Sektion Begutachtung: Zur Diskussion

Bemessungsempfehlungen für muskuloskelettale Verletzungsfolgen

Aus der Sektion Begutachtung der DGOU in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB) wird die konsentierte Synopse über Bemessungsempfehlungen für muskuloskelettale Verletzungsfolgen in der Privaten Unfallversicherung (PUV) in drei Teilen zur Diskussion gestellt.

- I: Obere Extremität in den OUMN 6/2021
- II: Untere Extremität (OUMN 1/2022)
- **III: Nervenschäden, Wirbelsäule, Becken (OUMN 2/2022)**

Nervenschäden, Wirbelsäule, Becken

Verbleibende Unfallfolgen nach muskuloskelettalen Verletzungen werden in der PUV nach dem Prinzip der Invalidität bemessen. Leistungspflicht für den Versicherungsträger besteht, wenn eine dauerhafte Beeinträchtigung körperlicher und auch geistiger Leistungsfähigkeit gesichert ist.

Nervenschäden

Tab. 26: Kompletter Verlust einer Nervenfunktion am Arm [11]

Funktionsstörung	Leitsymptome/Hinweise	Invalidität
Vollständige Armplexuslähmung (Lähmung des gesamten Armnervengeflechts)	siehe nachfolgend obere und untere Armplexuslähmung	20/20 A
Obere Armplexuslähmung	herabhängender, schlaffer Arm in Addition und Innenrotation, Pronationshaltung der Hand	10/20 A
Untere Armplexuslähmung	Parese der kleinen Handmuskeln und Beuger im Handgelenk (Pfötchenstellung)	12/20 A
Lähmung des N. radialis (Speichennerv)		
R. profundus	Parese der Fingerstrecker (Fallhand) und eines Handstreckers	6/20 H
Oberarm nach Abgang der Äste zum M. triceps brachii	zusätzlich auch Parese auch des anderen Handstreckers und der Armbeugung in Pronationsstellung	6/20 A
kompletter Nerv	zusätzlich Parese der Armstreckung	6/20 A
N. ulnaris (Ellennerv)	Parese der Daumenadduktion, (Krallenhand)	4/20 A
Handgelenk	Parese der Kleinfingerabduktion, der Daumenadduktion und der anderen Interosseusmuskeln, Krallenhand, Sensibilitätsstörungen D IV/V	6/20 H
kompletter Nerv	zusätzlich Parese der Flexion der ulnaren Finger und eines Handbeugers	8/20 H
N. medianus (Mittelnerv)		
Handgelenk	Sensibilitätsverlust D I–III, Parese der Daumenopposition	6/20 H
N. interosseus anterior (rein motorisch)	Parese der Flexion der Endglieder von Daumen und Zeigefinger	4/20 H
kompletter Nerv	zusätzlich Parese eines Handbeugers sowie der langen ulnaren Fingerbeuger	14/20 H
N. radialis und ulnaris	Kombination der Einzelausfälle	12/20 A
N. radialis und medianus	Kombination der Einzelausfälle	16/20 A
N. thoracicus longus	Parese der Abduktion, Anteversion im und Außenrotation im Schultergelenk, „Scapula alata“, Instabilität der Schulter	4/20 A
N. accessoirus (XI. Hirnnerv)	Parese der Abduktion, Anteversion und Außenrotation im Schultergelenk	4/20 A
N. axillaris (Achselnerv)	Parese der Abduktion, Anteversion und Außenrotation im Schultergelenk, Instabilität der Schulter	6/20 A
N. musculocutaneus	Parese der Armbeugung in Supinationshaltung	6/20 A
N. suprascapularis	eingeschränkte Ad-, Abduktion und Außenrotation sowie erhöhte Rotatorenmanschetten-Instabilität	2/20 A

Tab. 27: Kompletter Verlust einer Nervenfunktion am Bein [11]

Funktionsstörung	Leitsymptome/Hinweise	Invalidität
Totale Beinplexuslähmung (Plexus lumbosacralis)	komplette Parese: Hüftbeugung, -streckung, Kniebeugung, -streckung und aller Unterschenkel-/Fußmuskeln	20/20 B
Plexus lumbalis	Parese der Hüftbeugung und -adduktion sowie Kniestreckung	12/20 B
Plexus sacralis	Parese der Hüftstreckung und -abduktion, der Kniebeuger und aller Unterschenkel-/Fußmuskeln#	16/20 B
Lähmung des gesamten N. obturatorius	Parese der Oberschenkeladduktion	2/20 B
N. ischiadicus (Hüftnerv)	Parese ischiokrurale Muskulatur, peripher Fußsenker- und Fußheberparese	16/20 B
N. femoralis (Schenkelnerv)	Parese der Kniestreckung, Sensibilitätsstörung an der Vorderseite des Oberschenkels und Innenseite des Unterschenkels	10/20 B
N. glutaeus inferior (Gesäßnerv)	Parese der Hüftstreckung	5/20 B
N. glutaeus superior (Gesäßnerv)	Parese der Oberschenkelabduktion	5/20 B
N. cutaneus femoris lateralis	hier ist lediglich der Schmerz zu bewerten, nicht jedoch die Sensibilitätsstörung	10/20 B
N. peronaeus superficialis (oberflächlicher Wadenbeinnerv)	Parese der Hebung des Fußaußenrandes, Sensibilitätsausfall am Fußrücken	4/20 F
N. peroneaus profundus (tiefer Wadenbeinnerv)	Parese der Fuß- und Zehenhebung	10/20 F
N. peronaeus communis (gemeinsamer Wadenbeinnerv)	Ausfälle von Superficialis und Profundus	10/20 F
N. tibialis (Schienbeinnerv) Höhe Sprunggelenk	Parese der Muskulatur der Fußsohle, Sensibilitätsausfall Fußsohle	8/20 F
N. tibialis (Schienbeinnerv) gesamter Nerv	zusätzlich Parese der Fuß- und Zehensenkung	12/20 F
N. ischiadicus distal (Ausfall Nn. peroneus communis und tibialis)	wie N. peroneus und N. tibialis, zusätzlich Parese der Kniebeugung	12/20 B
Kommentar: Läsionen des N. pudendus sind nicht nach der Gliedertaxe zu bewerten.		

Invaliditätsbemessung außerhalb der Gliedertaxe: Wirbelsäule

Tab. 28: Wirbelsäule [8]

Stabil verheilter Wirbelkörperbruch, keine oder nur geringe Fehlstatik, bisegmentaler Kyphosewinkel < 10° ohne Störung des sagittalen Profils, gegebenenfalls Höhenminderung der angrenzenden Bandscheibe ohne wesentliche segmentbezogene Funktionsstörung	5 %
Stabil verheilter Wirbelkörperbruch, leichter Achsenknick, bisegmentaler Kyphosewinkel 10° bis < 20°, sagittales Profils noch erhalten, gegebenenfalls Höhenminderung der angrenzenden Bandscheibe mit mäßiger segmentbezogener Funktionsstörung	10 %
Stabil verheilter Wirbelkörperbruch, statisch wirksamer Achsenknick, bi-segmentaler Kyphosewinkel > 20°, sagittales Profils gestört (Lotlinie C7/S1 mehr als 50 mm vor hinterem Anteil der Endplatte S1) oder verheilter Wirbelkörperbruch mit verbliebener segmentaler Instabilität	20 %
Versteifung bis zu drei Segmenten der LWS (einschließlich thorakolumbaler Übergang) oder der HWS (unterhalb HWK 2)	20 %
Formstörungen und Versteifungen der BWS wirken sich geringer aus	
Verheilter Wirbelkörperbruch mit erheblicher Störung des sagittalen Profils (Lotlinie C7/S1 mehr als 70 mm vor hinterem Anteil der Endplatte S1), (> 30°) und radiologisch objektivierbarer segmentaler Instabilität	30 %
Operative Versteifung von mehr als drei und mehr Bewegungssegmenten an der HWS (unterhalb HWK 2), LWS und thorakolumbalem Übergang	30 %
Versteifungen der BWS wirken sich geringer aus	
Kommentar: Hier wurde jetzt Bezug genommen auf die segmentbezogene Funktionsstörung. Gemeinsam mit einer eventuellen zusätzlichen Berücksichtigung und Bemessung eines Segmentschadens (s. oben) können im orthopädisch-unfallchirurgischen Bereich maximal 30 % erreicht werden. Nur bei sehr ungewöhnlichen Ausheilungssituationen können allein im orthopädisch-chirurgischen Bereich 30 % überschritten werden. Ansonsten ist dies nur möglich bei zusätzlich bestehenden neurologischen Funktionsstörungen, die grundsätzlich in ihrer Bemessung einem nervenärztlichen Sachverständigen überlassen bleiben müssen und – im Falle eines kompletten Querschnitts – bis zu 100 % betragen können. Versteifungen der Brustwirbelsäule wirken sich geringer aus.	

Hier steht eine Anzeige.

Springer

Tab. 29: Becken [8]	
Vordere Beckenringfraktur (ein- oder beidseitig) mit geringgradiger Beeinträchtigung der Steh- und Gehfähigkeit	5 %
Beckeninstabilität oder Formstörung mit geringgradiger Beeinträchtigung der Steh- und Gehfähigkeit	10 %
Beckeninstabilität oder Formstörung mit mittelgradiger Beeinträchtigung der Steh- und Gehfähigkeit	20 %
Beckeninstabilität oder Formstörung mit hochgradiger Beeinträchtigung der Steh- und Gehfähigkeit	30 %
Azetabulumfrakturen werden funktionell dem Hüftgelenk zugerechnet	
Kommentar: Funktionsstörungen des Uro-Genitalapparats müssen urologischerseits objektiviert und – außerhalb der Gliedertaxe – bemessen werden, nach AUB 88 mit additivem Zusammenführen der Bemessungen auf beiden Fachgebieten. Sofern die AUB 99 und folgende zur Anwendung kommen, ist eine subsumierende Gesamtbemessung vorzunehmen, gegebenenfalls dann auch unter Mitberücksichtigung eventuell verbliebener neurologischer Funktionsstörungen, die nervenärztlicherseits zu objektivieren und zu bemessen sind. Sofern Nervenfunktionsstörungen die Funktion des Beines beeinträchtigen, sind diese gesondert nach der Gliedertaxe – nervenärztlich – zu bemessen.	

Thorax

Tab. 30: Brustkorb, Brustbein, Rippen [8]	
Brustbein-Pseudarthrose	5 %
Fehlverheilte Rippenfraktur(-en) mit Beeinträchtigung der Atemmechanik	10 %
Kommentar: Fehlverheilte Rippenfrakturen können restriktive Atemstörungen hinterlassen, die durch den hierfür kompetenten Gutachter zu objektivieren und zu bemessen sind. Eine Interkostalneuralgie bedarf einer neurologischen Abklärung. Die Bemessungen auf mehreren Fachgebieten sind nach AUB 88 additiv, nach AUB 99 subsumierend zusammenzuführen.	

Bauchdecken

Tab. 31: Bauchdecken – Narben, Hernien [8]	
– Narbige Umwandlungen eines Teiles der Bauchwandmuskulatur	5 %
– Kleine Bauchwandhernie (bis Tischtennisballgröße)	10 %
– Bauchwandhernie (bis Faustgröße)	15 %
– Größerer Bauchwandbruch	20 %
– „Landkarten-Bauchdecke“ mit grober muskulärer Insuffizienz	25 %
Kommentar: Unfallfolgen an den Bauchorganen (Milzverlust und Teilverlust des Darmes etc.) sind zu objektivieren und zu bemessen.	

Literatur bei den Verfassern und unter Teil 1

DGOU-Sektion Begutachtung:
Prof. Dr. Klaus Dresing, Göttingen
Dr. Torsten Eyfferth, Frankfurt
Prof. Dr. Peter Wolfgang Gaidzik, Hamm
Prof. Dr. Martin Grotz, Hannover
Dr. Sven Lundin, Duisburg
Prof. Dr. Marcus Schiltenwolf, Heidelberg
Prof. Dr. Klaus-Dieter Thomann, Frankfurt
Prof. Dr. Johannes Zeichen, Minden
Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB):
Prof. Dr. Bernhard Widder, Günzburg

Korrespondenz:
E-Mail: begutachtung@dgou.de