

Prognosebeurteilung in der Privaten Unfallversicherung Teil 1

**H.-T. Klemm, A. Naumann, G. Hofmann
& G. Spahn**

Der Unfallchirurg

Organ der Deutschen Gesellschaft für
Unfallchirurgie Organ der Deutschen
Gesellschaft für Orthopädie und
Unfallchirurgie

ISSN 0177-5537

Unfallchirurg

DOI 10.1007/s00113-016-0272-3



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer-Verlag Berlin Heidelberg. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".

Unfallchirurg
DOI 10.1007/s00113-016-0272-3
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Redaktion

W. Mutschler, München
J. Neu, Hannover
K.-G. Kanz, München



H.-T. Klemm¹ · A. Naumann² · G. Hofmann^{3,4} · G. Spahn^{3,5}

¹ Freies Institut für medizinische Begutachtungen, FIMB Bayreuth/Erlangen, Bayreuth, Deutschland

² Kanzlei Naumann, Bornheim, Deutschland

³ Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland

⁴ BG Klinik Bergmannstrost, Halle/S., Deutschland

⁵ Praxisklinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Eisenach, Deutschland

Prognosebeurteilung in der Privaten Unfallversicherung Teil 1

Arthroserisiko

Bei der Beurteilung von Unfallverletzungen und daraus resultierenden Folgen i. S. v. Funktionsstörungen für einen privaten Unfallversicherungsträger nach AUB-Musterbedingungen (Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen) ist natürlich zunächst die Sicherung des strukturell erlittenen Erstkörperschadens erforderlich. Erst dieser Nachweis, für den die strengen Beweismassen des § 286 ZPO gelten, begründet überhaupt die „Haftung“ des Versicherers. Erst dann kommt es zur Prüfung der Leistungspflicht unter den erleichterten Beweisregeln des § 287 ZPO. Der Gutachter hat nach positiver Beantwortung der haftungsbegründenden und ausfüllenden Kausalität dann die unfallbedingten Einbußen an körperlicher und/oder geistiger Leistungsfähigkeit aufzuzeigen und gegenüber der normalen Funktion zu gewichten (in Bruchteilen der Norm nach der Gliedertaxe und/oder prozentual außerhalb dieser). Neben der Beachtung einer eventuellen Vorinvalidität oder Mitwirkung unfallunabhängiger Gesundheitsstörungen beim Eintritt der Unfallverletzung, dem Heilverlauf (Tagegeldanspruch) bzw. der Entwicklung der Unfallverletzungsfolgen hat nun der Gutachter die schwierige Aufgabe auch der Prognosebeurteilung. Dies ist insofern eine

Besonderheit in der Privaten Unfallversicherung. Im Bereich der Sozialversicherungen sind Nachuntersuchungen bei geltend gemachter Verschlimmerung von Unfallverletzungsfolgen möglich. Im Haftpflichtrecht wird regelhaft nach Beweisantrag die Ersatzpflicht für zukünftige Schäden festgestellt, wofür die konkrete Möglichkeit ausreichend ist. Für den Fall der Manifestation müsste der Geschädigte dann nur mit einfacher Wahrscheinlichkeit den Folgeschaden nachweisen. In der Privaten Unfallversicherung bedarf es nun aber für die „Vorhersage“ zukünftiger funktioneller Beeinträchtigungen über die im Beurteilungszeitpunkt festgestellten eines hohen Grades der Wahrscheinlichkeit.

Wie kann nun der medizinische Sachverständige diesem hohen Beweismaß unter Beachtung der wissenschaftlichen Erkenntnisse Rechnung tragen?

Teil I – Arthroserisiko

Medizinische Grundlagen

Die Arthrose ist zunächst einmal nicht zwangsläufig Unfallverletzungsfolge, sondern eine *Erkrankung*, von der weltweit ca. 9,6 % aller Männer und 18 % aller Frauen ≥60 Jahre betroffen sind [9]. Klinisch relevant leiden allein in Europa etwa 35–40 Mio. Menschen an diesem Krankheitsbild [5].

Man unterscheidet primäre von sekundären Arthrosen. Die (primäre) *Erkrankung* ist gekennzeichnet durch Ver-

änderungen im hyalinen Gelenkknorpel mit Erweichung, Knorpelschaden, Defekt und einer sekundären Reaktion des subchondralen Knochens. Der Krankheitsprozess ist in erster Linie auf eine Degradation der Syntheseleistung innerhalb der Knorpelmatrix zurückzuführen [8].

Verschiedene Faktoren können zu einer sekundären Arthrose führen/beitragen, wie Adipositas und Gicht, Nikotin- und/oder Alkoholabusus, Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, Beinachsfehlstellungen oder berufliche Faktoren [2], [8], wobei eine klare Trennung beider Formen oft nicht möglich ist [10]. Ursache für eine sekundäre Arthrose können aber eben auch Unfallverletzungen sein i. S. v. Gelenkfrakturen oder aber auch Kapsel-Band-Verletzungen mit daraus z. B. resultierender, mehr oder weniger ausgeprägter chronischer Instabilität. Viele Betroffene nach Kreuzbandverletzung mit gutem Stabilitätsresultat nach operativer Ver-

Abkürzungen

A/B/H/F	Arm-, Bein-, Hand-, Fußwert
AUB	Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen
ACL	vorderes Kreuzband
BGH	Bundesgerichtshof
PUV	Private Unfallversicherung
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
ZPO	Zivilprozessordnung

Teil 2 dieses Artikels mit dem Thema „Risiko-zuschlag“ bei unfallbedingten Endoprothesen finden Sie in Ausgabe 1/2017 von *Der Unfallchirurg*, doi:10.1007/s00113-016-0273-2.

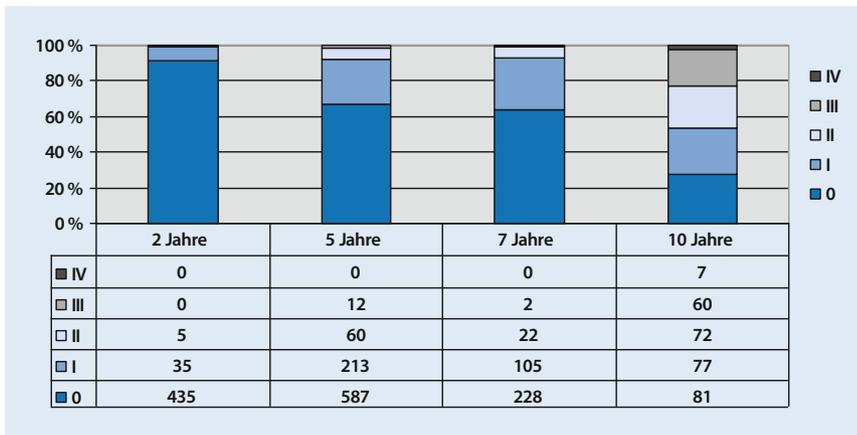


Abb. 1 ▲ Prävalenz radiologischer Arthrosen in Bezug zum Zeitintervall nach ACL-Läsion [3]

sorgung treten mit Ansprüchen an ihren privaten Unfallversicherer heran wegen der Angst einer Verschlechterung des Ausheilungszustands in den folgenden Jahren/Jahrzehnten. An dieser Stelle betritt nun der medizinische Sachverständige die Bühne und ist aufgrund der fehlenden Fachkompetenz des Versicherers für medizinische Beurteilungen gefragt, inwieweit er eine Änderung eines Funktionsdefizits über die Dreijahresunfallgrenze (der nach AUB letztmögliche Zeitpunkt zur Beurteilung von Unfallverletzungsfolgen) hinaus mit hoher Wahrscheinlichkeit voraussagen kann.

Bei der Beurteilung der Prognose von Unfallverletzungsfolgen an Gelenken mit der Frage nach der Ausbildung einer posttraumatischen und damit sekundären Arthrose gilt es also, o.g. Faktoren ggf. i. S. der Mitwirkung zu berücksichtigen. Grundlage für eine solche medizinische Beurteilung stellt das zwischen den Parteien geschlossene Vertragswerk der AUB (Allgemeine Versicherungsbedingungen) nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dar.

Rechtliche Grundlagen

Ausgangspunkt ist die Invaliditätsbeschreibung der AUB. Diese sieht vor, dass eine Invalidität binnen eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet, eingetreten sein muss (Invaliditätseintrittsfrist); ist diese Frist in Bedingungswerken verlängert, wird der Versicherer dem Gutachter dies mitteilen. Zu diesem Zeitpunkt muss die körperliche oder

geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt sein (Invalidität). Dies gilt seit den AUB 88. Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung dieses Zustands nicht erwartet werden kann, so definiert in § 186 S. 2 VVG und übernommen in die AUB 2008 ff.

Zunächst geht es also um die Prognose eines unfallbedingten Dauerschadens, also um die Frage, ob eine unfallbedingte, dauerhafte funktionelle Beeinträchtigung überhaupt vorliegt, losgelöst von deren Höhe. Man spricht von einer Invalidität dem Grunde nach. Es gilt der Beweismaßstab des § 286 ZPO, (BGH – IV ZR 180/10, VersR 2011, 1171; BGH – IV ZR 211/05, VersR 2009, 1213; BGH – IV ZR 205/00, VersR 2001, 1547; BGH – IV ZR 191/96, r+s 1998, 80; BGH – IV ZR 157/91, VersR 1992, 1503).

Dafür muss bis zum Ablauf der Invaliditätseintrittsfrist (in der Regel ein Jahr) nach dem Unfallereignis eine derart erhebliche Wahrscheinlichkeit für eine dauerhafte körperliche oder geistige Funktionsbeeinträchtigung besteht, dass sie „Zweifeln Schweigen gebietet, ohne sie völlig auszuzuschließen“ (BGH – VI ZR 28/03, VersR 2004, 118; OLG Celle – 8U 10109, VersR 2010, 205). Es bedarf dafür also nicht zwingend einer 100-prozentigen Gewissheit, (OLG Hamm – 20U 185/98, VersR 2000, 43).

Dies bedeutet dann im Rahmen der Betrachtung einer (isolierten) Arthrose, dass der Mediziner prüfen und beurteilen

muss, ob zum konkreten Stichtag eine Arthrose besteht und ob durch die (bereits) eine funktionelle Störung eingetreten ist, die über das dritte Unfalljahr hinaus verbleiben wird. Dies ist in der Praxis ein seltener Fall.

Schwieriger und praxisrelevanter sind die Fälle, in denen eine andere funktionelle Beeinträchtigung verblieben ist und eine spätere Arthrose denkbar erscheint. So ist z. B. eine Verschleißerscheinung als Folge eines unfallgeschädigten Gelenks nur zu berücksichtigen, sofern jedenfalls eine beginnende Arthrose festgestellt werden kann (OLG Karlsruhe – 9U 141/08, r+s 2009, 396), während ein bloßes Arthroserisiko unberücksichtigt zu bleiben hat (OLG Frankfurt/M., – 7U 178/04, VersR 2006, 1488).

Eine zweite Prognose betrifft die Höhe der Invalidität. Hier ist zu klären, in welcher Höhe die Funktionsbeeinträchtigung besteht. Zu berücksichtigen ist, welche konkrete Beeinträchtigung verbleiben wird. Die Prognose zur Höhe der Invalidität muss von den Symptomen bzw. Befunden der letzten nach den AUB zulässigen und somit maßgeblichen ärztlichen Untersuchung ausgehen und die Entwicklung berücksichtigen, die mit einem hohen Grad an Wahrscheinlichkeit von Dauer sein wird (OLG Köln r+s 1989, 100). Ist z. B. beim Bruch eines Gelenks eine zunehmend gelenkerstörende Arthrose erkennbar, so wird der Dauerschaden entsprechend höher einzuschätzen sein. Man wird in einem solchen Fall mit hoher Wahrscheinlichkeit die perspektivisch notwendige Prothesenimplantation voraussagen können, was sich dann natürlich in der Höhe der Invaliditätsbewertung niederschlagen muss (s. dazu auch Teil II dieses Beitrags).

Medizinisch-gutachtliche Historie

Wie wurde bisher die Möglichkeit/Wahrscheinlichkeit eines posttraumatischen Gelenkverschleißes in der PUV berücksichtigt?

Bis 2004 hat sich ein medizinischer Sachverständiger dazu nicht wirklich ernsthafte Gedanken gemacht. Schröter und Fitzek [6] sprachen erstmals dazu die Empfehlung aus, allein für das Risiko der Entwicklung einer posttrau-

Zusammenfassung · Abstract

matischen Arthrose sogenannte Risikozuschläge zu bemessen. Es sollten objektiv belegte oberflächliche Knorpelschäden, anatomiegerecht verheilte Gelenkfrakturen oder Arthrosezeichen nach Kellgren I mit einem Zuschlag von 1/20A/H/B/F (*Arm-, Hand-, Bein-, Fußwert*) bedacht werden bis hin zum Arthrosegrad nach Kellgren IV mit 4/20A/B/H/F. Nach Überarbeitung fanden diese Überlegungen 2009 Eingang in die gutachtliche Praxis, indem man zum versicherungstechnisch spätmöglichen Zeitpunkt bei posttraumatischen Arthrosegraden Kellgren I/II 1/20 und bei Schweregraden III/IV 2/20A/B/H/F als Risikozuschlag empfahl. Grundlage dieses Invaliditätszuschlags war die Meinung der Autoren, dass sich „basierend auf *gesicherten* gutachtlichen Erfahrungen ... ein längerfristiges Arthroserisiko innerhalb des zweiten, längstens dritten Unfalljahres zumindest mit einer initialen, im nativ-röntgenmorphologischen Seitenvergleich nachweisbaren Arthrose zu manifestieren pflegt“ [4].

Wissenschaftlichen Grundlagen, auf die sich nun aber diese als gesichert eingestufte gutachtliche Erfahrung des medizinischen Sachverständigen stützen könnte, wurden bisher nicht aufgezeigt.

Es liegen inzwischen beispielhaft für das Kniegelenk Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche mit anschließender Metaanalyse vor, in der überprüft wurde, wie sich das Arthroserisiko nach Kreuzbandverletzung in Abhängigkeit von der Zeit entwickelt [3]. Dabei konnte bestätigt werden, dass die Verletzung des vorderen Kreuzbands einen Risikofaktor für eine spätere, dem Altersmaß vorangehende Arthrose darstellt (▣ **Abb. 1**). Die Arthroserate nach Kreuzbandverletzung nimmt demnach mit dem Zeitintervall signifikant zu und beträgt nach zwei Jahren unabhängig vom Schweregrad der Primärverletzung 6,9 %, nach 7 Jahren 36,3 % und nach 10 Jahren 79,6 %. Die Arthroseprävalenz erhöht sich nach dieser Studie zwar in den ersten zwei Jahren nach Verletzung um etwa das Doppelte, weniger als 10 % des Studienkollektivs zeigen aber Arthrosezeichen im Schweregrad Kellgren I oder II, höhere Schweregrade waren

Unfallchirurg DOI 10.1007/s00113-016-0272-3
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

H.-T. Klemm · A. Naumann · G. Hofmann · G. Spahn

Prognosebeurteilung in der Privaten Unfallversicherung Teil 1. Arthroserisiko

Zusammenfassung

Nach Prüfung der Unfallkausalität muss der medizinische Gutachter auf dem Sachgebiet der Privaten Unfallversicherung unter AUB-Musterbedingungen innerhalb einer vertraglich zwischen den Vertragspartnern vorgegebenen Frist eine Invalidität dem Grunde nach feststellen. Darüber hinaus muss er aber zur Frage Stellung nehmen, ob zum versicherungstechnisch spätestmöglichen Zeitpunkt Umstände erkennbar sind, die eine zukünftige Änderung des Dauerzustands hinreichend prognostizieren lassen. Hierfür bedarf es einer hohen Wahrscheinlichkeit.

Das alleinige Risiko der Entwicklung eines Funktionsdefizits aus einer nachgewiesenen oder prognostizierten posttraumatischen Arthrose wird diesem Beweismaß nicht gerecht, sodass pauschalierte „Risikozuschläge“ der gebotenen individualisierten Betrachtungsweise widersprechen und damit keine Anwendung finden dürfen.

Schlüsselwörter

Prognose · Private Unfallversicherung · Arthroserisiko · Arthrose · Invalidität

Prognostic assessment in private healthcare insurance part 1. Risk of osteoarthritis

Abstract

After examining the cause of an accident the medical expert working in the area of private health care insurance under the general accident insurance (AUB) sample conditions must ascertain incapacity within a period of time that has been contractually agreed upon between the parties involved. In addition, this person must also state their position on the question as to whether there may exist any circumstances up to the latest possible point in time in insurance terms that would comprise an adequate prognosis of a future

change in the long-term condition. This requires a high probability.

The sole risk of the evolution of the functional deficit arising from a proven or prognosticated post-traumatic osteoarthritis is excluded from this standard of proof which means that flat-rate risk supplements are not suited to this individualized approach and thus do not apply.

Keywords

Prognosis · Private healthcare insurance · Risk of osteoarthritis · Osteoarthritis · Incapacity

nicht vor fünf Jahren posttraumatisch nachweisbar (▣ **Abb. 1**).

Es konnte also in der Studie insbesondere auch gezeigt werden, dass sich ein längerfristiges Arthroserisiko eben nicht regelhaft innerhalb der Dreijahresfrist an nativ-röntgenologischen Arthrosezeichen darstellt. Je nach Selektierung des Studienkollektivs liegt die posttraumatische Arthroserate nach Kreuzbandverletzung zwischen 42 und 80 % [7], [8].

Für eine Erhöhung des zum Dreijahreszeitraum nach Unfall feststellbaren Invaliditätsgrades auf Grund einer prognostizierbaren Verschlechterung des Funktionsdefizits bedarf es aber nach der Rechtsprechung nicht nur einer „einfachen“ sondern einer „hohen“ Wahr-

scheinlichkeit. Ein pauschalierter Zuschlag für das Arthroserisiko wird der gebotenen individualisierten Betrachtungsweise nicht gerecht. Sicherlich ist hier wünschenswert die Konkretisierung der rechtlichen Begriffe „einfache“ und „hohe“ Wahrscheinlichkeit, letztlich ist aber davon auszugehen, dass für eine Höherbewertung der Invalidität das Beweismaß sehr hoch anzusetzen ist in einem Bereich, in dem vernünftigen Zweifeln an der Unfallbedingtheit kein Raum mehr gegeben ist. Dieses Beweismaß ergibt sich aus der heutigen Studienlage zur Entstehung einer posttraumatischen Arthrose nicht.

Man möge sich an dieser Stelle auch verinnerlichen, welche zusätzlichen Fak-

toren bei der Entwicklung einer Arthrose (u. a. Adipositas, Gicht, Nikotin-, Alkoholabusus, rheumatische Erkrankungen, anlagebedingte Gelenkfehlstellungen, berufliche Faktoren) in zeitlicher Ferne zum Unfallereignis nach z. B. 10 oder 20 Jahren eine Rolle spielen werden. Es entsteht dadurch eine solch große Heterogenität, dass man seriös den allein unfallbedingten, also posttraumatischen Verlaufsanteil der Arthrose nicht mit dem gebotenen Beweismaß rational voraussagen kann.

Konsequenzen für die Begutachtung

Für eine Erhöhung des zum Dreijahreszeitraum nach Unfall feststellbaren Invaliditätsgrades auf Grund einer prognostizierbaren Verschlechterung des Funktionsdefizits bedarf es nach der Rechtsprechung einer „hohen“ Wahrscheinlichkeit.

Überträgt man das allgemein hohe Arthroserisiko auf das konkret zu begutachtende Individuum, so ist trotz Wahrscheinlichkeit der Arthroseentwicklung daraus nicht zwangsläufig über die Möglichkeit eines damit verbundenen Funktionsdefizits dieses auch hinreichend wahrscheinlich, da nur etwa 60–70 % der Betroffenen in höheren Arthrosegraden auch symptomatisch werden [1].

Der zu prognostizierende „Endpunkt Arthrose“ kann weder seriös vorausgesagt noch regelhaft mit hoher Wahrscheinlichkeit als posttraumatisch bezeichnet werden, und wenn irgendwann doch, muss eben nicht aus diesem Erkrankungsbild auch ein invaliditätsrelevantes Funktionsdefizit resultieren. Der Sachverständige hat aber eben genau dieses Funktionsdefizit AUB-konform mit hoher Wahrscheinlichkeit vorauszusagen, sodass vernünftigen Zweifeln an dessen Entstehung Schweigen geboten ist.

Ein pauschalierter Zuschlag für das Risiko der Entwicklung einer posttraumatischen Arthrose wird der nach AUB gebotenen individualisierten Betrachtungsweise nicht gerecht, da einerseits sich innerhalb der Dreijahresfrist nicht regelhaft Indizien für die Entwicklung einer als posttraumatisch einzustufenden

Arthrose aufzeigen lassen und andererseits bei hinreichender Wahrscheinlichmachung einer solchen damit nicht ein Funktionsdefizit verbunden sein muss, welches sich auf die Invaliditätsbemessung auswirkt.

Eine individualisierte Betrachtungsweise der Prognoseentwicklung im Hinblick auf die „Erkrankung“ Arthrose schließt aber bei schlüssiger Begründung eine Höherbewertung der Invalidität nicht gänzlich aus z. B. bei Wahrscheinlichmachung einer zukünftig notwendig werdenden Prothesenimplantation wgschon posttraumatisch umformender Arthrose im Beurteilungszeitraum.

Fazit für die Praxis

Zusammenfassend ist also festzustellen, dass allein das Risiko der Entwicklung eines Funktionsdefizits aus einer nachgewiesenen oder auch nur prognostizierten posttraumatischen Arthrose nicht ausreicht, um eine über den zum Beurteilungszeitpunkt feststellbaren Invaliditätsgrad hinaus höhere Invaliditätsbemessung vorzunehmen. Dies würde der individualisierten Betrachtungsweise widersprechen und wäre nicht AUB-konform.

Korrespondenzadresse



Dr. H.-T. Klemm
Freies Institut für medizinische Begutachtungen, FIMB
Bayreuth/Erlangen
Ludwigstraße 25,
95444 Bayreuth, Deutschland
dr.klemm@fimb.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. H.-T. Klemm, A. Naumann, G. Hofmann und G. Spahn geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Felson DT, Naimark A, Anderson J et al (1987) The prevalence of knee osteoarthritis in the elderly. *Arthritis Rheum* 30:914–918

2. Hackenbroch MH (2002) Arthrosen. Basiswissen zur Klinik, Diagnostik und Therapie. Thieme, Stuttgart New York
3. Klemm, Spahn, Gaidzik, Thomann, Hartmann, Grifka, Hofmann (2015) Versicherungsrechtliche Prognosebeurteilung des Arthroserisikos nach vorderer Kreuzbandverletzung in der privaten Unfallversicherung, *MedSach* 111, 06. *MedSach* 111(6):27
4. Ludolph, Schürmann, Gaidzik (2016) Arthroserisiko IN: Kursbuch der ärztlichen Begutachtung digital Stand 06/2016. Bemessungsempfehlungen für die Private Unfallversicherung. ecomed, Hamburg
5. Schröter F, Fitzek M (2004) Einschätzungsempfehlungen für die private Unfallversicherung IN. In: Rompe G, Erenkämper A, Schiltenswolf M, Hollo DF (Hrsg) Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 4. Aufl. Thieme, Stuttgart
6. Spahn G, Schiele R, Hofmann GO, Schiltenswolf M, Grifka J, Vaitl T, Liebers F, Seidler S, Klinger HM (2011) The relative risk of knee osteoarthritis after knee injuries – results of a metaanalysis. *Phys Med Rehab Kuror* 21:269–279
7. Spahn G, Schiltenswolf M, Hartmann B, Grifka J, Hofmann G, Klemm HT (2016) Das Arthroserisiko nach vorderer Kreuzbandverletzung in Abhängigkeit von der Zeit. Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche. *Der Orthopäde* 45(1):81–90
8. Spahn G, Schwark B, Bartsch R, Mückley T, Hofmann G, Schiele R (2007) Untersuchung zur Bestimmung von krankheitsassoziierten Faktoren der Gonarthrose. *Phy Med Rehab Kuror* 17(5):253–259
9. Woolf AD, Pfleger B (2003) Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ* 81:646–656
10. Zagrodnik FD, Bolm-Audorff U, Eberth F et al (2012) Außerberufliche Faktoren der Gonarthrose. *Trauma Berufskrankh* 14(Suppl 4):399–401