

Rentenquetsche

Jemand stürzt im Betrieb von der Leiter und bricht sich ein Bein. Die Kausalität ist klar: versicherte Tätigkeit, Leiter, Sturz, Bein kaputt, BG-Heilbehandlung, Gewährung von Verletztengeld, u.U. REHA und/oder Verletztenrente bei bleibenden Gesundheitsschäden.

Das läuft.

Bei Berufskrankheiten ist das ja alles viel, viel schwieriger. Deshalb werden Berufserkrankungen so selten anerkannt und entschädigt. -

Wirklich?

Fall 1

Herr B., jetzt 57 Jahre alt, arbeitete am Bau. Voriges Jahr stand er auf einer Leiter in ca. 1,80 Höhe. Als er sich drehen wollte, verfiel er sich mit dem Fuß an einer Metallstrebe, verlor die Balance und stürzte mit Kopf und Oberkörper voran, in die z.T. mit Wasser gefüllte Baugrube. Kopf und Oberkörper fielen unter Wasser, die Beine ragten heraus. Er spürte einen plötzlichen Schmerz in der Brust und wurde bewusstlos. Kollegen zogen ihn heraus. Er wacht erst wieder im Krankenhaus auf. Neben Prellungen – hat er einen Vorderwand-Infarkt erlitten.

Die ÄrztInnen befragen ihn zum Unfallhergang – immer wieder: Ob es nicht doch so gewesen sei, dass er *erst* den Schmerz in der Brust verspürt habe und *dann* abgestürzt sei?

Herr B. widerspricht. Sein Herz sei gesund gewesen. Erst vor kurzem habe er sich durchchecken lassen, es sei auch ein Belastungs-EKG gemacht worden. Sein Herz sei völlig in Ordnung gewesen. Das könne er beweisen. Nein, er habe den Schmerz erst gespürt als er in die Baugrube gefallen ist und nicht vorher. Gestürzt sei er, weil er sich mit dem Fuß an der Leiter verheddert habe.

Die Ärzte nehmen es nicht zur Kenntnis.

Der BG wird gemeldet: Sturz von Leiter infolge Vorderwand-Infarkt, und nicht: Vorderwand-Infarkt nach Sturz

von Leiter und Fall in die mit Wasser gefüllte Baugrube.

Im Entlassungsbefundbericht der Klinik wird der EKG-Befund, von dem Herr B. berichtete, nicht einmal anamnestisch erwähnt. Auch nach Vorlage des EKG-Computerausdrucks revidieren die KrankenhausärztInnen ihre durch nichts zu begründende Ursachenannahme nicht.

Herr B. erhält keine Verletztengeld von der BG. Seine Krankenkasse muss zahlen. -

Jetzt streitet er mit der GUV um die Zahlung des Verletztengeldes und die Gewährung von Verletztenrente. Durch den Sturz und den Vorderwand-Infarkt ist er früherwerbsunfähig geworden.

Fall 2

Herr X ist Mechaniker. Er repariert und wartet Lastwagen. Beim Aufpumpen platzt Anfang November 1997 das große Rad eines Gabelstaplers. Die Felgenteile treffen ihn an Bein/Fuß und in den Rücken mit großer Wucht. Anstatt ihn schnell vor Ort zu versorgen, fährt ihn ein Rettungswagen in das 100 km entfernte Stadtkrankenhaus in C. Dort stellt man einen Sprunggelenkverrenkungsbruch am linken Unterschenkel/Fuß, Typ Weber C, mit zweitgradig offener Innenknöchelfraktur fest. Um seine Wirbelsäulenfraktur aber kümmert man sich nicht – weder diagnostisch noch therapeutisch. Im Entlassungsbefund wird fälschlicherweise behauptet, Herr X habe mit Gehhilfen laufen können. In Wahrheit muss der Mechaniker sogar auf die Toilette mit dem Rollstuhl gefahren werden. 8 Tage später wird er – wiederum mit dem Rettungswagen - in eine Klinik in seinem Heimatort zurück verlegt. Das Zivilschutzamt C. berechnet der BG GroLa für diese 205 km 2.234,50 DM, d.s. 10,90 DM pro Kilometer.

Die BG zahlt anstandslos.

Erst in dieser Klinik entdecken die Ärzte die Fraktur der Lendenwirbelsäule mit Rückenmarkbeteiligung, späterhin wird präzisiert: Querfortsatz-

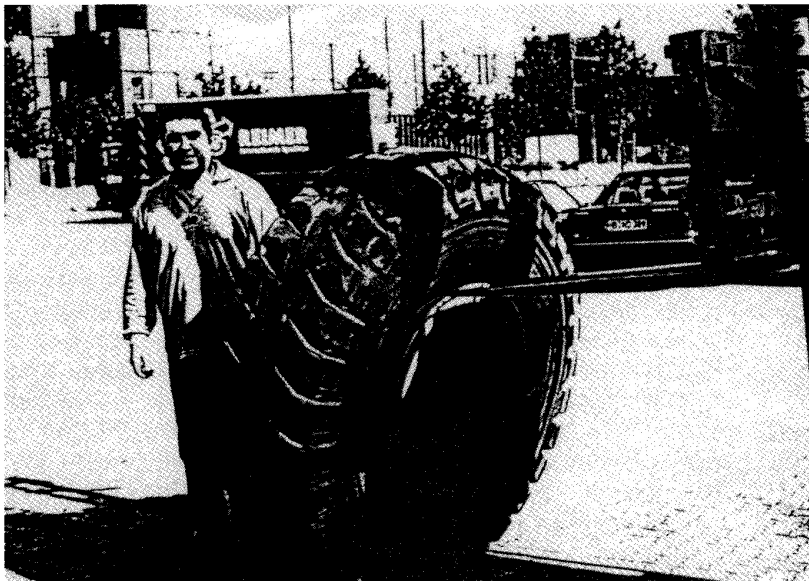
bruch des 4. Lendenwirbelkörpers links. Am Sprunggelenk hat sich eine Hautnekrose entwickelt – so groß wie ein Fünfmarkstück.

Bereits im Februar 1998 will die BG Herrn X einer Arbeitsbelastungsprüfung an seinem Arbeitsplatz unterziehen – angeblich in Absprache mit seinem Arbeitgeber. Die Belastungsprüfung findet im Dezember 1998 statt und der Arbeitgeber protestiert wutentbrannt, eine solche Absprache habe es mit ihm nie gegeben. „Bereits nach 1 Stunde leichter Tätigkeit, sprich Fahren“, sei „klar“ geworden, dass Herr X, „dessen Fuß mittlerweile geschwollen war, unter starken Schmerzen litt“, schrieb der Arbeitgeber an die BG und: „Es ist aus unserer Sicht absolut inakzeptabel, dass Sie einen derart verletzten Menschen unter Androhung der Entgeltkürzung dazu zwingen, eine Belastungsprobe durchzuführen, die kein Arzt gutgeheißen hätte.“

Der Mechaniker bleibt arbeitsunfähig. Die BG bewilligt eine Verletztenrente mit 20% MdE – auf das Sprunggelenk. Die Wirbelsäulenfraktur bleibt unberücksichtigt. Die starken Schmerzen des Herrn X im Rücken, im Kopf und am Unterschenkel interessieren ebenso wenig wie die Tatsache, dass zwar die Haut über dem Sprunggelenk zusammengewachsen ist, das Sprunggelenk selbst aber in einer Breite von ca. einem ganzen Zentimeter auseinanderklafft (Anm d. Autorin: Davon konnte ich mich zwei Jahre später selbst überzeugen).

Dazu passt, dass plötzlich alle bis dato angefertigten Röntgen- und CT-Aufnahmen vom Sprunggelenk und von der Wirbelsäule verschwinden und Herr X plötzlich ohne Beweise da steht.

Er klagt vor dem SG Bremen eine höhere MdE ein, doch das Gericht wird nicht tätig. Tätig wird stattdessen wieder die BG – diesmal im Zusammenhang mit einem Verfahren zur Feststellung der endgültigen Renten-MdE. Als ihm nicht nur der orthopädische Gutachter 20% MdE zubilligen möchte, sondern der Neurologe/Psychiater



ebenfalls 20% auf das erlittene Unfalltrauma, wird die GroLa ganz besonders einfühlsam. Sie beordert Herrn X zu einem weiteren Psychiater – und zwar jetzt einen, der Türkisch spricht und sich in türkisch-männlicher Psyche gut auskennt. Der Witz daran aber ist: Herr X kam als kleiner Bub nach Deutschland. Er spricht und schreibt ein fast fehlerloses Deutsch und ist seit vielen Jahren deutscher Staatsbürger.

Zwischenzeitlich hat Herr X. immer wieder versucht, für seinen Rücken, seinen Fuß und besonders seine dauernden schlimmen Schmerzzustände therapeutische Hilfe zu finden – ergebnislos. Die BG zwingt ihn, immer wieder zu eben den selben D-Ärzten zu gehen, die meinen, der Fuß sei folgenlos verheilt, es seien keine weiteren Therapien notwendig, er übertreibe und wolle nur eine Rente. Er fühlt sich hintergangen, schlecht behandelt und hält damit auch nicht hinterm Berg – was ihm gutachterlich als beginnende (selbstverständlich unfallfremde) Paranoia ausgelegt wird.

Auch die Krankenkasse weigert sich, Arztbehandlungen zu zahlen. Sie weist auf die BG und deren Zahlungspflicht, obwohl sie a) in jedem Fall vorleistungspflichtig ist und die BG b) in diesem Fall den Rückenschaden gar nicht als Verletzungsfolge anerkannt hat.

Nach langen Querelen gelingt es dem

Mechaniker endlich, auf Kosten der Krankenkasse eine MRT durchführen zu lassen.

An Hand der Aufnahme werden seine Schmerzen erklärbar. Die Nervenwurzeltaschen sind durch Spondylarthrosen infolge der Fraktur beengt – die Nerven bei L 4 werden ständig gereizt. Die dafür existierenden therapeutischen Möglichkeiten sind zwar bescheiden, doch kann der Mechaniker jetzt wenigstens beweisen, warum er solche Kopf- und Rückenschmerzen hat. In dem betroffenen Fuß/Bein wird auch eine erhebliche Polyneuropathie mit starker Berührungsempfindlichkeit diagnostiziert.

Die GroLa freilich interessiert das nicht. Sie meint vielmehr, sie müsse eine „Konversionsneurose“ abklären.

Besonders tragisch an dem Fall des Mechanikers ist, dass er auch keine REHA oder Früherwerbsunfähigkeitsrente erhält. Die LVA beruft sich auf die Feststellungen der BG. Das Arbeitsamt will ihn folglich sperren – wegen Arbeitsverweigerung. Der Chef des Mechaniker hat ihm seinen Arbeitsplatz frei gehalten, weil er seine Arbeit so sehr schätzt. Aber der Mechaniker kann keine 200m laufen, geschweige denn länger als eine Stunde stehen.

Es ist deshalb nur noch eine Frage der Zeit, bis er zum Sozialfall wird.

Gelegenheitsursache

Gesundheitsschäden, die bei einem Arbeitsunfall auftreten, werden sehr häufig zu so genannten „*Gelegenheitsursachen*“ erklärt – siehe Fall 1. Um den Sturz von der Leiter in die Grube glaubhaft zur Gelegenheitsursache des Vorderwand-Infarkts erklären zu können, mussten die Krankenhausärzte a) den Unfallhergang anders darstellen als vom Verunglückten beschrieben und b) das kurz zuvor gemachte, negative Belastungs-EKG unterschlagen. Andernfalls wäre nicht plausibel zu machen gewesen, dass sich dieser Vorderwand-Infarkt mit hoher Wahrscheinlichkeit auch an einem anderen Ort zur selben Zeit, in Ruhe oder in Bewegung, hätte ereignen können, weil das Herz des Herrn B. bereits so vorgeschädigt war.

Was eine Gelegenheitsursache ist, hat die Rechtsprechung relativ eindeutig geklärt, doch bestreiten die Versicherer der GUV, ihnen verpflichtete Ärzte und Gutachter immer wieder die innere Ursache zwischen einem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden, also die haftungsausfüllende Kausalität. Mit Fall 1 hat es natürlich die besondere Bewandnis, dass die UnfallärztlInnen aktiv zu Gunsten des Versicherers tätig wurden – in ganz offensichtlich pflichtverletzender Art und Weise. In vielen anderen Fällen aber sind Manipulationen nicht zu erkennen – vor allem nicht für den medizinischen Laien.

Aber es gibt auch Fälle mit tatsächlichen Abgrenzungsproblemen zwischen Gelegenheits- und innerer Ursache.

Hier ist es sehr wichtig, danach zu fragen, ob der Arbeitsunfall einen bestehenden Vorschaden *richtungsgebend verschlimmert* hat.

In solchen Ermittlungsverfahren muss die richtungsgebende Verschlimmerung geltend gemacht und

bewiesen werden. Bei Wegeunfällen ist die versicherungsrechtliche Problematik oft sehr ähnlich. Und doch gibt es hier Besonderheiten. Überhäufig ist die Wirbelsäule betroffen und da vor allem der Halswirbelsäulen-Bereich.

Hier ein Beispiel aus dem Privatversichererbereich:

Fall 3

Hier handelt es sich um einen Zusammenstoß zweier PKW. Ein Fahrer schert aus einer hinter einem Trecker herfahrenden Kolonne aus und überholt – trotz Gegenverkehrs. Dabei kollidiert er mit einem anderen PKW, der mit einer Geschwindigkeit von 70-80 km/h fährt, frontal, wobei sich die Fahrzeuge übereinander schieben. Der unschuldige Autofahrer erleidet (u.a.) ein HWS-Syndrom, doch der Versicherer zahlt nicht. Er stellt sich auf den Standpunkt, der Schaden sei gering. Das hätten die für ihn maßgeblichen Gutachten bestätigt. Dabei handelt es sich um Gutachter, die wir auch als Vielgutachter aus dem Bereich der GUV kennen. Der Kläger kann jedoch nachweisen, dass der oberste Halswirbel (C1) am Ende der HWS verletzt ist, was die Massivität und die Breite der Gesundheitsbeschwerden erklärt. Er legt als Beweis den radiologischen Befund des Kemptener Radiologen Dr. Eckhard Volle vor. Zusammen mit der Firma Siemens hat Dr. Volle vor vier Jahren einen so genannten Funktions-Kernspintomographen entwickelt. Mit diesem hoch sensiblen Gerät lassen sich die Schäden der HWS-Geschädigten jetzt auch radiologisch objektivieren, weil es das Skelett in Bewegung erfasst und damit auch solche Schäden sichtbar zu machen vermag.

Das freilich mochten weder die Versicherungen noch das Gros der notorischen Wegbegutachter hinnehmen. Sie machten, was sie in solchen Fällen immer machen. Sie erklärten den Funktions-Kernspintomographen zu einer nicht validierten apparativen Untersuchungsmethode und den Anwender zum Außenseiter.

Das machte sich auch die in diesem Fall haftungspflichtige Versicherung zu eigen und entschädigte den Autofahrer nur teilweise.

Ihm blieb deshalb nichts anderes übrig, als sich durch alle Instanzen zu klagen.

Im November 2000 gibt ihm das OLG Celle recht. Es erkennt den HWS-Schaden in C 1 als Unfallschaden an. Auch die psychoreaktiven Überlagerungen des organischen Schadens werden zumindest teilweise auf den Unfall zurückgeführt.

Die Kammer verurteilt die beklagte Versicherung zur entsprechenden Entschädigungszahlung und bereitet der Stigmatisierung des Radiologen Volle von Gerichten wegen ein Ende – siehe Kasten (Az.: 14 U 277/99; LG Verden, Az.: 4 O 466/96).

„Es ist zwar richtig - ,dass die diagnostischen Arbeiten von Dr. Volle nach wie vor umstritten sind. Unrichtig ist jedoch – und dies ist dem Senat ebenfalls aus mehreren Verfahren bekannt -, dass Dr. Volle als Außenseiter einzuordnen ist; vielmehr werden die Befunde und Auswertungen von Dr. Volle in letzter Zeit von immer mehr Gutachtern akzeptiert.“

OLG Celle, 2. November 2000

Bei den Verkehrs- und Wegeunfallstreitigkeiten - und das gilt für die privaten wie gesetzlichen Unfallversicherungen gleichermaßen – geht es vor allem darum, ob

- a) die Diagnose gesichert ist,
- b) die diagnosesichernden Methoden anerkannt werden,
- c) die Diagnostiker für reputierlich genug gehalten werden,
- d) der Unfallhergang richtig rekonstruiert wird bzw. werden konnte,
- e) die Beschleunigung richtig bestimmt und bewertet wurde,
- f) Unfallhergang und Beschleunigung den in Art, Umfang und Schwere eingeklagten Verletzungsfolgen entspricht.

Auch in der GUV scheitern die Anerkennung sehr vieler Wegeunfälle vor allem am Unwillen der UVT und ihrer Gutachter, die Diagnose als gesichert betrachten zu müssen.

Das Verhalten vieler UVT lässt sich da oftmals nur noch erklären mit einer ausgeprägten Anerkennungsphobie – der bekanntesten Arbeitserkrankung der Versicherer.

Aus der HVBG-Statistik

Wenige Einzelfälle machen noch keinen Trend. Das ist klar.

Um einschätzen zu können, ob es sich tatsächlich um Einzelfälle oder um ein mehr oder minder systematisches Rentenquetschen in der GUV handelt, ist es nützlich, die HVBG-Statistik zu Rate zu ziehen.

1999 wurden 1.185.382 Arbeitsunfälle gemeldet, die zu mehr als drei Tagen Arbeitsunfähigkeit führten. Es wurden aber nur 24.338 neue Arbeitsunfallrenten gewährt. Wie viele Verletzte Verletztenrente beantragten, bzw. in wie vielen Fällen die BG-Verwaltungen prüften, ob sie zu gewähren wäre, verrät uns die Statistik nicht.

Mehr als eine Million gemeldeter Arbeitsunfälle 1999, aber nur ca. 24.000 neue Verletztenrenten? Das sind nicht viel mehr als 2% Verletztenrenten – bezogen auf die Gesamtzahl der gemeldeten Arbeitsunfälle. Die Differenz ist also erheblich. Die Neugewährung lässt sich nun sicherlich nicht nur auf die AU-Meldungen des gleichen Jahres beziehen. Nach § 56 Abs. 1 SGB VII haben Versicherte nur dann Anspruch auf eine Versichertenrente, wenn „deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20% gemindert ist“, wobei der UVT „während der ersten drei Jahre nach dem Versicherungsfall (...) die Rente als vorläufige Rente festsetzen (soll), wenn der Umfang der Minderung der Er-

werbsfähigkeit (MdE) noch nicht abschließend festgestellt werden kann“ (§ 62 Abs. 1 SGB VII).

Schaut man im Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen BG'en von 1999 nach, ist die Überraschung perfekt. Von 1965 bis 1990 pendelt die Zahl der Verletztenrentenempfänger auffallend stetig zwischen 692.678 (1960) und 682.520 (1990), von 1991 bis 1999 zwischen 757.279 (1997) und 748.237 (1999) – zuzüglich Hinterbliebene plus Waisen im Jahr 1960: 152.281 und im Jahr 1999: 131.178. Die Zahl der NeurentnerInnen ging demgegenüber zurück, stärker jedoch als die Zahl der Arbeitsunfälle, die sich seit 1960 in etwa halbiert hat. Bei den Zahlen der Wegeunfälle (sie umfassen nicht nur Unfälle im Straßenverkehr) sind die Quoten ganz ähnlich. 1960 ereigneten sich 248.474, 1990 155.817 und

Gesundheitsschäden nach Arbeits- und Wegeunfällen ganz überwiegend bei 20-30%.

Kann es sein, dass der Anteil bleibender Gesundheitsschäden am gesamten Arbeits- und Wegeunfallgeschehen über Jahrzehnte hinweg so niedrig bleibt und die unheilbaren Folgeschäden ebenso kontinuierlich so gering ausfielen?

Das ist höchst zweifelhaft – vor allem auf dem Hintergrund der hier beschriebenen und der vielen anderen Fallbeispiele, die wir inzwischen kennen.

Auch in der GUV gilt: REHA geht vor Rente. Die HVBG-Statistik offenbart aber nicht, wie viele Personen in den Genuss von REHA-Maßnahmen kamen.

Es werden nur die dafür ausgegebenen Beträge in DM angegeben, die allerdings bei der beruflichen REHA von 124.661.758

Da das aber nicht der Fall ist, ist die These erlaubt, dass in der GUV systematisch individuelle Entschädigungsleistungen für Versicherte gequetscht und stattdessen massiv Gelder in die 'Heil-industrie' gepumpt werden. Es mag dahin gestellt bleiben, ob das tatsächlich zum Nutzen und Frommen der geschädigten Versicherten geschieht, wie die BG'en mit Stolz geschwellter Brust nicht müde werden zu behaupten.

Hier können sich auch eben so gut Selbstbedienermentalitäten von Medizinproduzenten ausgebreitet haben, die auf ihrem Stück vom Kuchen bestehen.

Fakt jedenfalls ist, dass in den BG - Kliniken auch sehr viele Nicht - GUV-Fälle diagnostiziert, behandelt und begutachtet werden.

Sollten die Diagnosen, Entlassungsbeurteilungen und Gutachten ebenso ausfallen wie bei GUV - Versicherten so häufig, dann kann begründet vermutet werden, dass auch die Privatversicherer profitieren und Unsummen ansonsten fälliger Entschädigungsgelder ihrem Gewinn zuschlagen können.

Neue Arbeitsunfallrenten je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden	Veränderung von 1996 auf 1997 in %						
	1970	1980	1990	1995	1996	1997	
I Bergbau	6,103	5,475	4,585	3,170	3,101	2,574	- 17,0
II Steine und Erden	2,089	1,799	1,391	1,381	1,384	1,071	- 22,6
III Gas, Fernwärme und Wasser	1,193	0,840	0,625	0,333	0,477	0,490	+ 2,7
IV Metall	1,511	1,326	0,924	0,888	0,902	0,756	- 16,2
V Feinmechanik und Elektrotechnik	0,778	0,545	0,395	0,410	0,436	0,348	- 20,2
VI Chemie	1,096	0,858	0,626	0,677	0,615	0,477	- 22,4
VII Holz	2,552	1,952	1,410	1,369	1,432	1,193	- 16,7
VIII Papier und Druck	1,637	0,904	0,662	0,654	0,765	0,626	- 18,2
IX Textil und Leder	0,650	0,622	0,519	0,510	0,529	0,405	- 23,4
X Nahrungs- und Genussmittel	1,317	1,038	0,760	0,739	0,748	0,626	- 16,3
XI Bau	2,531	2,573	2,015	1,735	1,825	1,617	- 11,4
XII Handel und Verwaltung	0,723	0,593	0,391	0,372	0,362	0,287	- 20,7
XIII Verkehr	2,266	1,727	1,154	1,235	1,251	1,155	- 7,7
XIV Gesundheitsdienst	0,624	0,287	0,301	0,333	0,289	0,234	- 19,0
Insgesamt	1,377	1,092	0,742	0,724	0,714	0,596	- 16,5



1999 187.559 Wegeunfälle. Obwohl die Anzahl der Wegeunfälle nur um etwa ein Drittel zurück ging, halbierte sich die Zahl der Anerkennungen mit Rentenfolge 1999 nahezu auf die Hälfte von 1965. Das fällt umso mehr ins Gewicht, weil sich die Zahl der tödlichen Wegeunfälle von 1960 bis 1999 ebenfalls nahezu halbiert hat. Wie aus der allgemeinen Verkehrsforschung bekannt ist, starben zwar weniger Menschen im Verkehr, doch stieg die Zahl der schwer Verletzten und dauerhaft Geschädigten stetig an.

Das aber hieße, dass sich das auch in der HVBG-Wegeunfallstatistik durch steigende und nicht etwa durch sinkende Anerkennungszahlen abzeichnen müsste.

Wie bei den Berufserkrankungen auch liegen die MdE-Sätze für die bleibenden

(1980) auf 531.732.716 (1998) gestiegen und auf 490.800.721 im Jahr 1999 (7,7%) gefallen sind.

Die Aufwendungen für Heilbehandlungen stiegen von 1.744.222.57,00 (1980) auf 4.434.575.885,00 DM.

Die soziale Rehabilitation hatte daran nur einen Anteil von 1.561.140 (1980) und 40.380.705,00 (1999). Das sind weniger als 10% der gesamten Heilbehandlungskosten.

Wären die Gesundheitsschäden und die Erwerbsfähigkeitseinbußen wirklich so gering wie sie 'verbescheidet' werden, dann müssten die Ausgaben für die soziale und berufliche REHA allerdings sehr viel höher liegen, im Verhältnis dazu gesehen die Kosten für Heilmaßnahmen aber niedriger.