berufskrankheit. In allen dieser drei möglichen Endergebnisse des gerichtlichen Prozesses ließ sich eine durchschnittliche Einhaltung der Fragepunkte von ca. 75 % ermitteln (trotz der geringen expliziten Anwendung des Königsteiner Merkblattes als Leitlinie) und demnach kein statistischer Unterschied nachweisen. Somit wurde auch im Fall der BK 2301 die unabhängige richterliche Entscheidung ob der Frage einer Anerkennung einer Schwerhörigkeit als Berufskrankheit belegt.

4.3 BK 2108

Ähnlich der BK 2301 wurden von den 54 zur Analyse der bandscheibenbedingten Lendenwirbelsäulenerkrankung vorliegenden Gutachten die Mehrheit von männlichen Sachverständigen (92,6 %) erstattet. Auch hier liegt ein wahrscheinlich wesentlicher Grund in der Geschlechtsverteilung bezüglich der Fachrichtung Orthopädie in Nordrhein-Westfalen. Es gibt laut der Ärztekammer Nordrhein [vgl. 1 c] und der Ärztekammer Westfalen-Lippe [vgl. 2 c] insgesamt 979 niedergelassene Orthopäden, wobei es sich jedoch nur in 7 % der Fälle um Frauen handelt. Auch diese Aussage stellt erneut nur einen repräsentativen Einblick der Situation in NRW dar, da Assistenzärzte/innen und angestellte Ärzte/innen in den Kammern nicht gelistet sind. Mit ca. 91 % hatte die überwiegende Anzahl der Gutachter/innen ein Alter zwischen 41 und 65 Jahren, nur 3 Ärzte/innen ein Alter über 65 Jahren, lediglich 2 Gutachten wurden von jungen Ärzten/innen mit einem durchschnittlichen Alter zwischen 30 und 40 Jahren erstattet. In keinem einzigen Fall wurde ein Assistenzarzt vom Gericht angefordert ein Gutachten zu erstatten, auch hier liegt die Begründung vermutlich in den vermeintlich geringeren medizinischen Fachwissen und Kenntnissen im Rahmen von Gutachtenerstattungen gegenüber den älteren und qualifizierten Kollegen/innen. Mit ca. 70 % lagen Fachärzte/innen deutlich vor Chefärzten/innen (30 %). In etwa drei Viertel der Fälle handelte es sich bei der/m Sachverständigen um eine/n niedergelassene/n Facharzt/ärztin. Es folgten mit ca. 11 % die kleineren Krankenhäuser als Arbeitsstätte des/r Gutachters/in, darauf mit ca. 7 % die Universitätskliniken und nur 4 % der Gutachten wurden an einer größeren Klinik erstattet.

Gleichsam mit den beiden anderen, in dieser Arbeit analysierten Berufskrankheiten, konnte bezüglich der bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule lediglich eine Leitlinienreue, also der expliziten Anwendung der Konsensuspapiere nur in 30 % festgestellt werden. Anders jedoch als bei der BK 5101 und der BK 2301 wurden in diesem Fall auch nur ca. die Hälfte (57,7 %) der relevanten Fragepunkte, welche notwendig für die

Diagnostik und Anamneseerhebung einer bandscheibenbedingten Lendenwirbelsäulenerkrankung sind, insgesamt beachtet, obwohl die Konsensuspapiere sogar auf Ebene der Landessozialgerichte anerkannt und zitiert werden, was gewissermaßen einer verbindlichen Empfehlung für die Sachverständigen gleichkommt [43]. Da die Konsensuspapiere, (im Vergleich zu den anderen beiden BK`en) jedoch erst 2004 herausgegeben wurden, liegt eine mögliche Ursache der fehlenden Anwendung der geforderten Fragepunkte in der mangelnden Kenntnis dieser Empfehlungen, Eine andere Begründung könnte in einer zunehmend aufkommenden Kritik gegenüber den Konsensusempfehlungen liegen [29, 30] welche einige Ursachenzusammenhänge bezüglich der Beurteilung einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule in Frage stellen.

Eine Freizeitanamnese erfolgte so im Rahmen der Arbeit zum Beispiel nur in 37 % der Fälle, eine Dokumentation von berufsunabhängigen Lebensgewohnheiten sogar nur in 22 % der Fälle. Andere wichtige Aspekte wurden jedoch weitaus häufiger bedacht. So erfolgte eine Überprüfung der plausiblen zeitlichen Korrelation zwischen Einwirkung der Belastung und Entstehung des Beschwerdebildes in 85 %. Zwei grundlegende Faktoren, welche für die Diagnostik einer bandscheibenbedingten Erkrankung vorliegen müssen, sind zum einen der bildgebende Nachweis eines Bandscheibenschadens, und zum anderen eine korrelierende klinische Symptomatik. Bildgebende Verfahren wurden in drei Viertel aller Gutachten angefertigt. Zu der Überprüfung einer klinischen Symptomatik gehören unter anderem: der Schober-Index, welcher in 72 % der Fälle geprüft wurde, die Testung nach Lasègue (87 %), der Vermerk von Verspannungen (85 %) und Stauchungsschmerzen im Wirbelsäulenbefund. Stauchungsschmerzen beim Fallenlassen aus dem Zehenstand wurde nur von 31 % der Gutachter/innen geprüft und der axiale Stauchungsschmerz sogar nur von 7 % aller Gutachter/innen.

Bei der Frage nach einer Korrelation zwischen den Einflussfaktoren durch den Gutachter und den Einhaltung der relevanten Fragepunkte ließ sich ein signifikanter Unterschied bezüglich des Geschlechtes ermitteln. 59 % der männlichen Gutachter erfüllten den Fragenkatalog, während sich

demgegenüber lediglich 41 % der weiblichen Gutachter an die notwendigen Parameter hielten. Eine eindeutige Ursache dieser Feststellung ließ sich zwar im Rahmen dieser Arbeit nicht finden, ein Grund könnte jedoch in der Überzahl der männlichen Gutachter liegen, welche wahrscheinlich auch in den Gutacherverzeichnissen herrscht. Denkbar wäre dann in der Konsequenz die häufigere Anforderung dieser männlichen Gutachter durch das Gericht und den daraus resultierenden höheren Erfahrungswerten bezüglich der Gutachtenerstattung gegenüber Frauen. Bezogen sowohl auf das Alter als auch die Qualifikation des/r Gutachters/in konnte kein statistisch signifikanter Unterschied nachgewiesen werden. Lediglich im Bezug auf den Arbeitsplatz konnte ein gering signifikanter Unterschied zwischen Gutachtern einer kleinen Klinik und denen einer Praxis belegt werden ($p < 0,1$). Für das gutachtenanfordernde Gericht würde sich im Hinblick auf diese Ergebnisse trotz der fehlenden statistischen Signifikanz bezüglich des Alters und der Qualifikation eine theoretisch bestmögliche Kombination aus Gutachtereinflussfaktoren im Bezug auf einen männlichen Facharzt mit einem Alter zwischen 30 und 40 Jahren ergeben, welcher an einer kleineren Klinik angestellt wäre, um die größtmögliche Sorgfalt in der Erstattung eines Gutachtens erwarten zu lassen.

Wie auch bereits im Rahmen der Analyse der beiden anderen Berufskrankheiten konnte in keinem Fall ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Einhaltung der Fragepunkte und den Ergebnissen des gerichtlichen Prozesses nachgewiesen werden. Bezogen auf die BK 2108 konnten 9 verschiedene Endergebnisse des Prozesses ermittelt werden. Auch hier erfolgte in ungefähr der Hälfte aller Klagen eine Rücknahme (Einhaltung der Fragepunkte: 59,2 %), 10 Gutachten wurden vom Gericht abgewiesen (Einhaltung der Fragepunkte: 60,2 %). In einem einzigen Fall folgte auf die Klage eine Anerkennung des Lendenwirbelsäulenleidens als Berufskrankheit. Hierbei betrug die durchschnittliche Einhaltung der Parameter 57,3 %. So konnte auch hier anhand der fehlenden statistischen Signifikanz eine unabhängige richterliche Entscheidung belegt werden.

4.4 Schlussfolgerungen

Zusammenfassend lässt sich zunächst feststellen, dass obwohl von den jeweiligen Fachgremien und von juristischer Seite gefordert [33] die drei dazugehörigen Leitlinien bezüglich der hier relevanten Berufskrankheiten: a) schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankung, b) Lärmschwerhörigkeit und c) bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule, diese lediglich in der Minderheit der Fälle explizit angewendet wurden. Auffällig ist jedoch in diesem Zusammenhang, dass mindestens die Hälfte, meist jedoch drei viertel der wichtigsten Punkte bezüglich Anamnese, Untersuchung, Diagnostik und Beurteilung der 3 Berufskrankheiten von dem/der jeweiligen Gutachter/in trotz allem durchgeführt wurden. Wie kommt es zu dieser deutlichen Differenz, was sagt dies über die Notwendigkeit von Leitlinien überhaupt aus, und schließlich über die Qualität von Gutachten und Gutachter?

Eine Begründung für die mangelnde Anwendung der Leitlinien könnte zumindest bezogen auf die bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule, wie schon zuvor erwähnt, an der Tatsache liegen, dass die Konsensuspapiere erst 2004 herausgegeben wurden und somit teilweise noch keine Kenntnisse über diese Expertise vorlagen. Den beiden anderen Berufskrankheiten liegen jedoch Leitlinien vor, die erstmals 1974 bzw. 1977 veröffentlicht wurden. Das Wissen um die Existenz des Bamberger und Königsteiner Merkblattes kann daher angenommen werden. Warum wurden sie trotz allem nicht explizit berücksichtigt? Leitlinien stellen eine Zusammenfassung des derzeit herrschenden aktuellen Wissensstandes dar, „eine Zusammenfassung von Literaturstellen, Lehrmeinungen und Erfahrungswissen von“ (bezogen auf Begutachtungsleitlinien) „im Gutachtenwesen erfahrenen Experten“ [34]. Eine Zusammenfassung bedeutet folglich, dass die einzelnen Quellen dieser Erkenntnisse bei Erstellung der Leitlinien schon existierten. Es besteht demnach die Möglichkeit, dass ein Gutachter sich zwar nicht explizit an den aktuellen Leitlinien orientiert hat, aber dennoch die wichtigsten Punkte dieser Leitlinie erfüllt, da das jeweilige Wissen schon vorlag. Das macht die Existenz von

Leitlinien aber keineswegs überflüssig. Deren Aufgabe besteht nicht nur darin, dem Arzt Anhaltspunkte und Hilfen für die Therapie bzw. der Begutachtung zu geben, sondern auch dem Gericht das Vorgehen des Arztes transparent und verständlich zu machen, eine gleichwertige Behandlung des Patienten zu gewährleisten, sowie die Qualität auf dem höchsten Stand zu halten und weiter zu verbessern. Dennoch ist die Frage, ob die Einhaltung/ „Missachtung“ der Leitlinien mit der Qualität des Gutachtens und des Gutachters korreliert nicht eindeutig zu beantworten. Die „Missachtung“ von Leitlinien im Rahmen einer Begutachtung bedeutet nicht zwangsläufig, dass auch die Qualität des Gutachtens minderwertig ist, wenn dennoch die wichtigsten Punkte in der Anamnese, Untersuchung, Diagnostik und Beurteilung beachtet wurden. Zudem lautet die Definition von Leitlinien, dass es sich um „Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“, handelt „ von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss“ [4]. Überdies sind auch, zumindest bezüglich der Konsensuspapiere, Kritiken aufgekommen [29, 30], eine weitere mögliche Begründung für die mangelnde Einhaltung von Leitlinien. Demzufolge bedeutet eine eingeschränkte Beachtung der aktuellen Leitlinien also nicht notwendig eine geringere Qualität der Gutachten. Ferner bestehen neben den Leitlinien noch andere, für die Sicherung der Qualität, wichtige Punkte. Diese lassen sich in 3 Ausgangspunkte unterteilen. Auf der einen Seite die Fortbildungen der Gutachter, die auf Anregung der Bundesärztekammer seit 2003 infolge von zunehmender Kritik, regelmäßig angeboten werden [5]. Überdies die „Bildung von Kompetenzzentren, Beurteilung von Gutachten mittels peer-review“, „und Zertifizierung von Gutachtern durch Fachgesellschaften“ [44]. Eine Sicherung der Qualität erfolgt auf der anderen Seite auch hinsichtlich der Unfallversicherungsträger, wie z. B. durch die Weiterbildung von Sacharbeitern, Technischen Aufsichtspersonen und Beratungsärzten der Berufsgenossenschaft, oder durch das Berufskrankheiten-Informationssystem (BIS) über das Intranet der UV- Träger [9]. An letzter Stelle die Qualitätssicherung auf Seiten des Gerichtes. Dazu gehören unter anderem die Auswahl des jeweiligen Gutachters (das Fachgebiet muss

korrekt und die Kompetenz vorhanden sein), die Beweisfragen müssen präzise gestellt sein und die benötigten Unterlagen komplett übersandt werden [35]. Die Qualität eines Gutachtens lässt sich demzufolge nicht ausschließlich an der Einhaltung von Leitlinien manifestieren.

Wie korreliert nun der Ausgang des gerichtlichen Prozesses mit den Einhaltungen bzw. der Nicht- Anwendung der Leitlinien? Durch die fehlende statistische Signifikanz bezüglich der 3 hier relevanten Berufskrankheiten, welche in dieser Arbeit ermittelt wurde, lässt sich eine unabhängige gerichtliche Entscheidung nachweisen. Diese Erkenntnis lässt unter anderem zwei denkbare Schlussfolgerungen zu: 1) es werden zur Erstattung von Gutachten bezüglich Berufskrankheiten keine Leitlinien benötigt oder 2) das Gericht folgt nicht so sehr den medizinischen Gutachten, als vielmehr seinen eigenen Vorstellungen, was wiederum die Funktion von Gutachten herabstufen würde. Die erste Schlussfolgerung wurde, wie zuvor dargelegt, schon entkräftet, da Leitlinien neben der Hilfe für den Gutachter und das Gericht auch noch andere wichtige Aufgaben erfüllt. Der zweite Punkt ist jedoch kritischer zu betrachten. Denn gerade weil es sich bei Gerichten um medizinische Laien handelt sind fachlich qualifizierte Gutachten umso bedeutsamer [14]. Es wäre dementsprechend verhängnisvoll, wenn das Gericht diese Gutachten ignorieren würde. Aber allein aus der Tatsache, dass trotz Einhaltung oder Missachtung der Leitlinien, während der Erstattung der Gutachten, kein statistisch signifikanter Unterschied bezüglich des Ausgangs des gerichtlichen Prozesses nachgewiesen werden konnte, lässt sich nicht zwingend schließen, dass das Gericht die Gutachten vollständig vernachlässigt. Vielmehr ist anzunehmen, dass die Entscheidungsinstanz die wesentliche Funktion von Gutachten erfasst hat, nämlich lediglich die einer beratenden. Die endgültige Entscheidung obliegt dem Gericht. Auch der Umstand, dass die Nicht- Anwendung der Leitlinien durch den Gutachter keine Auswirkung auf den Ausgang des Prozesses hat, lässt sich erklären. Denn einerseits sind Leitlinien, anders als Richtlinien nicht verbindlich, desweiteren ist es fraglich, ob das Gericht einen Gutachter zu der Anwendung von Leitlinien überhaupt verpflichten kann [25]. Andererseits können Leitlinien grundsätzlich keine endgültigen Antworten

geben, jeder Fall muss individuell betrachtet werden. Gelegentlich existieren auch konkurrierende Leitlinien, „in anderen Fällen können gutachterliche Aussagen vor Gericht dazu benutzt werden, die Autorität einer Leitlinie in Frage zu stellen. Aus all diesen Gründen werden die Gerichte die Befolgung von Leitlinien nicht automatisch mit guter medizinischer Praxis gleichsetzen“ [34].

Anhand von Fragebögen, welche die von den existierenden Leitlinien (Bamberger Merkblatt, Königsteiner Merkblatt und die Konsensusempfehlungen) geforderten Anamneseerhebungen und diagnostischen Maßnahmen enthalten, die Qualität von medizinischen Sachverständigengutachten, die im Rahmen von gerichtlichen Prozessen erstattet werden, retrospektiv zu überprüfen, ist sicherlich nur eine Form der Herangehensweise. Möglicherweise wären andere Expertisen oder Methoden bezüglich der Berufskrankheiten: schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen, Lärmschwerhörigkeit und die bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule besser geeignet eine solche Überprüfung der Qualität durchzuführen. Desweiteren könnten eine höhere Fallzahl, sowie Gutachten aus der gesamten Bundesrepublik Deutschland, sowohl von Sozialgerichten, als auch vom jeweiligen Landessozialgericht, einen tieferen und präziseren Einblick in die Güte von medizinischen Sachverständigengutachten gewähren.

5. Zusammenfassung

Zur Feststellung des entscheidungserheblichen Sachverhalts in sozialgerichtlichen Prozessen wird regelmäßig die Einholung von medizinischen Sachverständigengutachten notwendig. Im Rahmen dieser Studie lag der Fokus auf Gutachten, die bezüglich der Berufskrankheiten a) schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankung (BK 5101), b) Lärmschwerhörigkeit (BK 2301) und c) bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule (BK 2108) erstattet wurden. Zu jeder dieser drei Berufskrankheiten existieren, wie auch in anderen Bereichen der Medizin und Wissenschaft, Leitlinien. Inwiefern diese Expertisen in der Gutachtenerstattung Anwendung fanden, welche Auswirkung die Anwendung/Nicht-Anwendung der Leitlinien auf den Ausgang des gerichtlichen Prozesses hatte und welche Rückschlüsse dies auf die Qualität der Gutachten zulässt, war Ziel dieser Studie.

Dazu wurde aus einem Kollektiv von insgesamt 3.000 archivierten Akten des Sozialgerichts Düsseldorf der Jahrgänge 2002 bis 2009 anhand einer zufälligen Stichprobe eine Fallzahl von 160 Gutachten erreicht. 53 der Gutachten betrafen jeweils die Berufskrankheiten 5101 und 2301, 54 Gutachten die BK 2108. Anhand der drei existierenden Leitlinien: „Bamberger Merkblatt“ (BK 5101), „Königsteiner Merkblatt“ (BK 2301) und den „Konsensuspapieren“ (BK 2108) wurden Fragenkataloge erstellt. Diese in Microsoft Excel 2007 verfassten Fragebögen enthalten tabellarisch die von den jeweiligen Expertisen geforderten Untersuchungen (Anamnese, Befunde, Diagnostik etc.) zur korrekten Begutachtung des Probanden. Des Weiteren wurde erhoben, inwiefern die Gutachter die erforderlichen Untersuchungen auch tatsächlich durchgeführt haben. Hinzu kam die Erfassung der persönlichen Daten der Gutachter zu Geschlecht, Alter (30 - 40, 41 - 65 und über 65 Jahre), Qualifikation (Assistenzarzt, Facharzt, Chefarzt) und zur Art des Arbeitsplatzes (Universitätsklinik, größere Klinik, kleinere Klinik, Praxis). Schließlich wurden die Korrelationen zwischen

Einhaltung der Expertisen und den persönlichen Daten der Gutachter sowie die Auswirkungen auf das Ergebnis des gerichtlichen Prozesses ermittelt.

Zusammenfassend ließ sich zunächst generell feststellen, dass die drei einschlägigen Leitlinien lediglich in der Minderheit der Fälle explizit angewendet wurden. Dabei fiel jedoch auf, dass mindestens die Hälfte, zumeist sogar drei Viertel der wichtigsten Punkte bezüglich Anamnese, Untersuchung, Diagnostik und Beurteilung der drei Berufskrankheiten von dem/der jeweiligen Gutachter/in gleichwohl durchgeführt wurden. Das macht die Existenz von Leitlinien aber keineswegs überflüssig. Deren Aufgabe besteht nicht nur darin, dem Arzt Anhaltspunkte und Hilfestellung für die Therapie bzw. (hier) die Begutachtung zu geben, sondern auch, eine gleichwertige Behandlung des Patienten zu gewährleisten, dem Gericht das Vorgehen des Arztes transparent und verständlich zu machen sowie die Qualität auf dem höchsten Stand zu halten und weiter zu verbessern.

Eine Korrelation zwischen dem Ausgang des gerichtlichen Prozesses und der Anwendung bzw. Nicht-Anwendung der Leitlinien bei der Gutachtenerstattung zu den hier relevanten drei Berufskrankheiten konnte letztlich nicht nachgewiesen werden. Ausgeschlossen werden konnte, dass zur Erstattung von Gutachten zu Berufskrankheiten keine Leitlinien benötigt werden. Wesentlich ist zudem, dass Leitlinien zwar grundsätzlich zu einer gleichmäßigen Rechtsanwendung beitragen, eine individuelle Betrachtung des Einzelfalls aber nicht ersetzen können. Im Übrigen sind sie - im Gegensatz zu Richtlinien - nicht verbindlich, so dass das Gericht deren Anwendung dem Gutachter nicht vorschreiben kann. Schließlich darf nicht verkannt werden, dass das medizinische Sachverständigengutachten als solches nur ein (wenngleich zentraler) Baustein zur Vorbereitung einer unabhängigen richterlichen Entscheidung ist und im Rahmen der Beweiswürdigung jedenfalls auf Schlüssigkeit kritisch geprüft wird.

Die Qualität medizinischer Sachverständigengutachten lediglich an der Einhaltung oder „Missachtung“ der dazugehörigen Expertisen beurteilen zu wollen, ist daher vorschnell und zu einseitig. Die „Missachtung“ von Leitlinien im Rahmen einer Begutachtung bedeutet nicht zwangsläufig, dass auch die

Qualität des Gutachtens minderwertig ist, wenn dennoch die wichtigsten Punkte in der Anamnese, Untersuchung, Diagnostik und Beurteilung beachtet werden. Ferner bestehen neben den Leitlinien noch andere für die Sicherung der Qualität wichtige Punkte. Dazu gehören unter anderem Fortbildungen der Gutachter und Zertifizierung von Gutachtern durch Fachgesellschaften. Auch auf Seiten des Gerichtes erfolgt Qualitätssicherung, wie zum Beispiel durch die Auswahl des jeweiligen Gutachters, das Fachgebiet muss korrekt und die Kompetenz vorhanden sein.

Die Qualität von medizinischen Sachverständigengutachten, die im Rahmen von gerichtlichen Prozessen erstattet werden, anhand von Fragebögen, welche die von den existierenden Leitlinien (Bamberger Merkblatt, Königsteiner Merkblatt und die Konsensusempfehlungen) geforderten Anamneseerhebungen und diagnostischen Maßnahmen enthalten, retrospektiv zu überprüfen, ist sicherlich nur eine Form der Herangehensweise. Andere Expertisen oder Methoden bezüglich der drei Berufskrankheiten 5101, 2301 und 2108 wären möglicherweise besser geeignet, eine solche Überprüfung der Qualität durchzuführen. Ebenso wären höhere Fallzahlen sowie Gutachten aus der gesamten Bundesrepublik Deutschland, sowohl von Sozialgerichten als auch von dem jeweiligen Landessozialgericht, zweckdienlich, einen tieferen und präziseren Einblick in die Güte von medizinischen Sachverständigengutachten zu gewähren.

6. Anhang

Fragenkatalog BK 5101

1) Gutachterdaten:

- Geschlecht (männlich 1, weiblich 2, unbekannt 3)
- Alter (30-40 Jahre 1, 41-65 Jahre 2, ≥ 65 Jahre 3)
- Qualifikation (Assistenzarzt 1, Facharzt 2, Chefarzt 3)
- Arbeitsplatz (Uniklinik 1, größere Klinik 2, kleinere Klinik 3, Praxis 4)

2) Prüfung des Gutachtauftrages:

- Beweisfragen verständlich
- Anknüpfungstatsachen vollständig
- Persönliche Voraussetzung vorhanden

3) Vorgeschichte nach Aktenlage

4) eigene Angaben des Begutachteten

5) Anamnese:

- Familienanamnese, insbesondere der Haut und des atopischen Formenkreises
- allergische Eigenanamnese
- spezielle Exposition:
 - Freizeit
 - Häusliche Belastung
 - Berufliche Belastung
 - Besserung im Urlaub
 - Medikamentenanamnese
 - Nikotinkonsum
 - Andere Noxen

- Umfassende Arbeitsplatzbeschreibung (Arbeitsplatzgrenzwerte)
- Schutzmaßnahmen
- Spezielle Hautanamnese:
 - Lokalisation
 - Verlauf unter Berücksichtigung dokumentierter ärztlicher Behandlung+ AU- Zeiten
 - Hautveränderungen (beschrieben vom Versicherten und Hausarzt)

6) Überprüfung der Übereinstimmung zwischen Angaben des Untersuchten und Dokumentation in der Akte des UV- Trägers, falls Widersprüche vorhanden vermerken, ggf. UV- Träger einschalten

7) Befunde

- Exakte Lokalisation (anhand Handsymbolen, Fotodokumentation, etc.)
- Überprüfung des Allgemeinzustandes
- Detailbeschreibung der Ausdehnung
- Hautveränderungen (Morphen)
- Untersuchung der Füße und des gesamten Integuments
- Atopiescore (nach Diepgen)
- Pricktest mit den häufigsten Inhalationsallergenen
- Pricktest mit berufsspezifischen Allergenen (z.B. Latex)
- Epikutantest (nach 24h bzw. 48h und 72h ablesen):
 - Standardreihe
 - berufsspezifische Reihe
 - eigene/ mitgebrachte Stoffe
 - bei Verdacht auf photoallergisches Ekzem belichtet
- Gesamt- IgE
- spezifischer IgE- Suchtest auf Inhalationsallergene
- Dokumentation der Testmodalitäten
- Schwere anhand:

- klinischem Bild
- Verlauf
- Ausdehnung
- Rückfälligkeit
- Zwang zur Tätigkeitsaufgabe

8) Diagnosen

- umfassende und detaillierte Bezeichnung des diagnostizierten Krankheitsbildes
- Sicherung der Diagnose im Vollbeweis

9) Beurteilung

- nachvollziehbare Begründung anhand neuester wissenschaftlich orientierter Kenntnisse
- rechtlich ursächlicher Zusammenhang im Sinne der wesentlichen Bedingung im Bezug auf haftungsausfüllende Kausalität
- Ausschluss Gelegenheitsursache

10) gewissenhafte und logisch nachvollziehbare Beantwortung der Beweisfragen

11) Unterschrift (ggf. Zusatz des Chefarztes bei Untersuchung durch Mitarbeiter)

12) Zusatz: Auswirkung des Gutachtens auf den Gerichtsbeschluss

- Rücknahme 1, Abweisung 2, Anerkennung 3, § 109 SGG 4, Berufung 5, Abweisung der Berufung 6, Anerkennung in der Berufung 7, Einstellung 8, Vergleich 9, noch kein Beschluss vorliegend 10

Fragenkatalog BK 2301

1) Gutachterdaten:

- Geschlecht (männlich 1, weiblich 2, unbekannt 3)
- Alter (30-40 Jahre 1, 41-65 Jahre 2, ≥ 65 Jahre 3)
- Qualifikation (Assistenzarzt 1, Facharzt 2, Chefarzt 3)
- Arbeitsplatz (Uniklinik 1, größere Klinik 2, kleinere Klinik 3, Praxis 4)

2) Prüfung des Gutachtenauftrages:

- Beweisfragen verständlich
- Anknüpfungstatsachen vollständig
- Persönliche Voraussetzung vorhanden

3) Vorgeschichte nach Aktenlage

4) eigene Angaben des Begutachteten

5) Anamnese:

- Familienanamnese insbesondere im Hinblick auf Schwerhörigkeit
- Eigenanamnese insbesondere im Hinblick auf Beeinträchtigung des Hörvermögens:
 - Erkrankungen
 - ototoxische Medikamente
 - Unfälle
 - außerberufliche Lärmexposition, z.B. :
 - lärmintensive Hobbies
 - Explosionen
 - Knalltraumata
 - Entwicklung der Hörstörung:
 - Wann? :
 - in welchem Lebensalter?

- nach wie vielen Jahren der Lärmexposition?
 - wie hat sich die Hörstörung geäußert?
 - wie wirkt sich die Hörstörung im Alltag konkret aus?
 - waren Beschwerden der Grund für Arztbesuche, oder nur bei Vorsorgeuntersuchung aufmerksam geworden?
 - sind Heilungsmaßnahmen eingeleitet worden?
- **Arbeitsanamnese:**
- Meßergebnisse des TAD
 - Angaben des Arbeitgebers
 - Eintragung zu Vorsorgeuntersuchungen
 - Schutzmaßnahmen

6) Überprüfung der Übereinstimmung zwischen Angaben des Untersuchten und Dokumentation in der Akte des UV- Trägers, falls Widersprüche vorhanden vermerken, ggf. UV- Träger einschalten

7) Befunde:

- eingehende HNO- ärztliche Spiegeluntersuchung:
- Gehörgänge
 - Trommelfelle
 - Tuben
 - Nase
 - Nasenrachenraum
- Stimmgabelprüfung nach Rinne und Weber
- Tonschwellenaudiometrie:
- bei Abweichung mehrerer Ergebnisse:
 - differierende Meßwerte in Audiogrammformular einzeichnen
 - ggf. eigenes Tonaudiogramm mit Zusatz Beurteilungsaudiogramm
 - bei hochgradigem Hörverlust Fühlwerte und Überhörkurven in Audiogramm einzeichnen

- Datum der letzten Kalibrierung angeben
- Ergänzende tonaudiometrische Untersuchungen:
 - Tympanometrie:
 - Kurven dem Gutachten beigelegt
 - DD cochleäre versus retrocochleäre Schwerhörigkeit (mindestens 2 Tests):
 - SISI- Test (mit Angabe der Frequenzen und Lautstärken)
 - Bestimmung der Lautstärkenunterschiedsschwellen nach Jerger
 - Bestimmung der Intensitätsbreite
 - Lüscher- Test
 - Schwellenschwundtest nach Carhart
 - Geräuschaudiometrie nach Langenbeck
 - Stapedius- Reflexschwellen in Verbindung mit Tympanometrie
 - Lautstärkenvergleich nach Fowler bei Seitendifferenz der Hörschwellen
 - akustisch evozierte Potenziale (BERA)
 - otoakustische Emissionen
 - Békésy- Audiogramm
 - Verifizierung und DD Tinnitus:
 - nach Lokalisation
 - nach Klangeindruck
 - nach Dauer
 - nach empfundener Lautheit und Maß der Beeinträchtigung
- Verifizierung, Ergänzung und Dokumentation mittels audiometrischer Messungen
- Sprachaudiometrie mit Hilfe des Freiburger Testes
- Ermittlung des prozentualen Hörverlustes nach der Tabelle von Boenninghaus und Röser anhand Sprachaudiometrie

- Hörweitenprüfung
- Überprüfung aller Hörbefunde auf Plausibilität:
 - bei Unstimmigkeiten Nachprüfung und ergänzende Untersuchung
 - falls Unstimmigkeiten nicht zu beheben, umfassende Dokumentation
- Gleichgewichtsprüfung:
 - Spontan- und Provokationsnystagmus unter Leuchtbrille
 - vollständige Vestibularisprüfung bei starker Seitendifferenz des Hörvermögens, sowie Schwindel in der Vorgeschichte
- ggf. notwendige ergänzende Untersuchungen, z.B. CT etc.

8) Diagnosen:

- umfassende und detaillierte Bezeichnung des diagnostizierten Krankheitsbildes
- Sicherung der Diagnose im Vollbeweis

9) Beurteilung:

- Nachvollziehbare Begründung anhand neuester wissenschaftlich orientierter Kenntnisse
 - bei Annahme einer Lärmschwerhörigkeit: Lärmschwerhörigkeit während der Zeit der Exposition entwickelt
 - reine Innenohrschwerhörigkeit mit Betonung des Hörverlustes in hohen Frequenzen
 - Nachweis positiven Recruitments, wahrscheinlich Hörstörung in Sinneszellen des Innenohrs (cochleär)
- rechtlich ursächlicher Zusammenhang im Sinne der wesentlichen Bedingung im Bezug auf haftungsausfüllende Kausalität
- Ausschluss Gelegenheitsursache

10) gewissenhafte und logisch nachvollziehbare Beantwortung der Beweisfragen

11) Unterschrift (ggf. Zusatz des Chefarztes bei Untersuchung durch Mitarbeiter)

12) Zusatz: Auswirkung des Gutachtens auf den Gerichtsbeschluss

- Rücknahme 1, Abweisung 2, Anerkennung 3, § 109 SGG 4, Berufung 5, Abweisung der Berufung 6, Anerkennung in der Berufung 7, Einstellung 8, Vergleich 9, noch kein Beschluss vorliegend 10

Fragenkatalog BK 2108

1) Gutachterdaten:

- Geschlecht (männlich 1, weiblich 2, unbekannt 3)
- Alter (30-40 Jahre 1, 41-65 Jahre 2, ≥ 65 Jahre 3)
- Qualifikation (Assistenzarzt 1, Facharzt 2, Chefarzt 3)
- Arbeitsplatz (Uniklinik 1, größere Klinik 2, kleinere Klinik 3, Praxis 4)

2) Prüfung des Gutachtenauftrages:

- Beweisfragen verständlich
- Anknüpfungstatsachen vollständig, d.h. typische berufliche Belastung hinreichend dokumentiert:
 - langjähriges Heben und Tragen schwerer Lasten
 - langjährige Tätigkeit in extremer Rumpfbeugehaltung
 - Belastungsermittlung mit positivem Ergebnis liegt vor
- Persönliche Voraussetzungen vorhanden

3) Anamnese:

- Familienanamnese, insbesondere im Hinblick auf bandscheibenbedingte Erkrankung
- allgemeine Krankheitsanamnese:
 - Sozialanamnese
 - Freizeitanamnese, z.B. Hobbies, Unfälle etc.
 - berufsunabhängige Lebensgewohnheiten
- Berufsanamnese+ aktenkundige Belastungsdokumentation/ Stellungnahme des Präventionsdienstes
 - Schulbildung
 - beruflicher Werdegang
 - Chronologie wirbelsäulenbelastender Berufstätigkeiten
- spezielle Krankenanamnese nach Aktenlage:

- Erkrankungsverlauf aufgrund ärztlicher Befundberichte, bildgebende Befunde etc.
- spezielle Krankenanamnese nach Angaben des Versicherten und aktuelles Beschwerdebild:
 - Entwicklung des Beschwerdebildes
 - aktuelle subjektive Beschwerden, ggf. Schmerzeinteilung anhand VAS

4) Überprüfung der Übereinstimmung zwischen Angaben des Untersuchten und Dokumentation in der Akte des UV- Trägers, falls Widersprüche vorhanden vermerken, ggf. UV- Träger einschalten

5) Befunde:

- Allgemeinbefund:
 - Allgemeinzustand
 - Körpergröße
 - Körpergewicht
 - Bauchumfang
 - Atembreite
 - Trainingszustand
 - muskuläre Haltung
 - Bewegungsausmaße
 - Beinlängendifferenz
 - Beckentiefstand
 - Beckenkipfung
 - Bewegungsmuster:
 - Gangbild
 - Stehen
 - Hinsetzen
 - Aufstehen

- Auskleiden
- Umwenden auf der Untersuchungsliege
- Aufrichten des Rumpfes aus der Horizontalen
- Langsitz möglich
- „climbing up the legs“
- schraubenförmige Ausgleichsbewegung
- Wirbelsäulenbefund:
 - Flachrücken, Hohlrücken, Rundrücken, Hohlrundrücken oder Gibbus
 - Skoliose mit/ ohne Ausgleich der Seitbiegung durch Beinlängenausgleich
 - Schulterblatthochstand
 - Lotverschiebung Dornfortsatz C 7 und Rima ani
 - Rippenbuckel, Lendenwulst
 - Aufrichtbarkeit der BWS-Kyphose
 - Spondylolisthesis
 - Provokationstest ISG
 - axialer Stauchungsschmerz
 - Stauchungsschmerz beim Fallenlassen auf die Fersen aus dem Zehenstand
 - Federpalpation der Dornfortsätze in entspannter Bauchlage
 - Instabilität bei Druck auf Dornfortsätze in entspannter Bauchlage
 - Druckschmerz
 - Klopfeschmerz
 - Verspannungen
 - oberflächliche Schmerzhaftigkeit lumbal
- Bewegungsausmaße, Neutral-Null-Methode:
 - HWS vor-/ zurückneigen

- HWS seitneigen links/ rechts
- HWS drehen links/ rechts
- BWS/ LWS vor-/ zurückneigen
- BWS/ LWS seitneigen links/ rechts
- BWS/ LWS drehen links/ rechts
- Gesamtbeugewinkel
- Beckenbeugewinkel
- LWS- Beugewinkel
- Liege- Jugulum- Abstand
- Liege- Dornfortsatz C 7- Abstand
- Kinn- Jugulum- Abstand
- Ott- Maß
- Schober- Maß
- Finger- Boden- Abstand
- Finger- Fuß- Abstand im Langsitz
- Hüftgelenke:
 - Extension/ Flexion
 - Abduktion/ Adduktion
 - Außenrotation/ Innenrotation gestreckt/ gebeugt
- Kniegelenk: Extension/ Flexion
- Neurologischer Befund:
 - Lasègue
 - indirekter Lasègue
 - umgekehrter Lasègue
 - Pseudo- Lasègue
 - neurologische Auffälligkeit obere Extremität
 - Psycho- vegetative Reaktion bei schmerzhafter Untersuchung

- Blasen- Mastdarm- Störung
- PSR
- ASR
- Fußheber
- Großzehenheber
- Fußrandheber
- Fußsenker
- radikuläre Symptomatik:
 - Sensibilität/ Motorik
- nicht radikuläre Symptomatik:
 - Sensibilität/ Motorik

6) Bildbefunde

- HWS, BWS, LWS in 2 Ebenen nicht älter als 1 Jahr, ggf. seitliche Zielaufnahme L 4- S 2
- Funktionsaufnahmen der LWS in Extension und Flexion bei V.a. segmentaler Instabilität+ Bewegungsstörung
- Beckenübersicht im Stehen zur Beurteilung des Degenerationszustandes
- CT/ MRT der LWS bei Hinweisen auf radikuläre Symptomatik

7) Erfassung der Korrelation zwischen klinische Befunden und Bildgebung

8) Ermittlung der Befundkonstellation

9) Diagnosen:

- umfassende und detaillierte Bezeichnung des diagnostizierten Krankheitsbildes
- Sicherung der Diagnose im Vollbeweis

10) Beurteilung:

- Nachvollziehbare Begründung anhand neuster wissenschaftlich orientierter Kenntnisse
- Prüfung der Kausalität:
 - BK- fähiges Krankheitsbild im Vollbeweis belegt:
 - bildgebende Sicherung einer altersuntypischen degenerativen Bandscheibenerkrankung
 - bevorzugt im unteren LWS- Bereich
 - klinisch. chron.- rezidivierende Symptomatik einer bandscheibenbedingten Erkrankung im gleichen Segment nachweisbar (über 6 Monate)
 - positive Indices vorhanden: Begleitspondylose etc.
 - mehrere LWS- Segmente
 - besonders hohe Belastungsspitzen
 - plausible zeitliche Korrelation zwischen beruflicher Belastung und Krankheitsentwicklung
 - Korrelation zwischen Belastungsart/- umfang und Krankheitsbild nach Art und Auswirkung
 - erkennbare schicksalshafte konkurrierende Ursache der Symptomatik (Spondylolisthese, Skoliose etc.)
 - Erklärung für Erkrankung auch auf nicht- beruflicher Ursachenebene (z.B. sportliche Belastung)
 - Begründung für Unterlassungszwang

10) gewissenhafte und logisch nachvollziehbare Beantwortung der Beweisfragen

11) Unterschrift (ggf. Zusatz des Chefarztes bei Untersuchung durch Mitarbeiter)

12) Zusatz: Auswirkung des Gutachtens auf den Gerichtsbeschluss:

- Rücknahme 1, Abweisung 2, Anerkennung 3, § 109 SGG 4, Berufung 5, Abweisung der Berufung 6, Anerkennung in der Berufung 7, Einstellung 8, Vergleich 9, noch kein Beschluss vorliegend 10, erneut § 106 SGG 11

7. Literaturverzeichnis

[1 a] Ärztekammer Nordrhein: Arztsuche; Haut- und Geschlechtskrankheiten;
<http://www.aekno.de/page.asp?pagelD=94>; (zuletzt abgerufen: 28.12.2010)

[1 b] Ärztekammer Nordrhein: Arztsuche; Hals- Nasen- Ohrenheilkunde;
<http://www.aekno.de/page.asp?pagelD=94> (zuletzt abgerufen: 30.12.2010)

[1 c] Ärztekammer Nordrhein: Arztsuche; Orthopädie;
<http://www.aekno.de/page.asp?pagelD=94> (zuletzt abgerufen: 30.12.2010)

[2 a] Ärztekammer Westfalen- Lippe: Arztsuche; Haut- und Geschlechtskrankheiten;
<http://www.aekwl.de/?id=512>; (zuletzt abgerufen: 28.12.2010)

[2 b] Ärztekammer Westfalen- Lippe; Arztsuche; Hals- Nasen- Ohrenheilkunde;
<http://www.aekwl.de/?id=512> (zuletzt abgerufen: 30.12.2010)

[2 c] Ärztekammer Westfalen- Lippe; Arztsuche; Orthopädie;
<http://www.aekwl.de/?id=512> (zuletzt abgerufen: 30.12.2010)

[3] Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin ÄZQ- Berlin, PMV
Forschungsgruppe an der Universität zu Köln, Leitliniengruppe Hessen-
Hausärztliche Pharmakotherapie (Hrsg.) (2006): Handbuch zur Entwicklung
regionaler Leitlinien. Books on demand GmbH; S. 11

[4] AWMF und ÄZQ (2001) : Das Leitlinienmanual, Supplement 1 der Zeitschrift für
ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung. Urban und Fischer Verlag,
München/Jena, 95. Jahrgang, 2. Auflage; S. 5

[5] Becher, S. (2005) : Neuer Kurs der Akademie zur Qualifizierung von Gutachtern
Curriculäre Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte nach den Richtlinien der
Bundesärztekammer, in: Rheinisches Ärzteblatt 7/2005, WWF Verlag Greven; S. 19

[6] Becker, P. (2008) : Das professionelle Gutachten- Anforderung aus rechtlicher
Sicht. MEDSACH 105, Gentner Verlag Stuttgart, S. 86

[7] Becker, P. (2007) : Die wesentliche Bedingung- aus juristischer Sicht.
MEDSACH 103; Gentner Verlag Stuttgart; S. 95

[8] Bindemann, D. (1997) : Qualitätssicherung in der Begutachtung- in der UV.
MEDSACH 93, Gentner Verlag Stuttgart; S.21, 23

[9] Blome, O., Kamrad, E. (2005) : Qualitätssicherung in der Begutachtung-
Herausforderung für Leistungsträger und Gutachter- aus Sicht der gesetzlichen
Unfallversicherung. MEDSACH 101, Gentner Verlag Stuttgart; S. 55

- [10] Bolm-Audorff, U. ; Brandenburg, S; Brüning, T.; Dupuis, H; Ellegast, R.; Elsner, G.; Franz, K.; Grasshoff, H.; Grosser, V.; Hanisch, L.; Hartmann, B.; Hartung, E.; Heuchert, G.; Jäger, M.; Krämer, J.; Kranig, A.; Hering, K. G.; Ludolph, E.; Luttmann, A.; Nienhaus, A.; Pieper, W.; Pöhl, K.-D.; Remé, T.; Riede, D.; Rompe, G.; Schäfer, K.; Schilling, S.; Schmitt, E.; Schröter, F.; Seidler, A.; Spallek, M.; Weber, M. (2005): Medizinische Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule (I, II)-Konsensusempfehlungen zur Zusammenhangsbegutachtung der auf Anregung des HVBG eingerichteten interdisziplinären Arbeitsgruppe, in: Trauma Berufskrankheit 2005 7:211-252. Springer Medizin Verlag Heidelberg, S. 215- 217
- [11] Bundesministerium für Justiz (1997): Berufskrankheiten-Verordnung vom 31. Oktober 1997 (BGBl. I S. 2623) die zuletzt durch Art. 1 der Verordnung vom 11. Juni 2009 (BGBl. I S. 1273) geändert worden ist. Bundesministerium für Justiz 2009, Anhang 1
- [12] Deutscher Bundestag (2009): Bericht der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit und Gesundheit und über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2008. Deutscher Bundestag, Drucksache 17/380; S. 24
- [13] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Hrsg.) (2008): Bamberger Merkblatt: Begutachtungsempfehlungen für die Begutachtung von Haut- und Hautkrebserkrankungen, 4.Auflage; S. 6 - 10,17 - 19
- [14] Dörfler, H., Eisenmenger, W., Lippert, H-D., Wandl., U (Hrsg.) (2008): Medizinische Gutachten. Springer Medizin Verlag Heidelberg; S. 4- 5
- [15] Feddern, K., Widder, B. (2009) : Die Pflicht des gerichtlichen Gutachters zur persönlichen Untersuchung. MEDSACH 105, Gentner Verlag Stuttgart; S. 94
- [16] Fritze, J.; Mehrhoff, F. (Hrsg.) (2007): Die ärztliche Begutachtung. Steinkopff Verlag Darmstadt, 7.Auflage; S. 1, 20
- [17] Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.) (2004): BK-Report 2/03 „Wirbelsäulenerkrankungen“ (BK-Nrn. 2108 bis 2110); S. 135 - 139, 305 - 307
- [18] Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg) (2003) : BK-Report 3/2003 Berichtsband über das Berufskrankheiten-Kolloquium des Hauptverbandes für gewerbliche Berufsgenossenschaften e.v. (HVBG) und der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie e.v. (ABD) zum „Bamberger Merkblatt“ am 06./07.03.2003; S.1
- [19] Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.) (2006) : Dokumentation des Berufskrankheitengeschehens in Deutschland, Daten und Fakten zu Berufskrankheiten:- Erkrankungen durch anorganische Stäube, - Obstruktive Atemwegserkrankungen, -Hautkrankheiten, Rheinbreitbach; S. 106

- [20] Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.) (2004) : Empfehlung der Unfallversicherungsträger zur Begutachtung bei Berufskrankheiten, Meckenheim; S. 15, 19
- [21] Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.) (1996): Königsteiner Merkblatt: Empfehlungen des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften für die Begutachtung der beruflichen Lärmschwerhörigkeit, 4. Auflage, erweitert 2008; S. 13 - 20
- [22] Hennies, G. (1998) : Begutachtungsmängel und ihre Quellen - aus juristischer Sicht. MEDSACH 94, Gentner Verlag Stuttgart; S. 38
- [23] Kater, H. (1998): Begutachtungsmängel und ihre Quellen - aus der Sicht der Unfallversicherung. MEDSACH 94, Gentner Verlag Stuttgart; S. 56
- [24] Kater, H. (2008): Das ärztliche Gutachten im sozialgerichtlichen Verfahren. Erich Schmidt Verlag Berlin, S. 22
- [25] Kaiser, V. (2009): Zur Bedeutung (höchst)richterlicher Urteile für die medizinische Begutachtung. MEDSACH 105, Gentner Verlag Stuttgart; S. 91 ff.
- [26] Keller, F. (2002) : Anforderungen an ärztliche Gutachten aus sozialrechtlicher Sicht. MEDSACH 98 , Gentner Verlag Stuttgart; S 5 - 6
- [27] Keller, W. (2006) :Erfahrungen mit antizipierten Sachverständigengutachten im Berufskrankheitenrecht. MEDSACH 102, Gentner Verlag Stuttgart; S. 128 - 130
- [28] Keller, W. (1997) : Qualitätssicherung in der Begutachtung - aus juristischer Sicht. MEDSACH 93, Gentner Verlag Stuttgart; S. 5
- [29] Kenter, M. (2009): Anspruch und Wirklichkeit der Berufskrankheitenmerkblätter - aus ärztlicher Sicht. MEDSACH 105, Gentner Verlag Stuttgart; S. 126
- [30] Kentner, M., Frank, K. (2010) : Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule als Berufskrankheit - Der Beitrag der Konsensusempfehlungen und der Deutschen Wirbelsäulenstudie zur Beurteilung der BK Nr. 2108. MEDSACH 106, Gentner Verlag Stuttgart; S. 6 ff.
- [31] Kopp, I.B. (2009) : Leitlinien in der Medizin - Grundlagen und Fortentwicklung, in: Heidelberger Gespräch Abstracts 30.09.2009 und 01.10.2009; Gentner Verlag Stuttgart; S. 2
- [32] Kranig, A. (2009) : Begutachtungsempfehlungen, in: Heidelberger Gespräch Abstracts 30.09.2009 und 01.10.2009; Gentner Verlag Stuttgart; S. 3
- [33] Krasney, O.E. (2009) : Zur Bedeutung höchstrichterlicher Urteile für die medizinische Begutachtung. MEDSACH 105, Gentner Verlag Stuttgart; S. 87
- [34] Ollenschläger, G. (2008) : Stellenwert ärztlicher Leitlinien in der Arzthaftungsbegutachtung, in: Zeitschrift für Herz- Thorax- Gefäßchirurgie, Springer Medizin Verlag Heidelberg; S. 288, 293

[35] Schmid, G. (2005) : Qualitätssicherung in der Begutachtung- Herausforderung für Leistungsträger und Gutachter- aus Sicht eines Sozialrichters. MEDSACH 101, Gentner Verlag Stuttgart; S. 62 - 63

[36] Sozialgesetzbuch (SGB) VII (2010): § 9 Abs.1 Satz 1

[37] Sozialgesetzbuch (SGB) VII (2010): § 9 Abs.1 Satz 2

[38] Sozialgerichtsgesetz (SGG) (2010): § 106

[39] Sozialgerichtsgesetz (SGG) (2010): § 109

[40] Steiner, G. H. (2010) : Schnittstellenprobleme bei der Einholung und Verwertung von medizinischen Sachverständigengutachten. MEDSACH 106, Gentner Verlag Stuttgart; S. 252

[41] Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 19.06.2007, Az. L 17 U 470/04

[42] Urteil des Bundessozialgerichts vom 02.05.2001, Az. B 2 U 24/00 R, SozR 3-2200 § 581 Nr. 8

[43] Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 29.01.2008, Az. L 2 U 1035/05

[44] Weber, A. (2005): Qualitätssicherung in der Begutachtung - Herausforderung für Leistungsträger und Gutachter- aus allgemein-sozialmedizinischer Sicht. MEDSACH 101, Gentner Verlag Stuttgart; S. 43

8. Lebenslauf

Name	Kerstin Kerber
Geburtsdatum	04.05.1981 in Bonn- Bad Godesberg
Schul- und Hochschulausbildung	
1987 - 1991	Katholische Grundschule Pech, Wachtberg
1991 - 2000	Clara-Fey-Gymnasium, Bonn-Bad Godesberg
13.06.2000	Allgemeine Hochschulreife
04.09.2000 - 03.09.2001	Freiwilliges Soziales Jahr Evang. Waldkrankenhaus Bonn-Bad Godesberg
04.09.2001 - WS 2004/2005	Aushilfskraft im Pflegedienst Evang. Waldkrankenhaus Bonn-Bad Godesberg
01.10.2004	Beginn des Studiums der Humanmedizin an der Albertus-Magnus-Universität zu Köln
22.03.2007	Physikum
22.02.2010 - 11.06.2010	Praktisches Jahr: Klinikum der Universität zu Köln Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
14.06.2010 - 01.10.2010	Praktisches Jahr: Krankenhaus Porz am Rhein Abteilung für Chirurgie (Viszeralchirurgie, Gefäßchirurgie)
04.10.2010 - 21.01.2011	Praktisches Jahr: Krankenhaus Porz am Rhein Abteilung für Innere Medizin (Gastroenterologie, Nephrologie, Kardiologie)
08.06.2011	Staatsexamen
27.06.2011	Approbation
19.09.2011	Beginn der Assistenzarztzeit im Krankenhaus Porz am Rhein in der Klinik für Innere Medizin