

Begutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung

Vortrag Meyer-Clement ASIA 12.11.2002

Die gesetzliche Unfallversicherung hat eine lange Vorgeschichte. Bereits im Mittelalter gab es Knappschaftsversicherungen, Zünfte- und Gesindeversicherungen. Etwa ab dem Jahre 1000 zahlten die Meister Beiträge für Unterstützung der Gesellen bei Verletzungen und Krankheiten, etwa ab dem 13. Jahrhundert gab es die sogenannten Büchsenkassen, zur Versorgung Verletzter, Alten, Witwen und Waisen im Knappschaftswesen. Etwa ab dem 16. Jahrhundert beteiligten sich die Unternehmer hier an.

Mit der industriellen Revolution im 19. Jahrhundert kam es zu einer Zunahme der Arbeitsunfälle, dies erforderte zwangsläufig gesetzliche Regelungen, die die Knappschaftsgesetze, Zunft- und Gesindeordnungen ablösten. Es kam letztendlich zum Unfallversicherungsgesetz vom 06.07.1884. Die Reichsversicherungsordnung wurde am 09.07.1911 ins Leben gerufen, die erste Berufskrankheitenverordnung mit 11 Krankheiten am 12.05.1925.

Diese Berufskrankheitenverordnung spiegelte die damalige Arbeitswelt wider. Es gab 11 gewerbliche Berufskrankheiten, Erkrankungen durch Blei, durch Phosphor, durch Quecksilber, durch Arsen, durch Benzol, durch Nitro- und Amidverbindungen, durch Schwefelkohlenstoff, Erkrankungen an Hautkrebs durch Ruß, Paraffin, Teer, Pech und verwandte Stoffe, Grauer Star bei Glasmachern, Erkrankungen durch Röntgenstrahlen, Wurmkrankheiten der Bergleute und die sogen. Schneeberger Lungenkrankheit.

1925 wurden auch die Wegeunfälle in das gesetzliche Unfallversicherungsrecht einbezogen. Der nächste Meilenschritt war die Einbeziehung der Schülerunfälle am 18.03.1971. Am 05.07.1996 wurde die Reichsversicherungsordnung durch das Sozialgesetzbuch VII abgelöst.

Das gesetzliche Unfallversicherungsrecht ist geprägt von dem Grundsatz, dass die Haftung des Unternehmers durch Versicherungsschutz freigestellt ist, im Gegenzug bezahlt er die Versicherungsbeiträge. Dies führt zwangsläufig zur kausalen Festlegung des Leistungsrahmens nach versicherungsrechtlichen Prinzipien. Nur die Verknüpfung, dass die Arbeit den Gesundheitsschaden herbeigeführt hat, rechtfertigt die Einstandspflicht.

Die Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung ist es, mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten und nach Eintritt von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wieder herzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen. Dies ist im § 1 des SGB VII definiert.

Der Begriff der arbeitsbedingten Erkrankungen wurde erstmals im SGB VII in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Unfallversicherung gelegt.

Bei arbeitsbedingten Erkrankungen handelt es sich um Erkrankungen, die durch Arbeitseinflüsse verursacht oder mitverursacht oder durch Arbeitsverhältnisse in ihrem Verlauf ungünstig beeinflusst werden. Es handelt sich um Krankheiten i. S. der gesetzlichen Krankenversicherung, es steht nicht die **belastungsinduzierte Verursachung** der Krankheiten, sondern lediglich die **belastungsbedingten Auswirkungen** im Vordergrund. Die Prävention ist der Normenadressat.

Zu arbeitsbedingten Erkrankungen gehören Erkältungen durch Zugluft, Kopfschmerzen durch Bildschirmarbeit, Magenschmerzen durch Stress etc.

Arbeitsbedingte Erkrankungen unterscheiden sich von Berufskrankheiten, die in der Berufskrankheitenverordnung aufgelistet sind. Z. Zt. haben wir die 7. Berufskrankheitenverordnung mit 67 Krankheiten. Es handelt sich hierbei um Krankheiten, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Maße als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind.

Der rechtliche Begriff des **Arbeitsunfalles** wurde erstmals im § 8 des SGB VII definiert. Hierbei handelt es sich um ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis, das zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führt. Die Begrifflichkeit **zeitlich begrenzt** bedeutet, dass es sich um eine Arbeitsschicht handelt. Die sogen. Plötzlichkeit des Unfallbegriffes, im naturwissenschaftlichen Sinne, findet sich nicht wieder im Begriff des Arbeitsunfalles. So stellt z. B. die Kohlenmonoxydvergiftung eines Ofenbauers, zugezogen in einer Arbeitsschicht einen Arbeitsunfall dar, oder die infizierte Schwielen eines Maurers, zugezogen in einer Arbeitsschicht, stellt ebenfalls einen Arbeitsunfall dar.

Wenn es heißt, dass von außen auf den Körper ein Ereignis einwirken muss, dann wird hier eine Abgrenzung zur inneren Ursache vorgenommen. Auch die Schwerkraft

oder eine Last wirken von außen auf den Körper ein, während ein Herzinfarkt oder ein Schlaganfall Einwirkungen von innen sind.

Als Gesundheitsschaden gilt auch die Beschädigung oder der Verlust eines Hilfsmittels.

Der rechtliche Begriff Arbeitsunfall ist nicht identisch mit dem naturwissenschaftlichen Begriff Unfall. So fehlt z. B. das Kriterium der Plötzlichkeit. Dieser Begriff ist auch nicht identisch mit dem Unfallbegriff der privaten Unfallversicherung. Im gesetzlichen Unfallversicherungsrecht stehen auch nichtadäquate oder betriebsübliche Ereignisse unter Versicherungsschutz, wenn sie wesentliche Ursache für den eingetretenen Körperschaden sind.

Allerdings dient der Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung nicht dazu, Gesundheitsstörungen zu entschädigen, die bei betrieblicher Tätigkeit nur augenscheinlich werden, es sollen vielmehr nur jene Gesundheitsstörungen entschädigt werden, die erst durch die betriebliche Tätigkeit herbeigeführt worden sind. Es werden damit keine Gesundheitsstörungen entschädigt, die beim Ausüben einer versicherten Tätigkeit nur örtlich und zeitlich zufällig aufgetreten sind.

Diese Definition hat die ständige Rechtsprechung gefunden, so z. B. das Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 24.01.1996; L2U2145/95.

Wir unterscheiden in der Begutachtung drei Kausalitätstheorien. Es gibt die sog. Äquivalenztheorie, die z. B. das Strafrecht kennt, es handelt sich um die reinste Kausalitätslehre, die **conditio sine qua non**, d. h. jede Bedingung, die zum Erfolg geführt hat, ist äquivalent, auch wenn andere Bedingungen vorhanden sind.

Das Zivilrecht kennt die Adäquanztheorie. Da Ereignis muss im Allgemeinen und nicht nur unter besonders eigenartigen, unwahrscheinlichen und nach dem gewöhnlichen Verlauf der Dinge außer Betracht zu lassenden Umständen geeignet sein, einen Erfolg dieser Art herbeizuführen. Die Betrachtungsweise muss lebensnah, wirklichkeitsgerecht und vernünftig sein.

Das gesetzliche Unfallversicherungsrecht folgt der Lehre von der wesentlichen Bedingung. Ursache ist nur die Bedingung, die nach vernünftigem Ermessen wegen ihrer besonderen Beziehung wesentlich am Eintritt des Erfolges mitgewirkt hat. Wesentlich ist das, was fassbar ist, was nicht hinweggedacht werden kann, dass der Erfolg entfiere. Mehrere Ursachen können wesentlich sein.

Nach dem Alles- oder Nichts-Prinzip ist die gesetzliche Unfallversicherung zuständig, wenn die versicherte Tätigkeit gleichrangig neben weiteren Ursachen infrage kommt.

Bei einem Arbeitsunfall gilt folgendes Prüfschema :

Es muss zunächst geprüft werden, ob ein Arbeitsverhältnis vorliegt, dies muss mit dem Vollbeweis gesichert sein. Es muss weiterhin geprüft werden, ob der Unfall bei einer versicherten Tätigkeit eingetreten ist, auch dies muss mit dem Vollbeweis gesichert sein. Es muss weiterhin gesichert sein, dass ein äußeres Ereignis stattgefunden hat.

Es genügt die Wahrscheinlichkeit, dass dieses äußere Ereignis zu einem Körperschaden geführt hat, z. B. zu einer Radiusfraktur, dieser Körperschaden wiederum muss mit dem Vollbeweis gesichert sein.

Der Folgeschaden, für dessen Nachweis die einfache Wahrscheinlichkeit genügt, muss allerdings erneut mit dem Vollbeweis gesichert sein.

Aus medizinischer Sicht ist die Kausalitätsprüfung einfach, wenn ein verletzungsbedingter Körperschaden zu sichern ist. Verletzungen sind Wunden, Brüche, Bandzerreißen, Verrenkungen etc. Dem medizinischen Sachverständigen wird vorgegeben, ob ein versichertes Ereignis vorgelegen hat. Der verletzungsbedingte Körperschaden muss benannt werden, z. B. eine Schenkelhalsfraktur. Es muss geprüft werden, ob konkurrierende Ursachen vorliegen, ist dies nicht der Fall, ist der Zusammenhang wahrscheinlich.

Liegen konkurrierende Ursachen vor, z. B. eine Osteoporose, gilt die Lehre von der wesentlichen Bedingung, d. h. auch bei einer Osteoporose kann der Unfallzusammenhang gegeben sein, wenn dem Ereignis eine wesentliche Ursache am Zustandekommen der Schenkelhalsfraktur zufällt.

Die Kausalitätsprüfung ist immer dann schwierig, wenn die eingetretene Gesundheitsstörung sowohl einen verletzungsbedingten Körperschaden, als auch eine Krankheit darstellen kann. Hierbei handelt es sich in der Regel um Zusammenhangstrennungen von Sehnen, z. B. der Bizepssehne, der Achillessehne oder der Rotatorenmanschette, um isolierte Meniskusschäden, um Bandscheibenschäden, incl. Bandscheibenvorfällen.

Wenn ich ein versichertes Ereignis habe, welches einen Körperschaden, z. B. eine Zusammenhangstrennung einer Sehne verursacht hat, dann muss ich fragen, ob es sich um einen physiologischen also lebensgerechten Vorgang, z. B. um das

Anheben einer Last gehandelt hat. Lebensgerechte Vorgänge können eine Körperstruktur, also eine Sehne nicht zerstören, da die vorgeschaltete Struktur, der Muskel, niemals so viel Kraft aufwenden kann, um seinen Partner die Sehne zu zerreißen. Wenn demnach bei einem lebensgerechten, einem physiologischen Vorgang, einer sogen. Kraftanstrengung eine Sehne zerreißt, dann stimmt etwas im Bauplan dieser Sehnenstruktur nicht, der Unfallzusammenhang ist nicht gegeben.

Liegt ein pathophysiologischer Vorgang vor, z. B. ein Sturzgeschehen, muss die Frage gestellt werden, ob die geschädigte Struktur beteiligt war und weiterhin, ob sie gefährdend belastet war. So führt ein Sturz auf das Gesäß nicht zu einer Gefährdung einer Rotatorenmanschette, auch ein Sturz auf den ausgestreckten Arm, bzw. ein Sturz auf ein Schultergelenk, mit seitlichem Anprall gefährdet die Rotatorenmanschette nicht. Der Zusammenhang wäre nicht gegeben.

In der Zusammenhangsbegutachtung werden viele Fehler gemacht. Häufig bedienen sich die Sachverständigen irgendwelcher Schlagworte, Rechtsbegriffe, etc. So liest man häufig, dass z. B. wenn ein Versicherter einen Sack anhebt und hierbei Rückenschmerzen verspürt, dies *kein Unfall i. S. des Gesetzes* sei.

Im Gesetz ist definiert, dass ein Ereignis zeitlich begrenzt von außen auf den Körper einwirkt und zu einem Gesundheitsschaden führt, in der Reichsversicherungsordnung war der Unfallbegriff nicht definiert. Der Begriff *dies ist kein Unfall i. S. des Gesetzes* ist unsinnig, da es so etwas im Gesetz zu keinem Zeitpunkt gegeben hat. Wenn jemand einen Sack anhebt, dann handelt es sich um ein von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis, wenn es hierbei zu einem Gesundheitsschaden kommt, muss eine Kausalitätsprüfung erfolgen. Wenn lediglich Gesundheitsstörungen anlässlich der betrieblichen Tätigkeit, z. B. ein Bandscheibenschaden zu Tage treten, ist das Ereignis nicht wesentliche Ursache, kommt es jedoch beim ruckhaften Anhebens eines schweren Gegenstandes, z. B. zu einem Wirbelbruch und können konkurrierende Ursachen nicht benannt werden, ist das Ereignis wesentliche Ursache für den eingetretenen Körperschaden.

Mit der Begrifflichkeit *dies ist kein Unfall i. S. des Gesetzes*, kommt man bei der Zusammenhangsbegutachtung nicht weiter.

Häufig liest man auch: *Das angeschuldigte Ereignis war nicht geeignet, den Meniskus zu zerreißen.*

Hierzu muss zunächst erwähnt werden, dass eine Sache grundsätzlich nicht *schuldfähig* ist, es gibt versicherte Ereignisse, aber keine angeschuldigten Ereignisse.

Der häufig verwendete Begriff der *Eignung* ist weder medizinisch noch juristisch definiert, jeder darf sich darunter etwas anderes vorstellen. Es handelt sich vielmehr um eine Worthülse, die lediglich eine scheinbare Sicherheit vortäuscht.

Es ist nicht die Eignung eines Ereignisses zu hinterfragen, sondern der Ursachenbeitrag eines versicherten Ereignisses am konkret eingetretenen Körperschaden eines versicherten Individuums.

Eine weitere juristische Worthülse, mit denen sich Mediziner gerne schmücken, stellt der Begriff **Gelegenheitsursache** dar.

Die Aufgabe des medizinischen Sachverständigen ist es, einen Sachverhalt transparent zu machen, damit ihn ein Nichtmediziner versteht. Die Sprache der Juristen ist hierzu grundsätzlich nicht geeignet. Nach einer nachvollziehbaren Kausalitätsprüfung kann man zum Ausdruck bringen, dass ein Ereignis nicht die wesentliche Ursache darstellt, hierzu muss man nicht juristische Worthülsen, wie den Begriff Gelegenheitsursache bemühen.

Die Kausalitätsprüfung wird häufig mit Begrifflichkeiten umgangen, wie: *Der Versicherte hatte vor dem Ereignis keine Kniebeschwerden, damit ist der Meniskusschaden durch das Ereignis verursacht worden.*

Hierzu kann man grundsätzlich ausführen, dass es im gesetzlichen Unfallversicherungsrecht kein *danach-also-dadurch* gibt. Eine Beschwerdefreiheit vor einem Ereignis lässt sich weder beweisen, noch reicht dies aus, den Ursachenzusammenhang zu begründen.

Häufig nehmen Gutachter einen Unfallhergang, wie der Versicherte ihn bei der Untersuchung schildert, als gegeben an. So liest man z. B. in einem Gutachten: *Erstmals bei der heutigen Untersuchung gab der Versicherte an, dass er beim Absteigen von der Leiter nicht von der untersten Sprosse abgerutscht war, sondern in der Mitte der Leiter zwischen zwei Sprossen geraten war und sich hierbei das Knie verdreht hatte. Dies Ereignis hat demnach den Meniskusriss verursacht.*

Grundsätzlich gilt, dass die Ermittlung des Unfalles Aufgabe der Verwaltung ist. Diese gibt den ermittelten Hergang bindend vor. Der Sachverständige hat kein

eigenes Ermittlungsrecht. Falls er bisher nicht bekannte Tatsachen erfährt, kann er allenfalls eine Alternativbeurteilung abgeben.

Grundsätzlich gilt, dass der Wahrheitsgehalt Jahre später abgegebener Unfallschilderungen begrenzt ist. Die Versicherten durchlaufen im Laufe eines Verfahrens häufig einen "Lernprozess."

Begrifflichkeiten wie Verschlimmerung, Verursachung und Schadensanlage werden häufig fehlerhaft interpretiert.

So heißt es nicht selten in einem Gutachten: *Der Meniskus war zweifelsfrei degenerativ verändert. Der Meniskusriss ist die Verschlimmerung dieser degenerativen Veränderungen.*

Mit dem Begriff der Verschlimmerung werden häufig von Sachverständigen Hilfstruppen mobilisiert, um die Kausalitätsfrage zu umschiffen. Die Frage der Verschlimmerung stellt sich nur, wenn eine Krankheit im Rechtssinne vorbestehend war. Grundsätzlich gilt, dass eine Verschlimmerung eine Änderung der Quantität darstellt, ein dickes Bein wird dicker, ein Loch wird größer etc. Ändert sich die Qualität einer Gesundheitsstörung, handelt es sich um den Begriff der Verursachung.

Eine Meniskusdegeneration, die klinisch stumm war, stellt eine Schadensanlage dar, die als Teilursache am Erfolg, den Meniskusriss, zu diskutieren ist. Eine weitere Teilursache kann das Ereignis sein.

Nicht selten liest man auch folgende Sätze wie: *Der Meniskus war zweifelsfrei degenerativ verändert. Da jeder Mensch in dem Zustand, in dem er sich befindet, versichert ist, hat der Ausfallschritt im vorliegenden Fall den Meniskusriss verursacht.*

Würde der Leitsatz, das jeder Mensch in dem Zustand in dem er sich befindet versichert ist, uneingeschränkt gelten, wäre bei jedem Ereignis die Vorschädigung unbeachtlich, und quasi jegliche Gesundheitsstörung, die während der Tätigkeit auftritt, versichert, auch die Gesundheitsstörungen, die dem allgemeinen Lebensrisiko zugeordnet werden. Dieser Leitsatz erlangt Bedeutung z. B. bei der MdE-Bemessung, niemals bei der Kausalitätsprüfung.

Die Qualität eines Gutachtens lässt sich auch daran ablesen, dass die Befunde ausreichend dokumentiert sind, dass die Neutral-Null-Methode richtig angewendet wird, dass eine klare, allgemein verständliche Sprache verwendet wird, dass auf medizinische Worthülsen verzichtet wird.

Neben der Kausalitätsprüfung ist die Einschätzung der **MdE** die wichtigste Aufgabe der Begutachtung.

Die Erwerbsfähigkeit im gesetzlichen Unfallversicherungsrecht ist die Fähigkeit des Versicherten, sich unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihm nach seinen gesamten Kenntnissen und Fähigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bieten, einen Erwerb zu verschaffen. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit ist die Beeinträchtigung dieser Fähigkeit.

Es gilt das Prinzip der abstrakten Schadensberechnung. Vor dem Gesetz sind alle gleich, Kinder, Schüler, Hausfrauen und Rentner können auch eine Minderung der Erwerbsfähigkeit haben.

Bei der Einschätzung der MdE muss zunächst gefragt werden, welches Leistungsvermögen der Versicherte vor dem Unfall hatte. Hier gilt, dass jeder in dem Zustand versichert ist, wie er zur Arbeit antritt. Das Leistungsvermögen vor dem Unfall ist immer mit 100% zu bemessen.

Folgende Beispiele mögen dies verdeutlichen. Wenn ein Versicherter nur ein Auge hat, d. h. ein Auge durch einen früheren, z. B. einen nicht gesetzlich versicherten Unfall verloren hat, und verliert bei einem gesetzlich versicherten Unfall sein 2. Auge, dann erhält er nicht 25% sondern eine MdE von 100%.

Wenn ein Versicherter einen Unterschenkelverlust erleidet, so erhält er eine MdE von 40%. Erleidet er einen Unterschenkelverlust bei vorbestehender Sprunggelenksversteifung, dann wird man den Unterschenkelverlust lediglich noch mit 20% zu bewerten haben.

Bei der MdE-Einschätzung muss die Schwere des noch vorhandenen funktionellen Defizits bewertet werden. Es muss der Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten bestimmt werden. Es handelt sich um eine Funktionsbegutachtung, die unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu erfolgen hat. Nun ist ein Gutachter weder ein Arbeitswissenschaftlicher noch ein Berufskundler.

Die Rechtsprechung erlaubt die Anwendung von Erfahrungswerten bei der Einschätzung. Diese gelten als praktikable Eckwerte, sie sind nicht rechtsverbindlich, sie gewährleisten jedoch eine Gleichbehandlung der Versicherten. Bei Vorschäden versagen diese Eckwerte.

Die Erfahrungswerte im Schrifttum werden vielfach kritisiert. Seit Bismarck haben sie sich nicht mehr wesentlich geändert. So wird ein versteiftes Hüftgelenk ebenso bewertet wie ein versteiftes Kniegelenk oder Sprunggelenk, die heutige Arbeitswelt bringt es jedoch mit sich, dass ein versteiftes Kniegelenk eine ungleich höhere Beeinträchtigung darstellt, wie z. B. ein versteiftes Sprunggelenk.

Änderungen der Arbeitswelt führen häufig erst nach Jahrzehnten zur Änderung der Erfahrungswerte. Die Händigkeit wurde z. B. erst 1998 abgeschafft.

Es existieren auch unterschiedliche Tabellen, des weiteren wird eine Abweichung von den *Anhaltspunkten* kritisiert, im gesetzlichen Unfallversicherungsrecht wird der Beinverlust, z. B. mit 40%, in den Anhaltspunkten mit 50% bewertet. Die Handgelenksversteifung führt lt. Anhaltspunkten zu einem GdB von 20, im gesetzlichen Unfallversicherungsrecht wird eine MdE von 30% gewährt. Es gibt zahlreiche derartige Abweichungen.

Eine Rente wird gewährt, wenn eine MdE von 20% über die 26. Woche nach Unfall vorliegt. Bei Schülern, bzw. bei Versicherten, die keinen Anspruch auf Lohnfortzahlung haben, gilt, dass ab Tag nach dem Unfall eine Rente gewährt wird, wenn eine MdE von 20% über die 26. Woche nach Unfall vorliegt.

Eine Rente wird i. S. der vorläufigen Rente bis maximal 3 Jahre nach Unfall gewährt, die Rente auf unbestimmte Zeit kann jährlich bei Besserung, jederzeit bei Verschlimmerung geändert werden.

Eine sogenannte Gesamtvergütung wird gewährt, wenn zu erwarten ist, dass über den 3-Jahreszeitraum keine rentenberechtigende MdE zu erwarten ist.

Michael Meyer-Clement
Chirurg-Unfallchirurgie
Sozialmedizin, Chirotherapie