

Entscheidungsprozesse bei der SUVA¹

Bernd Gross

Wenn Hausärzte und SUVA-Ärzte – meistens per Formulare und Berichte – miteinander verkehren, ist es nicht selbstverständlich, dass sie dieselbe Sprache reden und sich gegenseitig verstehen, selbst wenn sie sich «zuzuhören» glauben. Beide gehen von je unterschiedlichen Voraussetzungen aus im Bestreben, für den verunfallten Patienten eine angemessene, geeignete und gerechte Lösung im Rahmen der medizinischen Möglichkeiten und gesetzlichen Bestimmungen zu finden – im Spannungsfeld zwischen den individuellen Bedürfnissen des Verunfallten und den Ansprüchen der Gesellschaft ... Diskussion und Feed-back an diesem regen interaktiven Workshop zeigten, dass wir auf dem richtigen Weg sind, wenn wir das direkte Gespräch miteinander suchen.

Lorsque les médecins de premier recours et les médecins de la SUVA correspondent – en général via formulaires et comptes rendus –, il ne va pas de soi qu'ils utilisent le même langage ni qu'ils se comprennent, même lorsqu'ils croient «être à l'écoute» les uns des autres. Chacun des groupes se base sur des a priori différents, dans son effort à apporter au patient accidenté une solution équitable et adéquate, correspondant aux possibilités médicales et aux prescriptions légales; chacun des groupes est pris entre les besoins individuels de l'accidenté et les contraintes globales de la société. Les discussions animées et les feed-back de ce workshop interactif montrèrent que nous sommes sur la bonne voie lorsque nous recherchons le dialogue direct.

Zur Einstimmung

Lassen Sie mich zuerst einige Gedanken vorbringen, die einen Kreisarzt stimulieren, aus seinen vier Wänden rauszukommen: «*Jeder steht auf seinem Hügel und hat eine weite Sicht, keiner hat Weitsicht.*»

So ähnlich, aber nicht wesentlich verfälscht, erinnere ich mich an ein nigerianisches Sprichwort aus einem Vortrag. Man kann es auch anders ausdrücken, und so hängt in meinem Untersuchungszimmer eine Interpretation von S. Ernest Gowers:

«One of the problems of communication: I know that you believe you understand what you think I said, but, I am not sure you realize that what you heard is not what I meant.»

Und really, häufig kommt es nach unseren Entscheidungen zu elementaren Meinungsverschiedenheiten und belastenden Vorwürfen, insbesondere, wenn der Patient zusätzlich juristisch vertreten wird.

Auch wir sind Ärzte, keine Versicherungsknechte. Wir machen unseren Job gerne, damit es dem Patienten bessergeht und nicht der Versicherung. Wir verdienen nicht am Patienten, wir dienen ihm, aber innerhalb festgelegter Spielregeln, definierter versicherungsrechtlicher Leitplanken.

Versuchen wir also gemeinsam, einen Hügel zu besteigen für eine Tour d'horizon. Kommen wir zum Thema und klappern die wichtigsten Streckenposten ab.

Unfall oder kein Unfall

Was ist ein Unfall? Mit dem Unfall sind 5 Kriterien festgelegt, die stimmen müssen:

Ein Unfall ist eine plötzliche, nicht beabsichtigte, schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper.

Zwei Beispiele: Eine Mücke sticht zu – einer bekommt in Afrika eine Malaria, der andere zu Hause eine Lymphangitis. Der eine macht vom 3-m-Brett einen Kopfsprung, hat eine Tetraplegia fugax; der andere knallt mit dem Schlitten gegen einen Baum und hat das gleiche.

Beim einen bezahlt die Krankenkasse, beim andern die Suva. Warum? Der Unfallbegriff ist juristisch definiert und umfasst die obigen 5 Kriterien.

¹ Workshop am 21. Magglinger Fortbildungskurs der FIAM Bern und des VBH für Hausärztinnen und Hausärzte zum Thema «Hausarzt und Arbeit» am 9. September 2004.

Das heisst, letztlich wird administrativ juristisch festgelegt, ob tatsächlich ein Unfall vorliegt. Gehe ich nach Afrika, kann ich erwarten, dass mich eine Mücke sticht, die Malaria überträgt, d.h., der Faktor der Ungewöhnlichkeit fehlt. Sitze ich dagegen beim Grillfest im Garten zu Hause, kann mich die Mücke zwar pieken, aber ohne Präjudiz für Komplikationen wie z.B. für eine Lymphangitis. Die Gewöhnlichkeit bzw. Ungewöhnlichkeit spielt hier also die entscheidende Rolle.

Springe ich vom 3-m-Brett, mache ich das bewusst kontrolliert, und trotzdem kann es zur Tetraplegia fugax kommen, wie wir das in Magglingen an einem Fallbeispiel diskutiert haben. Es fehlt hier die plötzliche, von aussen auftretende, ungewöhnliche Einwirkung – ergo kein Unfall. Hätte auf dem Brett zusätzlich eine Bananenschale gelegen und der Patient wäre darauf ausgerutscht, wäre das anders.

Beim Schlitteln kollidiert der Patient mit einem quer liegenden Schlitten, wird aus der Bahn gehobelt, knallt gegen einen Baum, wieder eine Tetraplegia fugax. Diesmal handelt es sich aber um eine plötzliche, von aussen auftretende, ungewöhnliche Einwirkung – ergo einen Unfall.

Ebenfalls kein Unfall sind Rückenschmerzen nach einem klassischen Verhebetrauma, wobei in der Regel koordinierte, bewusste Bewegungen ablaufen, die der Patient selbst steuert, also wieder keine plötzliche Einwirkung von aussen.

Kausalität – die 50%-Grenze

«Rerum cognoscere causas»; die Ursache der Dinge zu erkennen. Die Kausalität von Unfallfolgen abzuklären, ist eine kreisärztliche Kernaufgabe.

Trennschärfe ist die 50%-Grenze. Was als *mögliche* Unfallfolge als unter 50% beurteilt wird, wird unfallbedingt abgelehnt; was *wahrscheinlich* ist, d.h. über 50% liegt, wird versicherungsrechtlich akzeptiert. Häufig werden die Begriffe sprachlich vermengt. Im ersten Abschnitt steht «möglich», im zweiten Abschnitt «wahrscheinlich», im dritten «durchaus möglich». Mit diesen Begriffen sind wir zuerst bei unter 50%, dann bei über 50% und letztendlich mittendrin. Sie sehen das Problem.

Einen Graubereich im Sinne von sowohl/als auch, weder/noch usw. gibt es für uns Kreisärzte nicht, auch keine salomonischen Lösungen. Wir müssen entscheiden: Dies oder das. Versuchen Sie, diesen häufig schwierigen Entscheidungsprozess unter diesem Aspekt bei für Sie unklaren Fällen, wo Sie unseren Entscheid nicht nachvollziehen können, nochmals zu evaluieren.

Temporäre oder richtunggebende Verschlimmerung

Häufig eine Knacknuss. Vorgestellt wurde im Workshop das Problem mit zwei Fallbeispielen einer Tetraplegia fugax. Beide Patienten litten unfallvorbestehend an einer zervikalen Spinalkanalstenose. Beide hatten ein Ereignis. Der eine klagte über Lähmungsgefühle nach einem Zusammenstoss während des Fussballspiels, der andere klagte über eine Tetraplegia fugax nach einem Zusammenprall beim Schlitteln. In beiden Fällen wurde ein MRI der HWS durchgeführt, wobei sich eine degenerative Spinalkanalstenose zeigte. Das Myelon war in beiden Fällen nicht verändert.

Beim Fussballspieler kam es zur vollständigen Beschwerdefreiheit. Der Patient nahm Abstand von der vorgeschlagenen Operation. Hier kam es zur *temporären Verschlimmerung*, mit Rückkehr zum Status quo ante. Bei erneut auftretenden Beschwerden wäre die Rückfallkausalität nicht gegeben, da keine unfallbedingte Verschlimmerung nachgewiesen wurde. Auch eine allfällige Operation würde nicht mehr zu Lasten der Suva gehen.

Im zweiten Fall kollidierte ein Patient während des Schlitteln mit einem anderen Fahrer. Sofort kam es zur Schwäche aller 4 Extremitäten mit Regredienz. Diagnostiziert wurde eine Kontusio spinalis C7 bei Diskushernien C5/6 und C6/7. Es entwickelte sich eine völlige Beschwerdefreiheit, so dass an sich davon auszugehen ist, dass es wieder zu einem Status quo ante gekommen sei. Bei einem Kopfsprung vom 3-m-Brett 6 Monate später kam es erneut zu einer Tetraplegia fugax. Im erneuten MRI konnte die vorbestehende Spinalkanalstenose bestätigt werden, allerdings zusätzlich auch eine Syringomyelie². Diese muss sich durch den ersten Unfall entwickelt haben. Mit dem Kopfsprung, der an sich kein Unfallereignis im Sinne der Verordnung ist, ist es zur Symptomatik gekommen, dies aufgrund der Myelopathie. Insofern handelt es sich jetzt um eine *richtunggebende Verschlimmerung*. Es liegt eine bleibende Schädigung vor. Die Suva wäre für weitere Rückfälle leistungspflichtig, auch für eine eventuelle Operation.

² Die Syringomyelie ist (bekanntlich) eine Erkrankung des Rückenmarks, bei der es im Mark zu Höhlenbildungen kommt. Diese Höhlen verdrängen das sich dort befindende Nervengewebe und führen deshalb zu verschiedenen neurologischen Ausfallserscheinungen. Die Erkrankung kann entweder angeboren sein oder sich nach einer Verletzung, einem Tumor im oder einer Entzündung des Rückenmarks entwickeln.

Arbeitsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit, Zumutbarkeit, Invalidität

Jeder meint, die Begriffe inhaltlich belegen zu können; viele gehen damit sorglos um, vermengen sie, gehen von falschen Vorstellungen aus, was manchmal für den Patienten sogar negativ ist.

Die *Arbeits(un)fähigkeit* bezieht sich auf den Stammbetrieb bzw. auf die aktuelle, zuletzt ausgeführte Tätigkeit. Es wird prozentual festgelegt, was qualitativ und/oder quantitativ erreicht werden kann. 4 Std. vormittags mit ganzer Leistung entsprechen 50%, 8 Std. Präsenz mit halber Leistung sind ebenfalls 50%.

Erwerbsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit sind grundsätzlich verschieden definiert.

Die *Arbeitsfähigkeit* bezieht sich auf den Stammbetrieb, wird ärztlich bestimmt, die *Erwerbsfähigkeit* bezieht sich auf zumutbare Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter Berücksichtigung des invalidisierenden Leidens.

Ein Beispiel: Zeichnet sich als Unfallfolge nach mehrmonatiger Behandlung ein pathologischer Status quo ab, so dass z.B. keine höhere Leistung als 50% zu erwarten ist, gehen die Wege zwischen Kreisärzten und Hausärzten häufig auseinander. Der Hausarzt berichtet und dokumentiert, dass der Patient über Monate zu 50% arbeitet und dass wahrscheinlich nicht mehr erwartet werden kann. Hausarzt, Patient und sogar der Arbeitgeber sind glücklich, dass der Patient auf diesem Niveau sozial integriert bleibt. Nach Rücksprache des Suva-Aussendienstes mit dem Arbeitgeber können keine erleichternden Arbeiten angeboten werden. Der Hausarzt und der Patient postulieren nun bei dieser dauerhaften 50prozentigen Arbeitsunfähigkeit komplementär eine Rente von 50%. Beim Patienten findet langsam, aber zunehmend eine derartige Implementierung zerebro-frontal statt.

Wenn aber die Schere zwischen der bestehenden Arbeitsfähigkeit und der sogenannten Resterwerbsfähigkeit zu gross wird, wie in diesem Fall, ist der Patient angehalten, im Rahmen der Schadensminderungspflicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine problemadäquate Stelle zu suchen. Das heisst, er wird also tatsächlich aufgefordert, seine Stelle aufzugeben, um eine hypothetische problemadäquate Stelle zu suchen.

Zumutbarkeit

Entscheidend ist also, was der Patient zumutbarerweise auf dem allgemeinen ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch erwerben kann.

Dies ist ein Faktum, das der Hausarzt häufig nicht vor Augen hat. Gutgemeintes kann nolens volens sich negativ auswirken. Ich doppelte deshalb nochmals nach: Versicherungsrechtlich dürfte dieser Patient angehalten werden, auf der Basis eines Zumutbarkeitsprofils eine andere Erwerbsquelle zu finden, mit der er theoretisch einen höheren Lohn erzielt/theoretisch erzielen kann als den, den er mit der 50%igen Arbeitsfähigkeit im Sack hat.

Versicherungsrechtlich wird also auf die maximale Erwerbsmöglichkeit abgestellt. Psychosoziale, kulturelle, persönlichkeitspezifische und auch familiäre ungünstige hochnegative Faktoren werden dabei nicht berücksichtigt in bezug auf das, was der Patient problemadäquat theoretisch machen könnte. Man stellt also auf die Zumutbarkeit ab. Auch das Alter wird nicht berücksichtigt. Diese Bürden sind juristisch vorgegeben! Sie existieren und sind rechtsrelevant. In der Regel wird es dem 50% leistenden Schwerarbeiter, der zumeist noch einen relativ tiefen Lohn bezieht, zugemutet, eine problemadäquate Stelle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu suchen. Allen Diskutanten (Disputanten?) war klar, dass hier Sprengstoffpotential besteht. Der Hausarzt fühlt sich als Anwalt des Patienten, er kann aber den Patienten mit der wohlwollenden überbordenden Langzeit-Arbeitsunfähigkeit leider in die falsche Richtung steuern – bis die Kündigung erfolgt.

Es bleibt demnach festzuhalten: Der Patient ist zwar nicht voll *arbeitsfähig* in seinem zuletzt ausgeführten Beruf, er bleibt aber *erwerbsfähig*, d.h., er kann einen Job aufnehmen, welcher der Zumutbarkeitsbeurteilung entspricht, und einen entsprechenden Lohn beziehen. Eine volle Erwerbsunfähigkeit liegt in den seltensten Fällen vor.

Beim Patienten wird vorausgesetzt, dass er trotz mit hineinspielender negativer psychosozialer Belastungselemente motiviert ist zur Umsetzung der Versicherungsentscheide. Die Suva gibt keine konkrete Hilfestellung für eine Stellenvermittlung. Hier kann die IV der Ansprechpartner sein.

Arbeitsplatzverlust

Klar wurde allen, dass ein Arbeitsplatzverlust, v.a. bei schlecht Deutsch sprechenden älteren Patienten, die kulturell auch nicht optimal integriert sind, ins soziale Niemandsland führt. Um dem prospektiv vorzubeugen und um zwischen Kreisarzt und Hausarzt besser verzahnt zusammenzuarbeiten, sollte folgender Diskussionskonsens umgesetzt werden:

Bei sich abzeichnender unfallbedingter längerer Arbeitsunfähigkeit sollte der Suva-Aussendienst miteinbezogen werden. Er wird eine Arbeitsplatzanalyse durchführen und zugleich den Trend in

bezug auf die Stabilität des Arbeitsvertrages klären und gegebenenfalls zusätzlich Arbeitsschonplätze diskutieren. Dieser Bericht sollte den Hausärzten zusammen mit dem kreisärztlichen Untersuchungsbericht zugeschickt werden, damit sie saubere Entscheidungsgrundlagen für die Arbeitsfähigkeit haben.

Invaliditätsgrad

Der Invaliditätsgrad bzw. der Rentenprozentsatz ergibt sich aus der Erwerbsfähigkeit. Die Erwerbsfähigkeit ist ökonomisch definiert, dementsprechend wird sie administrativ berechnet, nicht ärztlich. Auf der Basis des ärztlich definierten Zumutbarkeitsprofils wird administrativ ein hypothetischer Job angenommen mit einem entsprechenden Einkommen, dem Invalidenlohn. Aus der Differenz zwischen dem real existierenden letzten Jahreseinkommen und dem administrativ ermittelten hypothetischen Invalidenlohn wird der Invaliditätsgrad bzw. die Rente berechnet.

Die Rentenberechnung ist kein ärztlicher Entscheid, sie beruht auf einem ausschliesslich ökonomisch/administrativen Evaluationsverfahren.

Als wichtige Entscheidungsgrundlage für die Berechnung besteht eine sogenannte *DAP (Dokumentation von Arbeitsplätzen)*, in der alle tätigkeitsspezifischen Merkmale qualitativ und quantitativ beschrieben sind, z.B., ob die Arbeit sitzend oder stehend, mit welchem zeitlichen Rhythmus, mit welchen Gewichtsbelastungen usw. ausgeführt wird. Mindestens fünf vergleichbare real existierende Arbeitsplätze werden als Ansatz für die Berechnung der Rente genommen. Es wird dann der Vergleich vorgenommen zwischen dem, was im letzten Jahr verdient wurde, und dem, was der Patient theoretisch verdienen könnte.

Blaue und grüne Formulare

Von den Kreisärzten werden Sie folgendermassen informiert: So lange, wie die Behandlung läuft und sich Verbesserungen abzeichnen oder noch entscheidende therapeutische Möglichkeiten bestehen, erfolgt noch kein Behandlungsabschluss; meistens wird auch noch kein Zumutbarkeitsprofil festgelegt. Die Information bzw. der *kreisärztliche Bericht* wird in solchen Fällen den behandelnden Ärzten auf *blauem Papier* zugestellt.

Wenn das therapeutische Spektrum ausgeschöpft ist und der Zustand des Patienten stabil ist, wird der definitive unfallbedingte organisch-strukturelle Scha-

den durch den Kreisarzt präzisiert mit entsprechendem Zumutbarkeitsprofil. In solchen Fällen liegt ein sogenannter *Abschlussbericht auf grünem Papier* vor. Damit wird der Patient in die rententechnische Evaluation eingeschleust. Bis zur Rentenfestsetzung gilt die ärztlich festgelegte Arbeitsunfähigkeit, z.B. 50%. Der Patient erhält ein entsprechendes Taggeld. Wird nach mehrwöchigem bzw. mehrmonatigem Verlauf administrativ die Rente berechnet, kann der Patient z.B. nur noch eine Rente von 10% erhalten. Der Patient ist vom Hausarzt darauf aufmerksam zu machen, dass die prozentuale Arbeitsunfähigkeit nicht automatisch prozentual der Rente entspricht, sondern dass diese meistens tiefer liegt.

Integritätsentschädigung

Die Integritätsentschädigung existiert seit 1984 und ist ein Privileg der Verunfallten gegenüber den Kranken. Sie ist eine einmalige materielle Entschädigung für einen bleibenden körperlichen Schaden. Sie wird in der Regel durch den Kreisarzt beim sogenannten Fallabschluss prozentual bestimmt. Der Schaden muss mindestens die sogenannte 5%-Grenze überschreiten. Der Verlust eines Fingerendgliedes z.B. erreicht diese 5% nicht, dementsprechend gibt es dafür keine Entschädigung. Für zwei Fingerglieder, z.B. des 3. Fingers, gibt es dagegen 5%. Der Prozentsatz bezieht sich auf den höchstversicherten Jahresverdienst. Als Faustregel kann man sich merken, dass 1% ca. 1000 Fr. entspricht.

Ein integritätsentschädigungspflichtiger Schaden kann z.B. schon am Ende der ersten Behandlungskette vorliegen, z.B. eine Gonarthrose nach einer Tibiakopftrümmerfraktur. Er kann sich aber auch über Jahre und sogar Jahrzehnte entwickeln, wie z.B. eine Varusgonarthrose nach einer Meniskektomie vor 20 Jahren.

Liegt z.B. ein krankheitsbedingter Vorzustand vor, der sich unfallbedingt richtunggebend verschlimmert, kann ebenfalls ein entschädigungspflichtiger Integritätsschaden vorliegen, allerdings erfolgt dann eine Kürzung wegen des Vorzustandes.

Dr. med. Bernd Gross
Suva
Laupenstrasse 11
Postfach 8731
CH-3001 Bern
bernd.gross@suva.ch