

J. Heisel¹

Begutachtung sozialmedizinisch relevanter Aspekte der Schulter

Medical expert opinion concerning social relevant aspects of orthopedic shoulder problems

Zusammenfassung: Klärung der unterschiedlichen Anspruchsvoraussetzungen der einzelnen Kostenträger wie gesetzliche/private Krankenversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung, Versorgungsämter (Schwerbehinderung) bei Krankheitsbildern im Bereich des Schultergelenks. Einschätzung verbliebener Funktionsstörungen bei degenerativen, posttraumatischen und postoperativen Problemen.

Schlüsselwörter: Begutachtung von Erkrankungen der Schulter, Krankenversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung, Schwerbehinderung

Summary: Clarification of different conditions concerning the legal rights of general/private insurances, accident insurances, pension insurances, severe disabilities in case of shoulder problems (degenerative, posttraumatic, post-operative changes)

Keywords: medical expert opinion, shoulder diseases, sickness insurance, accident insurance, pension insurance, severe disability

Vorbemerkungen

Krankhafte Störungen des Schulterhaupt- und -neben gelenks führen oft zu erheblichen Beschwerdebildern und teilweise auch zu mehr oder weniger stark ausgeprägten Bewegungsdefiziten mit konsekutiven Fähigkeitsstörungen im Sinne qualitativer Restriktionen der körperlichen Belastbarkeit und der Leistungsfähigkeit. Diese Krankheitsbilder oder Leiden werfen dann – einerseits im Rahmen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung, der privaten bzw. gesetzlichen Unfallversicherung sowie andererseits des Schwerbehindertenrechtes – gutachterliche Fragestellungen mit definierten Bewertungsrichtlinien auf.

Basierend auf zahlreichen Gesetzen und Vereinbarungen sind für die einzelnen Versicherungszweige durch den Sachverständigengutachter unterschiedliche Anspruchsvoraussetzungen zu klären. Das Ausmaß der jeweiligen Versicherungsleistungen richtet sich in aller Regel nach dem objektivierbaren

Funktionsausfall (standardisierte reproduzierbare Messung mit Hilfe der Neutral-Null-Methode), der Gelenkstabilität, der muskulären Kraftentfaltung der betroffenen Extremität (klinische Umfangsmessung im Seitenvergleich, Tonusprüfung) sowie der bildgebenden Gelenksituation (Röntgenmorphologie, Sonografie; evtl. MRT und/oder CT) ohne wesentliche Berücksichtigung des individuellen subjektiven Leidensdrucks.

Wichtige sozialmedizinisch relevante **Krankheitsbilder** sind hier:

- das subakromiale Impingement bei Bursitis, Tendinitis calcarea bzw. calcificans; evtl. Zustand nach subakromialer Dekompression,
- eine Degeneration der Rotatorenmanschette, evtl. mit teilweiser oder vollständiger Ruptur,
- eine Humeruskopffraktur (konservative oder operative Behandlung)
- eine Omarthrose, eine Schulterreckgelenksarthrose (evtl. posttraumatisch),
- eine Humeruskopfnekrose

- ein alloplastischer Gelenkersatz (Kapfenprothese, Teil- oder Vollendoprothese, inverse Delta-Prothese).

Gesetzliche Krankenversicherung

Im Falle einer **Arbeitsunfähigkeit** hat der gesetzlich Krankenversicherte Anspruch auf eine Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber von bis zu 6 Wochen. Ist dann immer noch keine Arbeitsfähigkeit gegeben, wird von der jeweiligen Krankenkasse – bei regelmäßiger Überprüfung der gesundheitlichen Situation durch seinen Medizinischen Dienst (MdK) – bis zu 18 Monate Übergangsgeld gewährt.

Entscheidend für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist die Frage, ob der betroffene Patient **in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit** wieder voll leistungsfähig ist oder nicht; die Möglichkeit einer teilweisen (evtl. nur stundenweisen) Arbeitsfähigkeit existiert nicht.

¹ Orthopädische Abteilung der Fachkliniken Hohenurach, Bad Urach
DOI 10.3238/oup.2013.0062-0065

Dauer der Arbeitsunfähigkeit	
Subakromiale Dekompression (ohne Rotatorenmanschettenrekonstruktion)	3–4 Wochen
Rotatorenmanschettenrekonstruktion – arthroskopisch – offen	10–12 Wochen 12–16 Wochen
Osteosynthese Humeruskopffrakturen	12– 16 Wochen
Gelenkalloplastik	12–16 Wochen

Tabelle 1 Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach operativen Eingriffen im Bereich des Schultergelenks (Durchschnittswerte).

Die **Dauer der Arbeitsunfähigkeit** nach erfolgter operativer Intervention (s. Tab. 1) wird durch den behandelnden Arzt unter Zugrundelegung des noch bestehenden Beschwerdebildes, der noch gegebenen Funktionsbeeinträchtigung (Beweglichkeit des Gelenks, muskuläre Kraftentfaltung, fortbestehende Umlaufstörung, Gelenkstabilität, Abhängigkeit von Hilfsmitteln u.a.m.) überprüft, dies vor allem im Hinblick darauf, ob die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit wieder vollschichtig ausgeübt werden kann oder nicht. Problematisch sind hier sicherlich überwiegend mittelschwere und schwere Arbeitsabläufe, insbesondere dann, wenn sie mit (längerer) Überkopfhaltung der Arme bzw. mit Heben, Tragen oder Bewegen von Lastgewichten von über 10–15 kp verbunden sind.

In Einzelfällen kann über den Rentenversicherungsträger (s.u.) ein Stufeneinstieg, evtl. auch eine temporäre oder dauerhafte Umsetzung am Arbeitsplatz in die Wege geleitet werden. Ist eine Wiederaufnahme der letzten Tätigkeit – evtl. unter Modifikationen des Arbeitsplatzes – nicht möglich, verbleibt der Patient arbeitsunfähig.

Private Krankenversicherung

Die private Krankenversicherung gewährt, je nach individuell abgeschlossenem Vertrag, **Tagegeldzahlungen** in unterschiedlicher Höhe bis zum Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit, wobei hier für die ärztliche Beurteilung in erster Linie die körperlichen Belastungen in der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit zugrunde gelegt werden. Die sozialmedizinische Bewertung wird – bei aufscheinenden Zweifelsfällen – durch eine gutachterliche Einschätzung beratender

Fachärzte vorgenommen. Eine Weitergewährung von Tagegeldzahlungen wird in den Fällen abgelehnt, in denen der Betroffene seine letzte berufliche Tätigkeit zumindest teilweise wieder aufnehmen kann.

Bei schweren degenerativen Veränderungen und vor allem nach einem operativen Eingriff im Bereich des Schultergelenks verbleiben in aller Regel qualitative Beeinträchtigungen des körperlichen Restleistungsvermögens. Unter diesem Gesichtspunkt ist der Gutachter angehalten, eine sehr sorgfältige Berufsanamnese zu erheben, um das Belastungsprofil und damit das körperliche Restleistungsvermögen des Patienten auch unter individuellen quantitativen Gesichtspunkten exakt einschätzen zu können. Problematisch sind hier sicherlich ebenfalls Arbeitsabläufe mit längerer Überkopfhaltung der Arme.

Ist eine berufliche Reintegration in absehbarer Zeit aufgrund erheblicher persistierender Beeinträchtigungen ausgeschlossen, ist der Erkrankte nicht mehr in der Lage, zumindest 50 % seiner letzten beruflichen Tätigkeiten auszuüben, kann ärztlicherseits **Berufsunfähigkeit** attestiert werden, was dann die Weiterzahlung von Krankentagegeld ausschließt. Bei isolierter Affektion des Schultergelenks ist dies vor allem bei Berufen wie Bauarbeiter, Maurer, Waldarbeiter, Maler, Lackierer, Stuckateur, Steinmetz, Auto Schlosser u.a.m. anzunehmen.

Gesetzliche Rentenversicherung

Die gesetzliche Rentenversicherung (DRV Bund, DRV Länder, Bundesknappschaft u.a.) leistet **vorzeitige Rentenzahlungen**, wenn ein erkrankter Patient in einer

überschaubaren Zeitspanne nicht mehr sinnvoll in das allgemeine Erwerbsleben reintegriert werden kann. Finanzielle Leistungen können dann vorübergehend (auf Zeit) oder auf Dauer gewährt werden.

Die hierfür zugrunde liegende individuelle sozialmedizinische Bewertung wird in aller Regel im Rahmen eines fachärztlichen Gutachtens vorgenommen. Auch hier ist die aktuelle klinische Gesamtsituation der Haltungs- und Bewegungsorgane mit evtl. gegebenen funktionellen Defiziten, muskulären Schwächen, lokalen oder multilokulären Reizzuständen oder entzündlichen Prozessen, Zirkulationsstörungen, Einschränkungen des Gehvermögens u.a. ausschlaggebend. Bewertet wird einerseits, ob im zuletzt ausgeübten Beruf wieder eine teilweise oder volle Belastbarkeit gegeben ist oder nicht. In vielen Fällen ist allerdings, auch bei persistierenden Störungen, von einer Verweisbarkeit auf den sog. allgemeinen Arbeitsmarkt auszugehen, vor allem dann, wenn kein erlernter Beruf mit Abschluss vorliegt.

Der Fachgutachter gibt eine Bewertung des verbliebenen Restleistungsvermögens ab: Hier wird zunächst überprüft, ob **zeitliche (quantitative) Beeinträchtigungen** gegeben sind (vollschichtig, d.h. über 6 Stunden tgl. körperlich einsetzbar/nur noch teilschichtig 3–6 Stunden tgl. belastbar/nur noch weniger als 3 Stunden tgl. auf dem Arbeitsmarkt belastbar). Im Weiteren erfolgt eine sozialmedizinische Überprüfung, ob vorübergehend oder auf Dauer von **qualitativen Beeinträchtigungen** des Leistungsvermögens auszugehen ist (schwere/mittelschwere/leichte Tätigkeiten; spezielle Einschränkungen bzgl. der Körperhaltung wie Überkopfarbeiten, des Hebens und Tragens von Lastgewichten oder des beruflichen Umfeldes, mögliche Notwendigkeit längerer Arbeitspausen u.a.m.). Abgegeben wird die Einschätzung des **negativen Leistungsbildes** (Was kann der Patient nicht mehr?) sowie eines **positiven Leistungsbildes** (Was ist dem Patienten nicht nur vorübergehend noch zuzumuten?). Hier spielen auch die Befunde der bildgebenden Diagnostik eine wichtige Rolle.

Eine Beeinträchtigung der **Wegefähigkeit** ist bei Schulteraffektionen in der Regel nicht anzunehmen.

Im Falle degenerativer Veränderungen oder auch nach operativen Eingriffen im Bereich der Schulter ist grundsätzlich auf Dauer von qualitativen Beeinträchtigun-

Klinische Situation	Private Unfallversicherung	Gesetzliche Unfallversicherung	Bundesversorgungsgesetz (Schwerbehinderung)
	(Armwert)	(MdE; %)	(GdB)
Amputation			
Im Oberarm	1/1	70	70
Im Unterarm	5/7	50	50–60
Bewegungseinschränkung der Schulter			
Anteversion/Abduktion bis 150°	1/10	< 10	5–10
Anteversion/Abduktion bis 120°	1/7	10	10
Anteversion/Abduktion bis 90°	2/7	20	20
Anteversion/Abduktion unter 50°	3/7 bis 1/2	30	30
Totaleinstellung (günstig/ungünstig)	3/7 bis 5/7	30–50	30–50
Instabilität der Schulter			
Gering (Luxation 1x/Jahr)	1/7	10	10
Mittelschwer (habituell)	2/7 bis 2/5	20	20–30
Schwer (Schlottergelenk)	1/2 bis 4/7	30–40	40
Endoprothese der Schulter			
Gute Funktion	5/14 bis 3/7	20	30
Mäßige Funktion	1/2	30	40
Schlechte Funktion	4/7	40	40–50

Tabelle 2 MdE bzw. GdB bei Affektionen im Bereich des Schultergelenks.

gen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszugehen: Schwere und ausschließlich mittelschwere Arbeitsabläufe sind meist nicht mehr zumutbar, auch keine längeren Tätigkeiten mit häufiger Überkopfhaltung der Arme. Positiv ausgedrückt ist bei den meisten Patienten nach Abschluss der ärztlichen Behandlung und der Rehabilitation wieder von einem vollschichtigen Leistungsvermögen für leichte bis zumindest gelegentlich mittelschwere Arbeitsabläufe auszugehen.

Gesetzliche Unfallversicherung

Die gesetzliche Unfallversicherung (**Träger:** Berufsgenossenschaften) entschädigt – im Falle eines Unfallgeschehens während der Arbeit oder auf dem Hin- bzw. Rückweg zur/von der Arbeitsstelle –

unfallbedingte bleibende funktionelle Defizite. Eine Berufserkrankung im Bereich der Schulter ist bisher im Rahmen der Berufskrankheitenverordnung nicht vorgesehen. Die Gradierung der bleibenden Störung erfolgt grundsätzlich prozentual (meist in 10er-Schritten) als sog. **Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)**; die jeweilige Höhe ist tabellarisch vorgegeben.

Im Falle bleibender posttraumatischer Störungen im Bereich des Schultergelenks werden in erster Linie fortbestehende Funktionseinschränkungen (vor allem Anteversion, Abduktion und Rotation) berücksichtigt, des weiteren persistierende Instabilitäten, eine reduzierte muskuläre Kraftentfaltung im Oberarmbereich, evtl. neurologische Defizite (z.B. N. axillaris), periphere Umlaufstörungen sowie letztendlich die radiologisch-morphologische Situation. Das subjektiv be-

richtete Ausmaß fortbestehender Beschwerdenbilder in Ruhe oder unter Belastungsbedingungen spielt ebensowenig eine Rolle wie die Art der beruflichen Tätigkeit (maßgeblich ist lediglich der sog. allgemeine Arbeitsmarkt).

Unterschieden werden eine (meist großzügigere) Einschätzung der MdE zum Zeitpunkt der Beendigung des primären Heilverfahrens mit dem erstmaligen Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit sowie die oft strengere Bewertung unter sog. Dauerrenten-Gesichtspunkten 3 Jahre nach dem Unfallgeschehen. Die MdE im Falle leichter funktioneller Beeinträchtigungen liegt bei etwa 10 %; eine rentenrelevante und damit auszahlungsfähige MdE von 20 % wird nur bei deutlicheren Bewegungsstörungen zugebilligt, bei erheblichen Störungen auch von 30–40 %. Eine gut funktionstüchtige Endoprothese bringt immer eine MdE von 20 % mit

sich. Eine höhere MdE von 50 %, die dann mit der Situation einer Unterarmamputation gleichzusetzen wäre, ist allenfalls in Ausnahmefällen (hochgradige Instabilität, persistierende Infektion u.ä.) begründbar (s. Tab. 2).

Zu späteren Zeitpunkten muss bei beabsichtigter Höherstufung bzw. Reduzierung der MdE im weiteren Verlauf jeweils eine wesentliche Verschlechterung bzw. Verbesserung der klinischen Situation im Vergleich zur letzten maßgeblichen Begutachtung belegt werden.

Die finanzielle Entschädigung erfolgt durch eine monatliche Rententeilzahlung, deren Höhe sich am zuletzt verdienten Gehalt orientiert. Eine zeitlich begrenzte oder dauerhafte Abfindung (sog. Kapitalisierung) ist möglich.

Private Unfallversicherung

Im Rahmen des privaten Unfallversicherungsrechts wird für die Haltungs- und Bewegungsorgane die sog. **Invalidität** im Sinne dauerhaft fortbestehender post-akzidenteller individueller Beeinträchtigungen der körperlichen Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit eingeschätzt, wobei – je nach Versicherungsvertrag – in erster Linie die letzte berufliche Tätigkeit zugrunde gelegt wird. Für die oberen Extremitäten gilt hier die sog. **Gliedertaxe** (Angabe des bleibenden Funktionsdefizits als Bruch, z.B. 1/7, 2/3, 3/4 Armwert), nur für die Wirbelsäule erfolgt eine prozentuale Gradierung.

Die gutachterliche Bewertung sollte nicht vor einem Jahr und nicht später als 2 Jahre nach dem Unfallgeschehen in die Wege geleitet werden. Die gewährte finanzielle Entschädigung erfolgt in aller Regel – unter Zugrundelegung der zuvor festgelegten vollen Versicherungssumme – als einmalige pauschale Abfindung

(auch im Hinblick auf möglicherweise sich zukünftig noch ergebende Spätfolgen), nicht als monatliche Rentenzahlung.

Die gutachterlich relevanten Kriterien entsprechen denen der gesetzlichen Unfallversicherung (maßgeblich sind in erster Linie objektiv fassbare Störungen). Im Falle eines posttraumatisch erforderlich gewordenen endoprothetischen Schultergelenkersatzes sollte unter Berücksichtigung des Lebensintegrals des betroffenen Patienten selbst bei optimaler klinischer Situation von einem Invaliditätsfaktor (Armwert) von etwa 5/14 bis 3/7 ausgegangen werden (s. Tab. 2).

Schwerbehindertengesetz

Das Schwerbehindertengesetz beinhaltet Regelungen der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme spezieller staatlich gewährter Vergünstigungen für bleibend Behinderte, so z.B. Kündigungsschutz, Einkommensteuervergünstigung, evtl. unentgeltliche Beförderung im Nahverkehr, Zusatzurlaub u.a.m.

Von einer Schwerbehinderung ist dann auszugehen, wenn der sog. GdB (**Grad der Behinderung** als absolute Zahl, nicht als Prozentangabe!) 50 oder mehr beträgt. Bei einem GdB von 30 besteht die Möglichkeit der sog. Schwerbehinderten-Gleichstellung, um den Arbeitsplatz des Betroffenen durch das Arbeitsamt zu sichern, wenn infolge der gegebenen Behinderung ein geeigneter Arbeitsplatz ansonsten nicht mehr gefunden oder erhalten werden kann.

Die Einschätzung des GdB – abgestuft in 10er-Schritten – erfolgt durch die Versorgungsämter bzw. Landesversorgungsämter individuell, wobei hier vom Bun-

desministerium für Arbeit und Sozialordnung tabellarisch aufgelistete Anhaltspunkte publiziert wurden (2004). Diese berücksichtigen – basierend auf den schriftlichen Mitteilungen der behandelnden Ärzte in erster Linie persistierende (nicht nur vorübergehende) funktionelle Defizite, Instabilitäten, eine beeinträchtigte muskuläre Kraftentfaltung sowie die radiologische Situation (Ausmaß der degenerativen Veränderungen, Implantatsitz), nicht den Ausprägungsgrad subjektiv empfundener Beschwerdebilder. Im Falle einer korrekt einliegenden Alloarthroplastik ohne wesentliche bleibenden Defizite liegt der Einzel-GdB bei zumindest 20 (s. Tab. 2).

Eine Addition der jeweiligen Behinderungsgrade (obere Extremitäten, Wirbelsäule, untere Extremitäten) ist nicht zulässig. Entscheidend für den Gesamtgrad der Behinderung ist das globale Ausmaß der Beeinträchtigung im täglichen Leben, unabhängig von der speziellen beruflichen Belastung.

Ein **Nachteilsausgleich** (sog. **Merkmale**) wie z.B. eine **erhebliche Gehbehinderung (G)**, eine **außergewöhnliche Gehbehinderung (aG)**, die Notwendigkeit einer **Begleitperson (B)** oder gar eine **Hilflosigkeit (H)** kommt im Rahmen einer isolierter Schultergelenkerkrankung in aller Regel nicht in Betracht. OUP

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Jürgen Heisel
Orthopädische Abteilung
der Fachkliniken Hohenurach
Immanuel Kant-Straße 31
72574 Bad Urach
juergen.heisel@fachkliniken-
hohenurach.de

Literatur

1. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.). Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz. Bonn: Köllen Verlag, 2004
2. Erenkämper A: Arzt und Sozialrecht. Darmstadt: Steinkopff Verlag, 2003
3. Günther E, Hymmen R, Izbicki W: Unfallbegutachtung. 8. Aufl. Berlin, New York: W. de Gruyter Verlag, 1987
4. Orthopädisches Forschungsinstitut (OFI) (Hrsg.). Beurteilung und Begutachtung von Gelenkschäden. Darmstadt: Steinkopff Verlag, 2001
5. Rompe G, Erenkämper A: Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme-Verlag 1992
6. Schönberger A, Mehrrens G, Valentin H: Arbeitsunfall und Berufskrankheit. 5. Aufl., Berlin: E. Schmitt-Verlag, 1993
7. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.). Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. 7. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2011