

FGIMB

Sitzung des wissenschaftlichen Beirats am 05.05.2022 in Leipzig

Es nahmen 16 Teilnehmer vor Ort oder Online teil.

A Berufskrankheiten

TOP A1:

Braunschweig: Instrumentarium zur strukturellen Befundung der Bandscheibenerkrankungen bei BK 2108/2110

Vorgelegt wird ein Instrumentarium zur systematischen Bildanalyse und strukturierter Befundung der bandscheibenbedingten Veränderungen im Nativ-Röntgenbild und im MRT. Nur unter standardisierten Untersuchungsbedingungen und verwertbaren Bildbeurteilungen ist die Reproduzierbarkeit gewährleistet. Der Beurteilungsprozess kann durch binäre Bildkriterien (ja/nein) vereinfacht werden.

Vorgelegt wird eine umfangreiche Datenbank mit Vergleichsaufnahmen für die einzelnen morphologischen Veränderungen (Chondrose, Osteose, Spondylose, Spondylarthrose, Protrusion, Prolaps, Signalminderung nach PFIRRMANN).

Das Instrumentarium stellt eine Ergänzung zum Konsenspapier dar.

Die Datenbank mit den Vergleichsbildern soll bei der DRG gehostet werden, für Mitglieder der FGIMB und der DRG soll der Zugang kostenlos sein.

Ein Aufsatz „Strukturierte Befundung bei der BK 2108/2110“ ist in Arbeit, geplant ist eine Veröffentlichung in der Zeitschrift RÖFo.

TOP A2:

Spahn: Bestimmung der relativen Bandscheibenhöhe in Abhängigkeit von Methode und Messpunkt

Vorgelegt werden die Ergebnisse der Messung der Bandscheibenhöhen aus 2 Dissertationen. Es wurden 52 Männer und 78 Frauen ausgesucht. Der Bandscheibenbefund musste unauffällig sein, Wirbelsäulenverletzungen, Fehlstellungen oder Erkrankungen der Wirbelsäule führten zum Ausschluss.

Die Bandscheibenhöhen im MRT waren im Schnitt 2 mm niedriger als im Röntgen. Die Einpunktmessung nach Hurxthal zeigte unterschiedliche Ergebnisse als die Zweipunktmessung nach Dabbs. Die Interobserver-Reliabilität zweier Untersucher war gering, mit Unterschieden bis zu 2,5mm. Die Bandscheibenhöhen von Frauen waren im Röntgen geringer als bei Männern, nicht jedoch im MRT.

Die Dihlmann-Regel konnte nicht bestätigt werden.

Es wurde kritisch hinterfragt, welchen Stellenwert die Bestimmung der normierten Bandscheibenhöhen im konkreten Einzelfall wirklich hat.

TOP A3:

Diskussion

In der Diskussion wurde von Grosser darauf hingewiesen, dass die Messung eingeführt worden war, um überhaupt ein Beurteilungskriterium zu haben, anstatt undefinierter Begriffe wie leicht, mäßig oder hochgradig.

Spahn erwähnte, er habe ein schlechtes Gefühl, falls die Messung das Zünglein an der Waage sei.

Meyer-Clement wies darauf hin, dass es zahlreiche Konstellationen nach Konsenspapier gebe, bei denen man auf die Messung verzichten könne. (z.B. Osteochondrose Grad III oder Bandscheibenvorfall plus Begleitspondylose oder plus Pfirrmann Grad IV in 2 weiteren Segmenten. Die Messung kann als ergänzendes Instrumentarium herangezogen werden, die Morphologie habe jedoch Vorrang.

Spahn will die Arbeit in einem internationalen Journal veröffentlichen, anschließend muss über die Konsequenzen diskutiert werden.

TOP A4:

Spahn: Zwischenstand der AG Koxarthrose

Was die arbeitstechnischen Voraussetzungen angeht, werden 9.500 to Gesamtbelastung gefordert, wobei ein Einzelgewicht mindestens 20 kg betragen muss und mindestens 10x am Tag gehandhabt werden muss. Spahn weist darauf hin, dass zusätzliche Belastungen wie längeres Tragen oder das Steigen von Treppen nicht erfasst sind. Bei Frauen sei eine positive Dosis-Wirkungsbeziehung nicht bekannt. Spahn schlägt vor, bei Frauen in Analogie zur DWS bei einer kumulativen Belastung von 68% (6.460 to) von einer Gefährdung auszugehen.

Ein belastungskonformes Schadensbild gibt es beim jetzigen Stand nicht. Da die zu handhabenden Gewichte gleich verteilt sind, muss die Koxarthrose beidseits auftreten.

Laborchemisch gibt es keine Arthrosemarker.

Was die Definition des Krankheitsbildes nach der wiss. Begründung angeht, ist der Begriff „chronische Hüftgelenkbeschwerden“ nicht definiert, die „Morgensteifigkeit“ ist ein unsicheres Kriterium. Die „reduzierte Gehstrecke“ ist nicht definiert, Kapselschwellung und Ergussbildung ist klinisch kaum nachzuweisen. Es verbleiben die Bewegungseinschränkung und das Hinken.

Spahn empfiehlt den HOOS (Hip Disability and Osteoarthritis Outcome Score) einzusetzen.

Aus radiologischer Sicht ist eine Osteophytenbildung mit mehr als 2 mm Länge für die Arthrose Grad II und eine Gelenkspaltverschmälerung von weniger als 2 mm für die Arthrose Grad III zu fordern.

Was die Altersprävalenz angeht, steigt das Risiko mit dem Alter stark an. Ab dem 60. Lebensjahr wird eine beruflich bedingte Koxarthrose immer unwahrscheinlicher.

Was konkurrierende Ursachen angeht, besteht Forschungsbedarf.

Hinsichtlich der CAM-Deformität ist bislang nicht geklärt, ob sie primär vorhanden ist oder sekundär als Folge der Arthrose entsteht.

Im Nachgang zur Tagung verschickt Spahn eine Abfrage zur ersten Konsensfindung an die Teilnehmer.

TOP A5:

Meyer-Clement: Kurzinformation zur BK Rotatorenmanschette

Vorgestellt wird die Wissenschaftliche Begründung, die am 14.12.2021 veröffentlicht wurde.

Die arbeitstechnischen Voraussetzungen sind erfüllt bei folgenden Beanspruchungen:

- Arbeiten mit den Händen auf Schulterniveau oder darüber – **3.600 Stunden**

- Arbeiten mit einer repetitiven Bewegung des Oberarms im Schultergelenk – **bei 4 – 14 Bewegungen pro Minute = 38.000, bei ≥ 15 Bewegungen 9.400 Stunden**
- Arbeiten, die eine Kraftanwendung im Schulterbereich erfordern, insbesondere Lastenhandhabung **von mindestens 20 kg – 200 Stunden (= 288.000 Hebevorgänge à 2,5 sec)**
- Hand-Arm-Schwingungen - **$\geq 3\text{msec}^{-2}$ - 5.300 Stunden**

Das erforderliche Krankheitsbild ist eine vollständige Ruptur der Subscapularissehne, Supraspinatussehne oder Infraspinatussehne oder eine Teilruptur Grad II nach Ellmann. Es wird anhand von Beispielbildern auf die Schwierigkeit der Diagnostik der Teilrupturen hingewiesen.

Was die zitierten epidemiologischen Studien in der WB angeht, so ist auffällig, dass fast ausschließlich unspezifische Krankheitsbilder wie „disorder“ oder Syndrome erfasst wurden, jedoch kein Nachweis struktureller Veränderungen erfolgte.

Konkurrierende Ursachen werden nicht aufgeführt. Aufgrund des bisherigen Wissensstandes kann man davon ausgehen, dass knöchernerne Einengungen wie das subacromiale und subcoracoidale Impingement, neben Verletzungsfolgen, von Bedeutung sind.

Es wird darauf hingewiesen, dass ca. 50% der Rotatorenmanschettenschäden asymptomatisch sind.

Aufgrund des unzureichenden Designs der epidemiologischen Studien kann derzeit nicht differenziert werden, ob Läsionen der Rotatorenmanschette durch berufliche Tätigkeiten verursacht werden, oder ob klinische stumme berufsunabhängige Schäden durch berufliche Tätigkeiten symptomatisch werden.

In der Diskussion zeigte Spahn einen Fall eines Malers mit einer isolierten Pulley- und Bizepssehnen-Läsion, der nach dem Wortlaut der BK 2117 nicht versichert wäre.

Nach lebhafter Diskussion besteht Einigkeit, dass an den Begutachungskriterien weitergearbeitet werden muss.

B – Qualitätssicherung in der Begutachtung

TOP B1:

Klipstein: Bericht über die Studie zur Einschätzung der Marktsituation in der Schweiz, Österreich und Deutschland sowie Ausbildung zum Gutachter in der Schweiz und Sicherstellung der Qualität von Begutachtungen in der Schweiz

Die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gutachter in der Schweiz wurde nach der Gründung der Swiss Insurance Medicine (SIM) im Jahre 2003 völlig neu ausgerichtet.

Es wurden Leitlinien zur Begutachtung entwickelt, Weiter- und Fortbildungskommissionen gegründet, eine Zertifizierung der Gutachter eingeführt, mit standardisierter Ausbildung und Abschlussprüfung. Das Zertifikat ist 5 Jahre gültig.

Zur Zeit gibt es 1183 zertifizierte Gutachter.

Die Qualität der Gutachten hat sich stark verbessert, während 1998 nur 35% der Gutachten als brauchbar bewertet wurden, waren es 2012 bereits 86%.

Klipstein weist darauf hin, dass die Sensibilität für Versicherungsmedizin allgemein erhöht werden muss, des Weiteren die Aus- und Fortbildung noch verstärkt werden muss. Das Ziel ist, Gutachter von Behördenseite nur zuzulassen, wenn sie ein Zertifikat der SIM erlangt haben.

In der Schweiz sind Behörden Auftraggeber für Gutachten. Gerichte verweisen in der Regel auf die Behörden und holen keine eigenen Gutachten ein.

Auch in der Schweiz werden Gutachten häufig hinterfragt. Die sogenannte Unabhängigkeit der Gutachter sei ein Dauerthema.

Klemm weist in der Diskussion darauf hin, dass die Ausbildung der Gutachter mit 5 Modulen ähnlich wie die Ausbildung in Deutschland ist.

TOP B2:

Klemm in Vertretung von Heuberger: Verfahren zur Beeidung ärztlicher Sachverständiger in Österreich

Auch in Österreich ist ein zugelassener Arzt automatisch auch Gutachter.

Ärzte können in die Liste der allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten Sachverständigen eingetragen werden. Voraussetzung ist generell eine Prüfung der Sachkunde, die bei Ärzten allerdings entfällt. Überprüft werden Kenntnisse des Verfahrensrechts, der Abrechnung, der Ausstattung der Praxis, der Abschluss einer Haftpflichtversicherung. Der Eintrag als beeideter Sachverständiger ist 5 Jahre gültig.

Die Zertifizierung ist allerdings nicht verpflichtend, Behörden und Gerichte können auch Ärzte, die nicht zertifiziert sind, beauftragen.

Es wird in einer Wortmeldung darauf hingewiesen, dass die Nachhaftung für Gutachter unbegrenzt ist, und daher die Versicherungsprämien hoch sind.

TOP B3:

Diskussion

Es wird intensiv diskutiert, ob eine derartige Beeidigung auch in Deutschland sinnvoll wäre. Klemm macht darauf aufmerksam, dass bei Gebührenfragen nur die beeideten Sachverständigen befragt werden, nicht die Ärzte.

Ludolph weist darauf hin, dass Ärzte mit der Approbation vereidigt sind.

Es kommt die Frage auf, ob man die SCF nicht als verpflichtend einführen sollte. Es gibt allerdings Ärztekammern, die die SCF nicht in ihrer Weiterbildungsordnung haben und entsprechend auch keine Bescheinigungen ausstellen.

C – Invalidität in der PUV

TOP C1:

Klemm: Vorstellung des Fortschritts bezüglich Erarbeitung neuer Bemessungsgrundlagen in der PUV

Das Delphi-Verfahren mit mehrfacher Verschickung eines Fragebogens bis Konsens erreicht war, wurde erläutert.

Einzelne Ergebnisse der Befragung werden genannt, z.B., dass ein genereller Arthrose-Risikozuschlag oder Prothesenzuschlag nicht zu rechtfertigen ist.

Im Vordergrund stand eine rein funktionelle Betrachtung. Welche Funktion erwartet der durchschnittliche Versicherte von seinem Gelenk? So ist beispielhaft bei einem Schultergelenk der Raum bis 60° bedeutsam, aber nicht der Bewegungsumfang zwischen 120 und 150°.

Experimentell wurde die gebrauchsgünstigste Versteifung definiert. Des Weiteren wurden durch Fixierung mit Cast Versteifungen simuliert und die Limitierungen von versteiftem Schultergelenk mit dem Ellenbogengelenk verglichen. Funktionelle Einschränkungen wurden entsprechend hieraus abgeleitet.