

Minderung der Erwerbsfähigkeit bei BK-bedingten Tumoren der harnableitenden Wege (insbesondere BK 1301, BK 1321)

Wolfgang Schöps, Hans Drexler, Olaf P. Jungmann, Wobbeke Weistenhöfer, Bernd Wullich, Michael Zellner, Klaus Golka

Reduction in earning capacity for BK-related tumours of the lower urinary tract (in particular BK 1301, BK 1321)

The basic MdE for BK-related tumours of the lower urinary tract (in particular BK 1301, BK 1321) takes into account the non-pathological adaptive capacity (psycho-oncological comorbidity) caused by the tumour disease in relation to tumour stage and histopathological grading, as well as short-term, transient sequelae of therapy, such as urinary tract infections and bladder dysfunction. It has proven itself as a qualified rule of thumb for assessing the MdE in tumours of the urinary tract and simplifies the administrative procedure.

doi:10.17147/asu-1-495045

Minderung der Erwerbsfähigkeit bei BK-bedingten Tumoren der harnableitenden Wege (insbesondere 1301, BK 1321)

Die Basis-MdE bei BK-bedingten Tumoren der harnableitenden Wege (insbesondere BK 1301, BK 1321) berücksichtigt die durch die Tumorerkrankung bedingte nicht-pathologische Anpassungsleistung (psychoonkologische Komorbidität) bezogen auf Tumorstadium und histopathologisches Grading sowie kurzfristige, passagere Therapiefolgen, wie zum Beispiel Harnwegsinfektionen und Harnblasenfunktionsstörungen. Sie hat sich für die Einschätzung der MdE bei Tumoren der ableitenden Harnwege als qualifizierter Erfahrungssatz bewährt und vereinfacht das Verwaltungsverfahren.

Einleitung

Bei der gesetzlichen Unfallversicherung richtet sich die Bewertung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) „nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens“ (§56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII). Bei Anerkennung eines Tumors der ableitenden Harnwege, meist als BK 1301 oder 1321, muss anhand der durch die Tumor- und Therapiefolgen bedingten Funktionseinschränkungen eine MdE eingeschätzt werden.

Dabei sind nicht nur die organischen Beschwerden beziehungsweise urologischen Funktionsstörungen, sondern auch die in der Regel nicht-pathologischen, aber durch die Tumorerkrankung bedingten Anpassungsleistungen (psychoonkologische Komorbidität) zu bewerten, die die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz deutlich einschränken können.

Basis-MdE

Im Jahr 1994 stellten Kierfeld und Schöps eine pauschalierte, degressive MdE-Tabelle, genannt Basisbewertungsrichtlinien, zur MdE-



Foto: privat

KONTAKT

**Dr. med.
Wolfgang Schöps**
Am Rehsprung 44
53757 St. Augustin 1

dr.w.schoeps@gmx.de

KERNAUSSAGEN

- Die Basisbewertungsrichtlinien von Kierfeld und Schöps (1994) haben sich für die Einschätzung der MdE bei Tumoren der ableitenden Harnwege als qualifizierte Erfahrungssätze bewährt.
- Mit der aktualisierten Basis-MdE bei BK 1301 und BK 1321 (Schöps et al. 2025) liegt eine überarbeitete Tabelle vor, die Tumorstadium und histopathologisches Grading, kurzfristige, passagere Therapiefolgen und die durch die Tumorerkrankung bedingte nicht-pathologische Anpassungsleistung (psychoonkologische Komorbidität) berücksichtigt.
- Dabei bietet die auf Erfahrung basierende, pauschalierte MdE-Einschätzung der nicht-pathologischen psychoonkologischen Komorbidität für alle Beteiligten Vorteile und vereinfacht das Verwaltungsverfahren.
- Dauerhafte organische Funktionsstörungen, die als Tumor- und Therapiefolgen auftreten können, sind in der Basis-MdE nicht enthalten. Sie müssen zusätzlich bewertet und in der integrierten fachspezifischen MdE berücksichtigt werden.

Koautorin und Koautoren

Prof. (em.) Dr. med. Hans Drexler
Priv.-Doz. Dr. med. Wobbeke Weistenhöfer
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg,
Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin (IPASUM), Erlangen

Olaf P. Jungmann
Urologische Gutachtenpraxis Köln/Bonn

Prof. Dr. med. Bernd Wullich
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg,
Urologische und Kinderurologische Klinik, Uniklinikum Erlangen

Dr. med. Michael Zellner
Abteilung Urologie I Neuro-Urologie, KWA Klinik Stift Rottal, Bad Griesbach

Prof. Dr. med. Klaus Golka
Leibniz-Institut für Arbeitsforschung an der TU Dortmund (IfADO), Dortmund

Tabelle 1: Basis-MdE bei BK-bedingten Tumoren der ableitenden Harnwege ohne Rezidive oder Therapiefolgen (siehe Schöps 2025b)

Tumorstadium	bis 2 Jahre		2–5 Jahre		nach 5 Jahren	
	MdE	Befund	MdE	Befund	MdE	Befund
Stadium 0 Papillom	20 %	Kontrollbedürftiger Befund der Harnblase*, leichte psychische Beeinträchtigung	0 %	Keine psychische Beeinträchtigung	0 %	Keine psychische Beeinträch- tigung
Stadium 0a/I pTa, pT1 NO MO G low grade	50 %	Oberflächlicher Niedrigrisiko-Tumor**, mittelgradige psychische Beeinträchtigung	20 %	Oberflächlicher Niedrigrisiko- Tumor**, leichte psychische Beeinträchtigung	0 %	Keine psychische Beeinträch- tigung
Stadium 0is/0a/I pTis, pTa, pT1 NO MO G high grade	60 %	Oberflächlicher Hochrisiko-Tumor**, mittel- gradige bis schwere psychische Beeinträch- tigung	30 %	Oberflächlicher Hochrisiko- Tumor**, leichte psychische Beeinträchtigung	0 %	Keine psychische Beeinträch- tigung
Stadium II pT2 NO MO G low grade	60 %	Gering muskelinvasiver Niedrigrisiko-Tumor**, mittelgradige bis schwere psychische Beein- trächtigung	40 %	Gering muskelinvasiver Niedrigrisiko-Tumor**, leichte bis mittelgradige psychische Beeinträchtigung	0 %	Keine psychische Beeinträch- tigung
Stadium II pT2 NO MO G high grade	70 %	Gering muskelinvasiver Hochrisiko-Tumor**, schwere psychische Beeinträchtigung	50 %	Gering muskelinvasiver Hoch- risiko-Tumor**, mittelgradige psychische Beeinträchtigung	0 %	Keine psychische Beeinträch- tigung
Stadium III pT3/pT4a NO MO G low grade	70 %	Muskelinvasiver Niedrigrisiko-Tumor**, schwere psychische Beeinträchtigung	50 %	Muskelinvasiver Niedrigrisiko- Tumor**, mittelgradige psychische Beeinträchtigung	20 %	Muskelinvasiver Niedrigrisiko Tumor**, leichte psychische Beeinträchtigung
Stadium III pT3/pT4a NO MO G high grade	80 %	Muskelinvasiver Hochrisiko-Tumor**, schwere bis vollständige psychische Beeinträchtigung	60 %	Muskelinvasiver Hochrisiko- Tumor**, mittelgradige bis schwere psychische Beeinträch- tigung	30 %	Muskelinvasiver Hochrisiko- Tumor**, leichte psychische Beeinträchtigung
Stadium IV pT4b NO MO G high grade jedes pT N1-3 MO G high grade jedes pT jedes N M1 G high grade	100 %	Fortgeschrittener Tumor**, vollständige psychische Beeinträchtigung	80 %	Komplette Remission des Tumors**, schwere bis voll- ständige psychische Beein- trächtigung	60 %	Komplette Remission des Tumors**, mittelgradige bis schwere psychische Beein- trächtigung
	100 %		100 %	Partielle Remission des Tumors**, vollständige psychische Beeinträchtigung	80 %	Partielle Remission des Tumors**, schwere bis vollständige psychische Beeinträchtigung
	100 %		100 %	Keine Remission, „stable disease“ des Tumors**, vollständige psychische Beeinträchtigung	100 %	Keine Remission, „stable disease“ des Tumors**, voll- ständige psychische Beeinträch- tigung

* > Befund der Harnblase, Befund des Harnleiters, Befund des Nierenbeckens, Befund des Nierenkelchs, multifokaler Befund der harnableitenden Wege.

** > Harnblasentumor, Harnleitertumor, Nierenbeckentumor, Nierenkelchtumor, multifokaler Tumor der harnableitenden Wege.

Einschätzung bei BK 1301 (für Tumoren der Harnblase, des Harnleiters und des Nierenbeckens) vor. Diese Basisbewertungsrichtlinien berücksichtigten neben dem Tumorstadium und dem histopathologischen Grading auch den „zeitlichen Ablauf der Erkrankung mit Rezidivneigung“, worunter die nicht pathologische, subklinische leistungsmindernde Anpassungsleistung unter Einbeziehung der typischerweise auftretenden kurzfristigen Belastungen durch die streng getakteten, belastenden Nachsorgeuntersuchungen und die ebenfalls kurzfristigen, passageren Komplikationen, wie zum Beispiel Harnwegsinfektionen und Harnblasenfunktionsstörungen.

Im Jahr 2025 erfolgte unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich weiterentwickelten TNM-Klassifikation¹ und Stadieneinteilung (s. Tabelle 2) eine Überarbeitung der Basisbewertungsrichtlinien (ohne Änderung der MdE-Werte) hin zur Basis-MdE insbesondere bei BK 1301 und der zwischenzeitlich verabschiedeten BK 1321 (→ **Tabelle 1**; Schöps 2025b), um die Anforderungen des Urteils des Bundessozialgerichts (BSG) vom 22.06.2004 (B 2 U 14/03 R, BSG 93, 63) an den Nachweis von MdE-Änderungen bei Krebserkrankungen während der Genesungszeit erfüllen zu können. Nach diesem Urteil sind die Änderungen der zu Beginn der Krebserkrankung ausgeprägteren, nicht-pathologischen, psychoonkologischen Funktionseinschränkungen durch die Anpassung an das Krebsleiden,

die initial zu einer höheren MdE führen und im Verlauf der Erkrankung in der Regel abnehmen, von der Gutachterin oder dem Gutachter entsprechend zu bezeichnen und von der Verwaltung im Bescheid zu benennen (Schöps 2025a).

Die vorliegenden MdE-Werte werden, unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich weiterentwickelten TNM-Klassifikation und Stadieneinteilung, seit nunmehr 30 Jahren von Gutachterinnen und Gutachtern, UV-Trägern und Gerichten verwendet, haben sich bewährt und die Qualität qualifizierter Erfahrungssätze erreicht (z. B. Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg 1994, LSG Rheinland-Pfalz 2003, LSG Niedersachsen-Bremen 2003, Nowak u. Barthelmes 2008; Schöps et al. 2013, 2021, 2025b).

1 Klassifikation maligner Tumore: T: Größe des Primärtumors; N: Fehlen/Vorhandensein von lokalen Lymphknoten; M: Fehlen/Vorhandensein von Fernmetastasen

Tabelle 2: Stadieneinteilung des Harnblasenkarzinoms (AWMF 2025)

Stadium Oa	Ta	N0	M0
Stadium Ois	Tis	N0	M0
Stadium I	T1	N0	M0
Stadium II	T2a, T2b	N0	M0
Stadium III A	T3a, T3b, T4a	N0	M0
	T1, T2, T3, T4a	N1	M0
Stadium III B	T1, T2, T3, T4a	N2, N3	M0
Stadium IV A	T4b	jedes N	M0
	jedes T	jedes N	M1a
Stadium IV B	jedes T	jedes N	M1b

Tumorstadien

Tumorstadien und histopathologisches Grading sowie die Stadieneinteilung (➡ **Tabelle 2**) erfolgen nach der WHO-Klassifikation von 2022 (AWMF 2025; Gaisa et al. 2023).

Organische Tumor- und Therapiefolgen

Die Basis-MdE beinhaltet keine organischen Tumor- und Therapiefolgen, wie zum Beispiel dauernde Inkontinenz, Verlust einer Niere bei Nierenbeckentumor und sexuelle Funktionsstörungen (Schöps et al. 2025a,b). Diese müssen zusätzlich bewertet und in der Gesamt-MdE berücksichtigt werden.

Nicht-pathologische leistungsmindernde Anpassung an das Tumorleiden

Auch wenn bei oberflächlichen Harnblasentumoren nach der Therapie oft keine urologischen Funktionsstörungen auftreten, würde die Einschätzung einer MdE mit 0 v. H. den an Krebs erkrankten Menschen keinesfalls gerecht. Auch wenn zwischenzeitlich Scores zur Abschätzung des Rezidiv- und Progressionsrisikos bei Harnblasentumoren publiziert wurden (Sylvester et al. 2023) und nach dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand eine individuelle Krebserkrankung aufgrund von Tumorentität, Stadium und Aggressionsgrad als prognostisch günstig einzuschätzen ist, bedeutet die Konfrontation mit einer Tumorerkrankung in der Regel trotzdem für die Betroffenen eine existenzielle Krise, die erhebliche Anpassungen erfordert, die sich leistungsmindernd auf die Erwerbsfähigkeit auswirken (Dinkel et al. 2022). Dabei ist zu beachten, dass in der gesetzlichen Unfallversicherung immer der gegenwärtige Zustand von Gesundheitsstörungen, nicht aber Prognosen maßgeblich für die Bewertung der MdE sind (Beickert et al. 2022),

auch wenn teilweise von Gerichten anders entschieden wurde (LSG Baden-Württemberg in HVBG 1995, LSG Baden-Württemberg 1994). Bedingt durch Therapie- und Nachsorgemaßnahmen wie Instillationsbehandlung, Chemotherapie, Bestrahlung und streng getaktete, teilweise belastende Kontrolluntersuchungen werden an einem Tumor Erkrankte wiederkehrend gezwungen, sich mit der gefühlt oder real potenziell lebensbedrohlichen Erkrankung auseinanderzusetzen (Schilling 2017). Funktionsstörungen, wie geändertes Miktionsverhalten, zwingender Harndrang, Harninkontinenz und sexuelle Funktionsstörungen, diagnostische Eingriffe, Therapien sowie deren Auswirkungen auf die körperliche Unversehrtheit und auf das soziale sowie berufliche Umfeld, lösen in vielen Fällen Unsicherheit, Ängste und Gefühle von Überforderung sowie Hilflosigkeit aus, die zu einer in der Regel vorübergehenden leistungsmindernden Anpassungsleistung (in der Literatur als „psychische Komorbidität“ bezeichnet) führen. Deren negative Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit stellt sowohl bei der Wiedereingliederung in das Berufsleben als auch bei der Einschätzung der MdE für Betriebsärztinnen und -ärzte, Gutachterinnen und Gutachter sowie Rechtsanwendende eine Herausforderung dar (Dinkel 2022; Schöps et al. 2024, 2025a,b).

In der Regel ist eine psychiatrische oder psychosomatische Begutachtung dieser nichtpathologischen leistungsmindernden Anpassung an das Tumorleiden nicht erforderlich, sondern kann durch Fachärztinnen und Fachärzte in der Urologie und Arbeitsmedizin im Rahmen ihrer fachübergreifenden Erfahrungen beurteilt und eingeschätzt werden. Pathologische psychische Anpassungsstörungen sollten hingegen fachspezifisch zusatzbegutachtet und die dadurch bedingte MdE bei der Einschätzung der Gesamt-MdE berücksichtigt werden (Schöps et al. 2025a,b).

Bei oberflächlichen Tumoren ohne Rezidiv und Therapie- oder Tumorfolgen bedingen die nicht-pathologischen Anpassungsleistungen in der Regel nur in den ersten beiden Jahren nach der Tumorentfernung eine deutliche Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz, so dass erfahrungsgemäß spätestens nach fünf Jahren Tumorfreiheit keine negativen Auswirkungen auf die Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens mehr zu erwarten und die Versicherten wieder uneingeschränkt leistungsfähig sind. Bei Rezidiven verlängert

sich die Phase der durch die Anpassung verursachten Belastung (Schöps et al. 2025a,b).■

Interessenkonflikt: Das Autorenteam gibt an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Literatur

Dinkel A: Psychische Komorbiditäten bei Krebserkrankungen. In: Letzel S, Nowak D (Hrsg.): Handbuch der Arbeitsmedizin, Kap. D I-2.2.4, 64. Erg.-Lfg. Landsberg: ecomed Medizin, 2022.

Schöps W, Bieresborn D, Dinkel A et al.: Psychische Komorbiditäten bei Tumoren des urologischen Fachgebietes. In: Obermeyer C, Gaidzik PW, Forchert M (Hrsg.): Kursbuch der medizinischen Begutachtung – 3. Erg.-Lfg 8/2024.

Schöps W, Bieresborn D, Böhlig R et al.: Grundlagen der MdE bei Tumoren des urologischen Fachgebietes. In: Obermeyer C, Gaidzik PW, Forchert M (Hrsg.): Kursbuch der medizinischen Begutachtung – 6. Erg.-Lfg 3/2025a.

Schöps W, Bieresborn D, Böhlig R et al.: MdE bei Tumoren der harnableitenden Wege. In: Obermeyer C, Gaidzik PW, Forchert M (Hrsg.): Kursbuch der medizinischen Begutachtung – 6. Erg.-Lfg 3/2025b.


Die vollständige Literaturliste mit allen Quellen kann auf der ASU-Homepage beim Beitrag eingesehen werden (asu-arbeitsmedizin.com).

ONLINE-QUELLEN

AWMF Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms, Langversion 3.0, 2025, AWMF-Registernummer: 032-0380L
<https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/harnblasenkarzinom/>



Beickert R, Bischof M, Forchert M, Wich M: Die Begutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung Kurs I. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (Hrsg.) 2022
https://www.dguv.de/meldien/landesverbaende/de/veranstaltung/d_veranst/documents/die-begutachtung-in-der-gesetzlichen-unfallversicherung-kurs-i-2022-12.pdf



Schöps W: MdE-Einschätzung bei beruflich bedingtem Harnblasenkarzinom. DGAUM-Online-Workshop „Expositionsabschätzung für das Harnblasenkrebsrisiko durch aromatische Amine“ im Rahmen des FB 286 der DGUV am 05.03.2021
https://www.ipasum.med.fau.de/files/2021/03/6_workshop_bk1301_schoeps_mde.pdf

