

Gutachterliche Beurteilung von künstlichen Hüft- und Kniegelenken in der Privaten Unfallversicherung

Einführung:

Künstliche Hüft- und Kniegelenke sind oft nach schweren Verletzungen dieser Gelenke notwendig.

Solche Verletzungen sind Beckenbrüche mit Beteiligung der Hüftpfannen, Gelenksverrenkungen, gelenksnahe Brüche mit Durchblutungsstörung der Epiphysen, Brüche in den Gelenkflächen, schwere Prellungen mit Hämarthros und/oder Knochenmarködemen. Die Folge von solchen Knochenmarködemen kann das Absterben (Nekrose) der knorpeltragenden Gelenkteile sein.

Als Folge solcher Verletzungen können die Gelenke so geschädigt werden, dass die Restfunktion und Schmerzen eine Belastung der unteren Extremitäten nicht mehr zulassen. Es besteht dann die Indikation für die Implantation von künstlichen Hüft- und Kniegelenken, von denen es zahlreiche Modelle gibt.

Diese Kunstgelenke können die Funktion der Extremität wieder weitgehend herstellen, vorausgesetzt, es sind keine Komplikationen aufgetreten.

Zeitpunkt der Begutachtung:

Für die Begutachtung nach den allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB), ist der Zustand einzuschätzen, wie er zum Untersuchungszeitpunkt vorliegt.

Es sollte die Begutachtung bei künstlichen Hüft- und Kniegelenken für die Private Unfallversicherung nicht vor dem 2. Jahr erfolgen.

Im ersten Jahr, nach dem sonst üblicherweise die Begutachtung für die private Unfallversicherung erfolgt, sind als Frühkomplikationen noch Infektionen und Luxationen möglich. Sind diese im ersten Jahr nicht aufgetreten, sind solche Frühkomplikationen nicht mehr zu erwarten.

Es kann aber auch zu einer noch primären Komplikation, nämlich einer schleichenden Infektion kommen, die zu einer Lockerung der Prothesenteile führen kann. Dies ist 2 Jahre nach der Implantation der Gelenksteile unwahrscheinlich.

Zu diesem Zeitpunkt ist auch der allgemeine Zustand weiter gefestigt. Es hat eine psychische Anpassung und motorische Gewöhnung stattgefunden, die nach dem ersten Jahr noch nicht abgeschlossen ist.

Der Zustand nach dem zweiten Jahr nach der Implantation ist in Bezug auf das Ergebnis gutachterlich also wesentlich aussagekräftiger, als nach dem ersten Jahr.

Invaliditätsgrad:

Sowohl für eine Hüft- als auch Knie-Totalendoprothese sollte nach den AUVB als **Basiswert** eine Invalidität von **2/10 (20%) eines ganzen Beinwertes** zuerkannt werden, wenn ein gutes Behandlungsergebnis vorliegt, das die Kriterien erfüllt: Gelenk gut beweglich und stabil belastungsfähig; kausale Beinverkürzung nicht mehr als 1 cm.

Die Beweglichkeit der Endoprothesen sind bei folgenden gemessenen Graden als gut zu bezeichnen:

Hüft-TEP: mindestens S 0/5/100, F 25/0/10, R 15/0/10;

Knie-TEP: mindestens S 0/5/100.

Dieser Basiswert bei einer gut funktionierenden Prothese resultiert daraus, dass auch bei einem optimalen Ergebnis es zu dauerhaften Einschränkungen der Belastungsfähigkeiten und des Bewegungsmusters des Gelenkes kommt.

Patienten mit gut funktionierendem künstlichen Hüft- bzw. Knieersatz sollen trotzdem folgende Belastungen vermeiden: häufiges Tragen von schwereren Lasten, kraftvolle Beugung des Hüftgelenkes über 110 Grad, forcierte Rotationsbewegungen nach außen, Arbeiten im Hocken, Springen etc. Es hat eine Anpassung im Lebensstil zu erfolgen, was auch die Freizeit- und Sportbetätigung betrifft.

Auf der anderen Seite erlauben gut eingeeilte Prothesen leichte und mittelschwere Arbeiten und Sportarten, die dosiert werden können. Insbesondere sind Sportarten wieder möglich, die bereits vor der Operation durchgeführt worden waren, da die sportartspezifische Technik bereits erlernt und beherrscht wurde. Eine Wiederaufnahme der vertrauten Sportart fördert die Wiedererlangung der Motorik und Propriozeption. Es stärkt auch das Selbstwertgefühl, was auch zu einer subjektiven Funktionsverbesserung führt. Es war ja auch der Zweck der Operation die Lebensqualität wieder an den ursprünglichen Zustand heranzuführen.

Beeinträchtigungen, die außerhalb der oben genannten Grenzen für Beweglichkeit und einer Verkürzung liegen, sind durch eine entsprechende Erhöhung des Basiswertes zu würdigen.

Zukünftige Entwicklung, Risikofaktor

Es ist nach den AUVB auch die zukünftige Entwicklung des Schadens zu bewerten, wenn sie zumindest mit erheblicher Wahrscheinlichkeit vorhersehbar ist.

Diese hängt bei Endoprothesen von der statistischen Lebenserwartung des Patienten ab, da künstliche Gelenke materialbedingt eine begrenzte Funktionszeit haben.

Die Dauer der Lebenserwartung ist als Risikofaktor gutachterlich zu bewerten.

Hüftprothesen sind statistisch gesehen ca nach 12 Jahren auszutauschen, Knieprothesen ca nach 11 Jahren. Da durch eine Wechseloperation eine Verschlechterung der Funktionalität mit hoher Wahrscheinlichkeit vorhersehbar ist, ist diese mit einem Risikofaktor gutachterlich zu würdigen, wenn die zu erwartende Lebensdauer diese Wechseloperation statistisch gesehen eintreten lassen wird.

Das funktionelle Ergebnis nach einer Wechseloperation erreicht im Durchschnitt auch bei einem optimalen Verlauf nicht den Wert, wie er nach der ersten Prothese entstanden war. Die Gründe dafür sind: größere Narben in Muskulatur und Weichteilen, weiter fortgeschrittenes Alter mit verminderter Belas-

Gutachterliche Beurteilung von künstlichen Hüft- und Kniegelenken

tungs- und Regenerationsfähigkeit, bedeutsamere Begleiterkrankungen.

Zudem verkürzt sich nach jeder Wechseloperation die statistische Standzeit etwas, was bei jungen Patienten zu einer weiteren Erhöhung des Risikofaktors führt. Deswegen wird bei einer Lebenserwartung von mehr als 12 Jahren die voraussichtliche weitere Prothesen-Standzeit auf 10 Jahre verkürzt.

Es ist deswegen bei einer Lebenserwartung von mehr als 12 Jahren (Hüft-TEP) bzw 11 Jahren (Knie-TEP) der Basiswert auch bei einer gut funktionierenden Prothese entsprechend der noch zu erwartenden Lebensjahre um den jeweiligen Risikofaktor zu erhöhen:

Besteht noch eine Lebenserwartung von mindestens 12 bis 22 Jahren, ist eine Wechseloperation sehr wahrscheinlich: Risikofaktor 10%;

für jede weitere 10-Jahresperiode der Lebenserwartung sind jeweils weitere 10% Beinwert dem Basiswert hinzuzufügen.

Daraus ergibt sich folgende Tabelle (Basiswert + Risikofaktor):

Lebenserwartung bis 12 Jahre: 2/10 + 0% = 2/10 (20%) BW
 Lebenserwartung: 12–22 Jahre: 2/10 + 10% = 3/10 (30%) BW
 Lebenserwartung: 23–32 Jahre: 2/10 + 20% = 4/10 (40%) BW
 Lebenserwartung: 33–42 Jahre: 2/10 + 30% = 5/10 (50%) BW
 Lebenserwartung: 43–52 Jahre: 2/10 + 40% = 6/10 (60%) BW

Die Lebenserwartung von Männern und Frauen ist deutlich unterschiedlich und ist zu berücksichtigen: bei gleichem Lebensalter kann aufgrund der unterschiedlichen Lebenserwartung eine Differenz des Invaliditätsgrades von 10% entstehen.

Die statistische Lebenserwartung kann aus der nachfolgenden Tabelle entnommen werden.

Durchschnittliche Lebenserwartung (August 2006)

Alter jetzt	Jahre noch zu leben		Alter jetzt	Jahre noch zu leben		Alter jetzt	Jahre noch zu leben	
	Frauen	Männer		Frauen	Männer		Frauen	Männer
20	62,07	56,55	44	38,64	33,66	68	17,27	14,15
21	61,09	55,59	45	37,69	32,75	69	16,47	13,48
22	60,1	54,64	46	36,75	31,85	70	15,67	12,83
23	59,12	53,68	47	35,81	30,96	71	14,89	12,19
24	58,13	52,72	48	34,88	30,07	72	14,13	11,57
25	57,15	51,75	49	33,96	29,19	73	13,38	10,97
26	56,16	50,79	50	33,04	28,32	74	12,65	10,39
27	55,18	49,83	51	31,12	27,46	75	11,93	9,83
28	54,2	48,86	52	31,21	26,60	76	11,24	9,29
29	53,21	47,90	53	30,30	25,75	77	10,56	8,75
30	52,23	46,93	54	29,40	24,91	78	9,89	8,22
31	51,24	45,97	55	28,50	24,08	79	9,26	7,72
32	50,26	45,00	56	27,60	23,26	80	8,64	7,24
33	49,28	44,04	57	26,71	22,44	81	8,06	6,78
34	48,30	43,08	58	25,83	21,63	82	7,50	6,34
35	47,32	42,12	59	24,95	20,83	83	6,99	5,95
36	46,35	41,16	60	24,08	20,05	84	6,49	5,56
37	45,37	40,21	61	23,21	19,27	85	6,01	5,19
38	44,40	39,26	62	22,34	18,50	86	5,53	4,81
39	43,43	38,31	63	21,47	17,75	87	5,10	4,47
40	42,46	37,37	64	20,62	17,00	88	4,71	4,17
41	41,50	36,43	65	19,77	16,26	89	4,35	3,89
42	40,54	35,50	66	18,92	15,54	90	4,02	3,64
43	39,59	34,58	67	18,09	14,84	91	3,71	3,39

Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT DEUTSCHLAND, Kleine Zeitung.

Begründung der Höhe des „Basiswertes“

Eine Versteifung des Hüftgelenks in günstiger Stellung wird allgemein mit einer Invalidität von 4/10 (40%) eines ganzen Beinwertes einschätzt.

Das Ergebnis einer erfolgreichen Behandlung eines solchen Zustandes mit einem künstlichen Gelenk kann trotz ihrer systembedingten Schwachstelle nicht schlechter sein als die Hälfte des Ausgangswertes.

Ein weiterer Eckpunkt, der zum Vergleich herangezogen werden muß, ist die straffe Schenkelhals-Pseudoarthrose, die mit 3/10 (30%) eines ganzen Beinwertes eingeschätzt wird. Der Zustand einer gut funktionierenden Hüftprothese aber ist wesentlich besser als eine solche Schenkelhals-Pseudoarthrose.

Knieprothesen mit einem optimalen Behandlungsergebnis sind funktionell Hüftprothesen gleichzusetzen, was auch in der Literatur gewürdigt wird (*Bretschneider/Rompe*).

Literaturbewertung:

Im Vergleich zur Standardliteratur ist die oben gegründete Einschätzung eigenständig.

Zur Standortbestimmung werden die im deutschen Sprachraum gebräuchlichen Standardwerke von *Rompe/Erlenkämper* bzw *Ludolph/Lehmann* herangezogen.

Im Buch von *Rompe/Erlenkämper* wurden „Einschätzungsempfehlungen“ (Kapitel 6) von *F. Schröter* und *J. M. Fitzek* verfasst.

Im ersten Abschnitt dieses Kapitels wird ein konventionelles Bewertungssystem ohne Anpassungsmodule dargelegt. In zweiten Abschnitt stellt *Schröter* ein System vor, das modular aufgebaut ist.

Im **konventionellen System** wird eine Hüft-Totalendoprothese mit guter Funktion mit einem Beinwert von 7/20 (35 Prozent) bewertet. Dieser Wert erscheint eindeutig zu hoch: er steht aber nicht in richtiger Relation zu anderen Invaliditätsgraden, wie zB einem versteiften Hüftgelenk in guter Stellung = 4/10 (40%) Beinwert. Wie oben bereits begründet ist das funktionelle Ergebnis einer gut funktionierenden Hüftendoprothese wesentlich besser als eine versteifte Hüfte.

Es ist also nicht schlüssig, dass bei einer derartigen Diskrepanz der Funktionalität die Invaliditätswerte versteifte Hüfte/Hüft-TEP nahezu gleich sind.

In der **modularen Bewertung** von *Schröter* wird ausschließlich die Funktion der Extremität gewürdigt: die Tatsache der liegenden Endoprothese findet nur im Risikozuschlag Würdigung, der wiederum abhängig vom Lebensalter ist. Bei der Jahrestagung des Initiativkreises Medizinische Begutachtung (IMB) im Hamburg 2005 erläutert *Schröter* dieses Einschätzungssystem wie folgt:

Anatomisch gut und fest sitzende Hüftprothese:

Bewegung 0/0/90:	2/20 Beinwert
Muskeldifferenz 1,5 bis 2 cm:	1/20 Beinwert
Beinverkürzung 1,5 cm:	1/20 Beinwert
Gesamtwert:	4/20 (20%) Beinwert

Wenn aber ein besseres Ergebnis der Hüftprothese vorliegt mit einer größeren Beweglichkeit und keine Beinverkürzung (was die Regel sein sollte) würde nach diesem modularen System ein Invaliditätsgrad von allenfalls 1/10 (10%) Beinwert entstehen. Dies erscheint wiederum zu wenig in Anbetracht der oben ausgeführten Einschränkungen, die eine Hüftprothese doch mit sich bringt.

Bretschneider/Ludolph/Lehmann beziehen sich in der Invaliditätsbeurteilung in Ihrem Werk (Kursbuch der Ärztlichen Begutachtung) für die Private Unfallversicherung auf einen Basiswert, den sie aus der Gesetzlichen Unfallversicherung entnehmen. Maßgeblich für diesen Wert sind die „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachter Tätigkeit im (deutschen) sozialen Entschädigungsrecht nach dem Schwerbehindertengesetz (GdB/MdE – Tabelle)“, die vom deutschen Bundesministerium für Gesund-

Gutachterliche Beurteilung von künstlichen Hüft- und Kniegelenken

heit und Soziale Sicherheit 2004/05 veröffentlicht wurden. Dort wird für eine Endoprothese des Hüftgelenkes ein Mindestsatz von 20% MdE festgelegt. Offensichtlich wird dieser „Basiswert“ in der Beurteilung in die Private Unfallversicherung übernommen und in die Gliedertaxe umgerechnet: bei einem Beinwert von 70% des Versicherungswertes ergibt dies dann für eine Hüftprothese 7/20 (35%) Beinwert.

Die Übernahme des Basiswertes aus Gesetzlichen Unfallversicherung in die Private Unfallversicherung erscheint nicht statthaft, da dort andere Bewertungskriterien gelten, die in der ausschließlich funktionsbezogenen Einschätzung der Privaten Unfallversicherung nicht herangezogen werden können (zB soziale Aspekte, Allgemeiner Arbeitsmarkt).

Zusammenfassung

Aufgrund des uneinheitlichen Bildes in der einschlägigen Literatur erscheint es deswegen gerechtfertigt, die oben begründete eigenständige gutachterliche Einschätzung des Invali-

ditätsgrades bei Prothesen der großen Gelenke der unteren Extremitäten für die Private Unfallversicherung festzulegen.

Literatur:

C. Bretschneider, R. Volkmann, E. Ludolph: „Künstlicher endoprothetischer Gelenksersatz“ in: Ludolph/Lehmann/Schürmann (Hsg): Kursbuch der ärztlichen Begutachtung, Ecomed-Verlag.

G. Rompe, A. Erlenkämper: „Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane“; Thieme-Verlag, 4. Auflage 2004.

Korrespondenz:

Dr Christoph Neugebauer

Facharzt für Orthopädie, orthopädische Chirurgie und Sportorthopädie

*allgemein beeideter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger
9020 Klagenfurt, Bahnhofstraße 22*