

Die Begutachtung der Rotatorenmanschettenruptur im sozialgerichtlichen Verfahren – eine Zusammenarbeit von Richter und medizinischem Sachverständigen

Dr. med Hepp, Orthopädisches Forschungsinstitut Stuttgart, (OFI)
Königstrasse 26

70173 Stuttgart

Gunther Lambert, Vorsitzender Richter am Landessozialgericht Baden-
Württemberg,

Hauffstr. 5, 70190 Stuttgart

Zusammenfassung

Medizinische Begutachtung im sozialgerichtlichen Verfahren ist eine interdisziplinäre Herausforderung. Juristen müssen letztlich Entscheidungen fällen in Rechtsstreitigkeiten, in denen es um Gesundheit, Krankheit, Schmerz und Funktionsstörungen geht. Mediziner werden mit Begriffen wie Beweislast, Kausalitätsprüfung und Wesentlichkeit konfrontiert. Nur wenn Juristen und Mediziner bereit sind, voneinander zu lernen, können sie sich gegenseitig verstehen und unterstützen.

Am Beispiel der Rotatorenmanschettenruptur soll das interdisziplinäre Zusammenspiel von Jurist und Mediziner erläutert werden unter besonderer Berücksichtigung der Aufgabenverteilung.

Schlüsselwörter: Rotatorenmanschettenruptur, Kausalitätsprüfung, Sozialrecht

Einleitung

Die sozialmedizinische Begutachtung gleicht mitunter dem Versuch

eines Blinden, einem Tauben mit wohlgesetzten Worten die Goethe'sche Farbenlehre zu erläutern. Obwohl sie formal Bestandteil einer jeden Facharztausbildung ist, kommen die wenigsten Mediziner in den Genuss einer strukturierten Ausbildung in medizinischer Begutachtung. Die Juristen wiederum erhalten in der Regel nicht das nötige Rüstzeug, um die Sprache der Mediziner problemlos zu verstehen.

An diesem für beide Seiten gleichermaßen unbefriedigenden Zustand kann sich nur dann etwas ändern, wenn der Dialog zwischen Medizinern und Juristen intensiviert und strukturiert wird.

Medizinische Gutachten über Rotatorenmanschettenrupturen in Rechtsstreitigkeiten aus dem Gebiet der gesetzlichen Unfallversicherung sind aus Sicht der Richter oft unbefriedigend. Die medizinischen Sachverständigen schreiben über „Schadensanlagen“, „geeignete und ungeeignete Unfallmechanismen“ und „Schadensbilder“ oft ohne im Vorfeld fundamentale sozialrechtliche Prinzipien verinnerlicht zu haben. Die Richter wiederum stehen vor dem Problem, Beweisfragen formulieren zu müssen, ohne das komplexe Krankheitsgeschehen hinreichend zu durchschauen.

Im schlimmsten Fall erhält der Jurist ein 30-seitiges Gutachten, in dem er die Antworten auf seine Fragen nicht findet, weil der Mediziner die juristischen Fragen und Probleme nicht verstanden hat, und der Mediziner wird mit ständig neuen Nachfragen und Bitten um ergänzende Stellungnahmen konfrontiert, obwohl er längst der Meinung ist, alles Wesentliche gesagt zu haben.

Das Dilemma lässt sich nur lösen, wenn sich beide Seiten aufeinander zubewegen. Dabei darf nicht übersehen werden, dass der Richter als Auftraggeber des Gutachtens die Spielregeln vorgibt, nach denen sich der medizinische Sachverständige zu richten hat, und gelegentlich auch

Fragen stellen muss, die der Sachverständige in Ermangelung von Erkenntnissen seiner Wissenschaft nicht beantworten kann.

In sozialgerichtlichen Verfahren stellt die Rotatorenmanschettenruptur vor allem im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung und dort bei der **Kausalitätsprüfung** den Richter vor Probleme. Gesundheitsstörungen können nur als Unfallfolgen¹ festgestellt und entschädigt werden, wenn sie mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf ein versichertes Ereignis zurückzuführen sind, wenn also bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalles mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang spricht, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist.

Dabei ist allein die Tatsache, dass erstmals nach einem Unfall eine Rotatorenmanschettenruptur diagnostiziert wird, keine ausreichende Begründung für einen ursächlichen Zusammenhang.

Medizinische Grundlagen

Die Rotatorenmanschette ist eine breite Sehnenplatte, die den Oberarmkopf nach vorne, nach oben und nach hinten überdeckt. Sie fasst die Sehnen der Schulterblattmuskeln (M. supraspinatus = oberer Grätenmuskel, M. infraspinatus = unterer Grätenmuskel, M. teres minor = kleiner Rundmuskel und M. subscapularis = Unterschulterblattmuskel) zusammen. Funktionell zugehörig zur Rotatorenmanschette ist auch die lange Bizepssehne.

Jede Sehne kann man sich als eine Art Kabelstrang vorstellen, wie ein

¹ Eine Entschädigung von Funktionsstörungen im Bereich der Rotatorenmanschette aufgrund langer beruflicher Belastung ist gesetzlich nicht vorgesehen (keine Berufskrankheit); nur Folgen von Arbeitsunfällen (= ein von außen auf den Körper einwirkendes, zeitlich auf eine Arbeitsschicht begrenztes Ereignis) können entschädigt werden.

Drahtseil, natürlich nicht aus Metall, sondern aus Bindegewebe (Eiweiß). Mit zunehmendem Alter zeigt die Rotatorenmanschette statistisch gehäuft Verschleißerscheinungen – die Sehnenplatte wird brüchiger, es kommt unter Belastung und auch spontan zu mehr oder weniger großen Einrissen, d.h. einzelne Kabel oder ganze Kabelstränge reißen ein. Größere Einrisse der Rotatorenmanschette führen zu einer deutlichen Störung der Biomechanik des Schultergelenks und langfristig (auf Sicht von Jahren) entsteht daraus nicht selten eine zunehmende Arthrose des Schultergelenks.

Das alternde Sehngewebe kann man sich wie ein Segeltuch vorstellen, das jahrelang Wind und Wetter ausgesetzt war: Bei fortgeschrittenem Verschleiß reißt es selbst bei geringer Belastung (kleiner Windstoß) ein. Bei geringem Verschleiß dagegen ist ein schon ein richtiger Sturm erforderlich, um das Gewebe zu zerreißen.

Der Riss kann nur wenige Fasern umfassen, so dass er kaum sichtbar ist und das Segel weiter gebrauchsfähig ist. Er kann aber auch zu einem großen Loch führen, so dass das Segel nutzlos wird.

Im Unterschied zum Segel ist die Rotatorenmanschette allerdings relativ dick. Es gibt häufig kleinere Risse, die nur die Ober- oder Unterfläche der Sehnenplatte betreffen und nicht zu einem durchgängigen Loch führen.

Ein Riss ist also kein „Schwarz-Weiß-Phänomen“, es gibt unendlich viele Zwischentöne zwischen einer intakten Sehne und einer durchgängigen Zerreißung aller Schichten (eine vollständige Zerreißung aller Sehnenanteile ist in der Praxis nicht zu erwarten, selbst bei großen durchgängigen Rissen bleiben meist einige Sehnenanteile intakt.).

Anmerkung: seit mehr als einem Jahrzehnt wird in der Gutachtenliteratur gefordert, bei Einrissen der Rotatorenmanschette, die ohne äußeres

Unfallereignis aufgrund zunehmenden Verschleißes auftreten, von einem „Rotatorenmanschettendefekt“ und nicht von einem „Riss“ zu sprechen. Diese Nomenklatur hat sich aber besonders bei behandelnden Ärzten bislang nicht durchgesetzt, da sie ja voraussetzt, dass eine entsprechende gutachterliche Würdigung bereits abgeschlossen ist.

Prinzipiell kann man Risse in der Rotatorenmanschette strukturell nach folgenden Kriterien einteilen (z.B. nach Snyder):

- a) Tiefe des Risses (Umfasst der Riss alle Schichten der Sehne und führt zu einem durchgängigen Loch oder umfasst er nur einzelne Schichten und führt zu einer Ausdünnung?)
- b) Verlaufsform des Risses (Handelt es sich um einen Längsriss, parallel zu Faserverlauf, oder um einen Querriss oder um eine Kombination?).
- c) Größe des Risses (z.B. kleiner als 1 cm oder größer als 3 cm?)

Hierbei muss berücksichtigt werden, dass strukturelle Parameter nicht klar mit Funktionsstörungen korrelieren: Ein kleiner Riss kann relativ große Beschwerden verursachen und ein großer Riss kann ohne wesentliche Schmerzen einhergehen!

Darüber hinaus muss klar zwischen Funktionsstörungen aufgrund von „Schmerz“ und Funktionsstörungen aufgrund von „reduzierter biomechanischer Belastbarkeit“ unterschieden werden: Ein großer durchgängiger Riss bei einem älteren Menschen kann, muss aber nicht, zu Schmerzen führen. Er führt aber zu einer deutlichen Beeinträchtigung der „biomechanischen Belastbarkeit“ der betroffenen Schulter. Der betroffene Arm kann üblicherweise nicht mehr aktiv über die Horizontale

hinaus angebeugt oder abgespreizt werden. Selbst wenn der Arm passiv (z.B. durch einen Untersucher) nach oben geführt wird, kann der betroffene Arm allenfalls ohne zusätzliche Belastungen in dieser Haltung stabilisiert werden. Überkopfarbeiten sind nicht möglich, da sowohl die Kraft, wie die Geschicklichkeit, dazu fehlen.

Ein kleiner schmerzhafter Riss dagegen beeinträchtigt die biomechanische Belastbarkeit der Rotatorenmanschette nicht wesentlich. Trotzdem kommt es auch hier meist zu ausgeprägten Störungen der „biomechanischen Funktion“ der Schulter:

Das Schultergelenk ist sehr beweglich und verfügt nur über eine sehr geringe „passive Stabilität“ durch die Form der knöchernen Gelenkpartner. Die Schulterstabilität ist daher in sehr hohem Maße auf stabilisierende Wirkung der regionalen Muskulatur angewiesen. Diese Steuerung der Muskulatur ist hochkompliziert. Viele Millionen von Muskelfasern müssen ständig vom zentralen Nervensystem („ZNS“ - Rückenmark, Gehirn) Informationen erhalten, wie sie sich verhalten sollen: Sollen sie sich zusammenziehen oder entspannen? Sollen sie schnell oder langsam agieren?

Das ZNS hat für die üblichen Standardsituationen fertige Bewegungsprogramme „auf Lager“. Diese Standardprogramme, die im Kindesalter erlernt werden, müssen aber an jede konkrete Situation angepasst werden. Dazu senden Millionen von Messfühlern in den Bändern, Gelenkkapseln, Muskeln und Sehnen Informationen an das ZNS. Dort werden die Standardprogramme dann an die Einzelsituation angepasst. Ein kleines Beispiel: Eine Sekretärin holt einen Ordner über Kopf aus einem Regal. Dazu wird ein Standardprogramm abgerufen, wie es täglich mehrmals für solche Tätigkeiten benutzt wird. Diesmal aber hat sich die Sekretärin verschätzt. Der Ordner ist schwerer als erwartet. Kurzzeitig sinkt der Oberarm nach unten. Dann aber erhält das

ZNS die Informationen über den ungewöhnlichen Bewegungsablauf und reagiert. Einige Muskeln erhalten den Befehl, mehr Kraft aufzubauen und schon stabilisiert sich der Oberarm. Innerhalb von einer Sekunde müssen dazu viele Millionen von Rechenoperationen für viele Millionen Muskelfasern durchgeführt werden! Was einfach aussieht, ist ein hochkomplexer Vorgang – der natürlich störanfällig ist. Ein kleiner oberflächlicher Riss der Rotatorenmanschette kann (muss nicht) zu einer massiven Störung dieser komplexen Software führen und damit die „biomechanische Funktion“ der betroffenen Schulter massiv stören.

In der Regel führen Risse in der Rotatorenmanschette, ob groß oder klein, zu Zerreißen lokaler Nervenfasern. Dies führt dann zu „akuten Schmerzen“. Nur wenn das Gewebe völlig degeneriert (verschlissen) ist, kann es sein, dass auch kaum noch lokale Nervenfasern vorhanden sind, der Riss ist dann schmerzarm oder sogar schmerzfrei.

In der Regel führt aber ein „akuter“ Riss zu akuten Schmerzen.

Diese Schmerzen können mitunter nach wenigen Wochen abklingen oder sie dauern monatelang oder gar jahrelang an.

Chronische Schmerzen (vereinfacht Schmerzen, die länger als drei Monate andauern) entstehen oft dann, wenn sich im Zusammenhang mit dem Riss eine chronische lokale Entzündung einstellt. Maßnahmen, die die lokale Entzündung dämpfen (entzündungshemmende Schmerzmittel, Cortison), lindern den Schmerz. Darüber hinaus spielen aber auch sekundäre Störungen in der Region (Blockierungen der Hals- und Brustwirbelsäule und Verspannungen der lokalen Muskulatur, „Myogelosen“) eine wichtige Rolle bei der Entstehung chronischer Schmerzen. Diese Probleme können durch gezielte Physiotherapie erfolgreich behandelt werden. Kybernetisch gesprochen greift der Softwarefehler der Schulter im Zusammenhang mit dem Riss auf die Software der benachbarten Strukturen (z.B. Wirbelsäule) über. Eine

reine Entzündungshemmung z.B. durch Cortisoninjektionen ist daher meist nicht dauerhaft hilfreich.

Wenn es gelingt, die lokale Entzündung und die „lokalen Softwareprobleme“ dauerhaft zu beseitigen, können kleine Risse der Rotatorenmanschette kompensiert und eine normale Funktion der Schulter wiedererlangt werden, ohne dass der Riss verschlossen werden muss. Große durchgängige Risse verursachen nach der erfolgreichen Behandlung der lokalen Entzündung vielleicht keine Schmerzen mehr, die „biomechanische Funktion“ der Schulter bleibt aber dauerhaft gestört, solange der Riss nicht operativ verschlossen wird. Darüber hinaus wird durch einen unverschlossenen großen Riss eine Schulterarthrose begünstigt.

Juristische Grundlagen

Aus juristischer Sicht ist der Versicherte in seinem, auch degenerativen, Zustand versichert. Unfallunabhängige degenerative Vorschäden einschließlich vorhandener Läsionen bedeuten deshalb grundsätzlich nicht den Verlust des Versicherungsschutzes, zumal die ihre Entschädigung vor Gericht einklagenden Versicherten - meist glaubhaft oder durch die spätere Sachaufklärung bestätigt - nahezu immer behaupten, vor dem Unfallereignis beschwerdefrei und nicht funktionseingeschränkt gewesen zu sein. Dementsprechend darf sich die Kausalitätsprüfung nicht auf die Analyse des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Unfall und Läsion beschränken, sondern muss - was meist unterbleibt - auch die nach dem Unfall aufgetretenen und häufig seither bestehenden Beschwerden erfassen, auch und gerade dann, wenn von einer vorbestehenden Ruptur ausgegangen wird.

Rechtlich hat die Kausalitätsprüfung nach der **Theorie der wesentlichen Bedingungen** zu erfolgen. Danach werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (BSG, Urteil vom 09.05.2006, B 2 U 1/05 R in SozR 4-2700 § 8 Nr. 17). Gesichtspunkte für die Beurteilung dieser besonderen Beziehung sind (BSG, Urteil vom 09.05.2006, a.a.O.) neben der versicherten Ursache bzw. dem Ereignis als solchem, einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, die konkurrierende Ursache unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens – aber eine Ursache ist nicht deswegen wesentlich, weil sie die letzte war -, weiterhin Rückschlüsse aus dem Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, den Befunden und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie der gesamten Krankengeschichte. In der praktischen Anwendung sollte der Sachverständige den Entscheidungsprozess des Gerichts formal wie inhaltlich dadurch erleichtern, dass er sich an dem von der Theorie der wesentlichen Bedingung vorgegebenen Stufenkonzept (BSG, Urteil vom 12.04.2005, B 2 U 27/04 R in SozR 4-2700 § 8 Nr. 15) orientiert. Dieses Stufenkonzept hat allerdings noch nicht überall Eingang in die unfallmedizinische Literatur gefunden, sodass manche Literatur hinsichtlich der Kausalitätsbeurteilung nur eingeschränkt verwertbar ist.

Das Stufenkonzept

1. Stufe: Klärung des naturwissenschaftlichen Zusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden = **Conditio sine qua non**

1. Stufe aus juristischer Sicht:

Es ist in einem **ersten Schritt** zu klären, ob der Gesundheitsschaden - zunächst also der nach dem Unfall festgestellte Defekt an der Rotatorenmanschette - auch ohne das Unfallereignis wahrscheinlich bestehen würde (Klärung des naturwissenschaftlichen Zusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden = **Conditio sine qua non**: Kann das Unfallereignis hinweggedacht werden, ohne dass der Gesundheitsschaden entfällt?). Wenn also nach einem Unfallereignis ein Strukturdefekt der Rotatorenmanschette nachgewiesen wurde, gehört es somit zu den Pflichten des Sachverständigen zu prüfen, inwieweit das Unfallereignis einen Strukturschaden der Rotatorenmanschette verursacht oder verschlimmert hat.

1. Stufe aus medizinischer Sicht:

Auf dieser Stufe müssen **aus medizinischer Sicht folgende Fragen** beantwortet werden:

- a) Wie war der Zustand der Rotatorenmanschette vor dem Unfallereignis? Gab es einen „Vorschaden“? Wenn ja, wo und wie groß?

Zum **direkten Nachweis** eines solchen Rotatorenmanschettensvorschadens eignen sich z.B. **Ultraschalluntersuchungen** oder **Kernspintomographien**, die vor dem Unfallereignis stattgefunden haben. Diese Methoden können (ähnlich wie gegebenenfalls ein **Operationsbefund vor dem Unfall**) positiv und eindeutig entsprechende Strukturschäden der

Rotatorenmanschette vor dem Unfallereignis nachweisen. In der gutachterlichen Praxis ist es allerdings eher die Ausnahme als die Regel, dass entsprechende Untersuchungen **vor** dem Unfallereignis durchgeführt wurden.

In diesem Fall muss gegebenenfalls auf **indirekte Anzeichen** einer strukturellen Rotatorenmanschettenschädigung zurückgegriffen werden – hier eignen sich z.B. der radiologische Nachweis eines **Oberarmkopfhochstandes** unmittelbar nach dem Unfallereignis (nach gängiger gutachterlicher Meinung entwickelt sich ein solcher Oberarmkopfhochstand nach einer Teilerreißung der Rotatorenmanschette nicht innerhalb von Stunden oder wenigen Tagen, sondern innerhalb von Wochen bis Monaten – Loew et al., 1999). Problem: Die Position des Oberarmkopfes auf einem Röntgenbild hängt u.a. auch von der Einstelltechnik ab. Eine falsche Einstelltechnik kann einen diskreten Oberarmkopfhochstand vortäuschen. Darüber hinaus ist die Analyse des Röntgenbildes fehleranfällig, da es keine fehlerfreie Festlegung der Messpunkte gibt. Schließlich hängt die Position des Oberarmkopfes vom Muskelspannungszustand ab. In Einzelfällen mag dieses radiologische Zeichen also hilfreich sein, es sollte aber kritisch eingesetzt werden.

Aussagekräftig ist auch der Nachweis einer erkennbaren **deutlichen Verschmächtigung der Schulterblattmuskulatur**, besonders Mm. supraspinatus et infraspinatus unmittelbar nach dem Unfall (zuverlässiger ärztlicher Erstbefund). Eine solche Muskelverschmächtigung stellt sich innerhalb von Wochen bis Monaten, nicht Stunden oder Tagen, ein. Wenn also bereits ein bis zwei Tage nach dem Unfallereignis eine deutliche

Verschmächtigung der Muskulatur beschrieben wird, kann mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer unfallunabhängigen Vorschädigung ausgegangen werden.

Zwar gibt es auch andere mögliche Ursachen für eine solche Verschmächtigung (z. B. Schultergelenksarthrose = Omarthrose oder eine chronisch entzündliche Schultererkrankung oder eine Infektion oder ein Tumor), all diese Erkrankungen sind aber im Vergleich zur Rotatorenmanschettenruptur selten und lassen sich darüber hinaus im Rahmen der radiologischen Diagnostik davon abgrenzen.

Vergleichbar mit dem klinischen Bild der Muskelverschmächtigung bei der körperlichen Untersuchung ist die Aussagekraft des **kernspintomografischen Bildes** der Muskulatur. Auch im Kernspintomogramm lässt sich eine solche **Muskelverschmächtigung** nachweisen. Zusätzlich finden sich ggf. noch Signaländerungen in der Binnenstruktur der Muskulatur, die auf eine **Muskelverfettung**² hinweisen. Sowohl die Muskelverschmächtigung wie auch die Muskelverfettung weisen im Kernspintomogramm auf eine ältere Rissbildung (Wochen bis Monate alt) hin.

Der Nachweis von **Knochenzysten im Tuberculum maius** oder der Nachweis vermehrter **Sklerosierungen** in dieser Region kann allenfalls als Hinweis auf chronisch degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschette (also eine „Schadensanlage“) gewertet

² Fetteinlagerungen in Gewebezellen, wie z.B. Muskel- oder Leberzellen, sind ein Zeichen einer Gewebsschädigung, z.B. durch Sauerstoffmangel oder durch Zellgifte o.a. Eine Leberverfettung findet sich z.B. bei Alkoholikern, aber auch bei schlecht eingestellten Diabetikern. Die Muskelverfettung weist darauf hin, dass der Muskel seit Wochen nicht mehr normal benutzt wird (z.B. weil der durch einen Sehnenriß den Kontakt zu „seinem Knochen“ verloren hat).

werden – solche radiologischen Befunde **belegen aber keine Rissbildung** der Rotatorenmanschette!

Auch der Nachweis einer verstärkten **Krümmung des knöchernen Schulterdachs** (Acromion Typ III nach Bigliani) belegt keinen Substanzdefekt der Rotatorenmanschette vor dem Unfall. Gleiches gilt für den Nachweis von **osteophytären Ausziehungen am Schulterreckgelenk**. Zwar erscheint es prinzipiell nachvollziehbar, dass solche anatomischen Varianten zu einer Einengung des Verkehrsraums der Rotatorenmanschette führen können(!), der Einfluss dieser Faktoren ist aber aus gutachterlicher Sicht nicht zuverlässig zu abschätzen. Keinesfalls können solche Veränderungen als überzeugender Hinweis auf einen strukturellen Vorschaden der Rotatorenmanschette herangezogen werden!

Neben in der Regel nicht zur Verfügung stehenden bildgebenden Voruntersuchungen und den dargestellten Ersatzkriterien (Oberarmkopfhochstand im Röntgenbild zeitnah zum Unfall, beziehungsweise erkennbare Muskelverschmächtigung/-verfettung unfallnah) eignen sich gegebenenfalls noch die **Aussagen des (gutachterlich erfahrenen) Operateurs**, um „alte Sehnenschäden“ von „frischen Sehnenschäden“ zu unterscheiden. Mit Einschränkungen können auch Beschreibungen der Sehnenränder zur Abgrenzung beitragen. Fransige Ränder deuten eher auf einen frischen (Zusatz)Schaden, abgerundete wulstige Ränder auf einen alten Riss.

Der **Auszug des Krankenkassenregisters** zu früheren Arbeitsunfähigkeitszeiten hilft meist nicht weiter, da die dokumentierten Zeiten selten mit einer zuverlässigen und präzisen Diagnose unterlegt sind. In jedem Fall aber sollten vor dem

Arbeitsunfall liegende Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen Schulterbeschwerden vom Unfallversicherungsträger bzw. dem Gericht zum Anlass genommen werden, weitere Informationen einzuholen. Im Übrigen belegt ein „leeres“ Vorerkrankungsverzeichnis über Arbeitsunfähigkeit keine Beschwerdefreiheit, denn Schulterbeschwerden gehen nicht zwingend mit Arbeitsunfähigkeit einher.

- b) Welche Hinweise gibt es, die für eine strukturelle Schädigung der Rotatorenmanschette (zumindest i. S. einer Vergrößerung) im Zeitpunkt des Unfallereignisses sprechen und welche Umstände sprechen dagegen?

Zu klären ist dabei auch, ob die Rotatorenmanschette durch das Unfallereignis überhaupt beeinflusst wurde. Dies ist die Frage nach dem so genannten **geeigneten Unfallereignis** und beurteilt sich nach den vom Sachverständigen darzustellenden anatomisch-biomechanischen Verhältnissen einerseits und dem - soweit bekannt - Unfallhergang andererseits. Ist der Unfallhergang nicht (hinreichend) bekannt, können aus diesem Aspekt keine Schlüsse gezogen werden. Keine Rolle spielen an dieser Stelle der Prüfung etwaige Vorschäden. Eine Verquickung von naturwissenschaftlicher Kausalität, die zur ersten Stufe der Kausalitätsprüfung gehört, und Fragen der Wesentlichkeit, die zur zweiten Stufe der Kausalitätsprüfung gehören und wo die Vorschäden eine Rolle spielen, ist aus juristischer Sicht also nicht zulässig. Dies wird in der derzeitigen unfallmedizinischen Literatur nicht immer beachtet! Ohnehin wäre das Argument, die Vorschäden zeigten (je nach Ausmaß), dass der innere Zerfall der Rotatorenmanschette schon eingesetzt hat und unabhängig vom Unfall ohnehin fortgeschritten

wäre, unzutreffend, weil es keine fiktive überholende Kausalität gibt. Der Nachweis eines Unfallereignisses bzw. seines konkreten Geschehensablaufes ist nicht eine primäre Aufgabe des medizinischen Sachverständigen. Hier sind zunächst der Verunglückte, sein Arbeitgeber, der Unfallversicherungsträger und ggf. das Gericht gefordert, entsprechende Informationen zu dokumentieren. Auch die möglichst umfassende Dokumentation der erstbehandelnden Ärzte ist wichtig. Der medizinische Sachverständige sollte aber alle Informationen zum Unfallablauf sammeln und auf Unstimmigkeiten und Widersprüche hin untersuchen, um ggf. dem Gericht entsprechende Hinweise zu geben. Anhand solcher Informationen sollte er versuchen, die biomechanische Belastung für die Schulter und die Rotatorenmanschette zu analysieren. Selbst im Idealfall sind dabei nur grobe Aussagen möglich, z.B. ob das Ausmaß der einwirkenden Kraft eher groß oder eher klein war und welche Anteile der Rotatorenmanschette mutmaßlich belastet wurden.

Nach einem traumatischen Riss der Rotatorenmanschette wird erwartet, dass die Betroffenen rasch eine ausgeprägte Schmerz- und Funktionsstörung entwickeln und zeitnah ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Selbstverständlich darf aber nicht ignoriert werden, dass das **Verhalten nach einem Unfall** nicht nur von Art und Umfang des Unfalls, sondern auch von der Persönlichkeit des Betroffenen abhängt: Indolente Patienten reagieren anders als sensible. Immerhin lassen sich dann aber möglicherweise aus Angaben des Versicherten zu seinem weiteren Verhalten Rückschlüsse ziehen. Wenn ein Geschädigter nicht unfallnah zu einem Arzt geht, kann dies auf seine Indolenz hinweisen, schließt also einen juristisch bedeutsamen Unfallschaden nicht sicher aus.

Wenn er einen Arzt aufsucht, kann dies Ausdruck seiner inneren - möglicherweise völlig unbegründeten - Ängste, sich verletzt haben zu können, sein.

Die **unfallnahe ärztliche Untersuchung** kann in vielen Fällen bei der Frage nach einer unfallbedingten Rotatorenmanschettenschädigung weiterhelfen: Zu diesem Zeitpunkt ist die Anamnese in der Regel noch zuverlässiger – vorausgesetzt es wird eine aussagekräftige Unfallanamnese erhoben. Die Beschreibung des Ausmaßes und der Art objektiver Verletzungszeichen lässt grobe Rückschlüsse auf Art und Umfang der Unfallbelastung zu. So finden sich oft Prellmarken oder Hautabschürfungen, die einen Hinweis geben auf den Einwirkungsort und die Art der Belastung durch den Unfall. Solche Umstände lassen auch eine Prüfung der Unfallschilderung des Versicherten auf Plausibilität zu.

Die Rissbildung in der Sehne selbst äußert sich laut Gutachterliteratur klassischerweise in einem so genannten „drop-arm-Phänomen“ – d.h. der Arm kann nicht in Abspreizung aktiv gehalten werden. Hier muss allerdings kritisch angemerkt werden, dass ein klassisches „drop-arm-Phänomen“ nur bei großen durchgängigen Rissen zu erwarten ist. In der Literatur finden sich Angaben über eine Sensitivität von ca. 25% und einer Spezifität von ca. 90%. Das bedeutet: Wenn das Zeichen positiv ist, deutet es mit 90%iger Wahrscheinlichkeit auf eine größere Rissbildung der Rotatorenmanschette hin, 10% der positiv Getesteten haben keine größere Ruptur. Aber: nur 25% der Rupturen werden dadurch erkannt, 75% entziehen sich dem Nachweis durch diesen Test!

Geeignete bildgebende Verfahren und/oder ein aussagekräftiger Operationsbericht können in der Regel nicht nur zweifelsfrei einen möglichen **strukturellen Schaden der Rotatorenmanschette nach dem Unfall** nachweisen. Vielmehr können sie oft Hinweise auf das Alter einer Rotatorenmanschettenruptur liefern. Eine **Signalveränderung im Oberarmknochen** (sog. **“bone bruise“**) deutet auf einen akuten unfallbedingten Schaden hin. Das Fehlen dieses Zeichens beweist aber nicht den unfallunabhängigen degenerativen Sehnen Schaden.

Frische Einblutungen deuten auf eine akute (Zusatz)Verletzung hin. Mit Einschränkungen können auch Beschreibungen der Sehnenränder zur Abgrenzung beitragen. Fransige Ränder deuten eher auf einen frischen (Zusatz)schaden. Dies setzt natürlich voraus, dass die Operation innerhalb von 10 bis 14 Tagen nach dem Unfallereignis durchgeführt wird. Die **feingeweblichen Untersuchungsergebnisse** (Histologie) sind ebenfalls nur unter zwei Bedingungen aussagekräftig: Unfallnahe Gewebeentnahme und Beurteilung durch einen diesbezüglich erfahrenen Pathologen.

- c) Aus medizinisch-gutachterlicher Sicht muss auch die Möglichkeit berücksichtigt werden, dass ein Unfall einen nachgewiesenen **Vorschaden** der Sehne **vergrößert hat** (und damit ggf. die Funktionsstörung erst hervorgerufen oder zu einer richtungsweisenden Verschlechterung einer vorbestehenden Schulterfunktionsstörung geführt hat).

2. Stufe: Frage der Wesentlichkeit

2. Stufe aus juristischer Sicht:

Erst wenn der naturwissenschaftliche Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden, zunächst also der Ruptur oder der Vergrößerung einer vorbestehenden Ruptur, mit Wahrscheinlichkeit zu bejahen ist, ist in einem **zweiten Schritt** zu prüfen, ob das versicherte **Unfallereignis** für den Gesundheitsschaden **wesentlich** war. Hierbei handelt es sich um eine wertende (BSG, Urteil vom 09.05.2006, a.a.O.) und deshalb allein vom Rechtsanwender, im sozialgerichtlichen Verfahren also **vom Richter und damit nicht vom Sachverständigen, zu treffende Entscheidung!** Der medizinische Sachverständige liefert hierzu allerdings die für die Entscheidung unentbehrlichen medizinischen Tatsachen.

Zu beachten ist, dass es mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben kann. Sozialrechtlich ist allein maßgebend, ob (auch) das Unfallereignis wesentlich war. Dann ist die Kausalität zu bejahen. Ob eine konkurrierende Ursache - hierzu gehören auch vorbestehende degenerative Veränderungen als innere Ursache - wesentlich war, ist unerheblich. Der Nachweis degenerativer Veränderungen entbindet also keinesfalls davon, diese Prüfung im konkreten Einzelfall durchzuführen.

„**Wesentlich**“ ist somit **nicht gleichzusetzen mit gleichwertig oder annähernd gleichwertig** (BSG, Urteil vom 09.05.2006, a.a.O.). Ein **häufiger Fehler** in der Beurteilung ist es, an dieser Stelle auf das Überwiegen der degenerativen Ursache abzustellen und damit einen Kausalzusammenhang zu verneinen. Auch eine nicht annähernd gleichwertige sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende versicherte Ursache (hier also der Arbeitsunfall) kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange keine andere Ursache (hier also die degenerativen Veränderungen) überragende Bedeutung hat. Für diese Ursachenkonkurrenz des Arbeitsunfalls mit einer

vorbestehenden Krankheitsanlage - egal ob bislang stumm oder als Vorschaden manifest, weshalb auch frühere Beschwerden kein „Totschlagargument“ gegen einen Ursachenzusammenhang mit dem Arbeitsunfall sind - kommt es maßgeblich darauf an, ob ein anderes alltägliches Ereignis zu derselben Zeit dieselben Erscheinungen ausgelöst hätte (Ruptur mit darauf beruhenden Schmerzen, Funktionsstörungen) bzw. ob die Erscheinungen auch ohne äußere Einwirkung zu diesem Zeitpunkt aufgetreten wären.

Dabei ist die **Frage nach der Qualität des alltäglichen Ereignisses eine Rechtsfrage**, ihre **Beantwortung darf ausschließlich durch das Gericht** erfolgen, nicht durch den Sachverständigen. Bislang existiert allerdings kaum Rechtsprechung zur Qualität des alltäglichen Ereignisses. Das Bundessozialgericht (BSG, Urteil vom 04.12.1991, 2 RU 14/91) geht bei internistischen Störungen (im konkreten Fall Herztod nach Verkehrsunfall) davon aus, dass dem Unfallereignis dann die Qualität einer Gelegenheitsursache zukommt, wenn der Versicherte auch nicht mehr in geringem Umfang belastbar war. Überträgt man dies auf das orthopädische Fachgebiet, liegt ein alltägliches Ereignis nur dann vor, wenn die Grenzen einer geringen, und damit weniger als leichten (physiologischen) Belastung nicht überschritten werden. Dies bedeutet zugleich, dass ein alltägliches Ereignis nicht allgemein im Sinne einer Gewichtsbelastung definiert werden kann. Die Belastung muss die individuelle Belastbarkeit der betroffenen Struktur (in diesem Fall der Rotatorenmanschette) beachten. Zu denken wäre für die Rotatorenmanschette etwa an das Aufhängen von Wäsche oder Spontanbewegungen bei Ballsportarten, wobei nähere Details durch die künftige Rechtsprechung erst noch geklärt werden müssen.

Mit der Wendung „zu derselben Zeit“ ist nicht ein bestimmter Zeitraum

gemeint. Der in der Literatur angesprochenen Jahresgrenze (Schönberger, Mehrrens, Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, Anm. 1.3.6.2 = S. 81) hat das Bundessozialgericht jedenfalls eine Absage erteilt (BSG, Urteil vom 27.10.1987, 2 RU 35/87 in SozR 2200 § 589 Nr. 10). Andererseits soll auch nicht erforderlich sein, dass der Erfolg genau im selben Zeitpunkt ohne Unfall eingetreten wäre (BSG, Urteil vom 04.12.1991, 2 RU 14/91), da mit diesem Kriterium nur die Schwere der Krankheitsanlage näher umschrieben werden sollte; maßgebend sei, ob der Schaden wahrscheinlich in absehbarer Zeit auch ohne den Unfall eingetreten wäre. Eine genaue Zeitgrenze erscheint angesichts der tatsächlichen Umstände auch nicht notwendig. Denn angesichts der nachfolgend beschriebenen Erkenntnisdefizite ist der medizinische Sachverständige ohnehin nicht in der Lage, die verlangte Prognose auf Zeiträume von Tagen oder Wochen zu beziehen.

Für den Sachverständigen bedeutet dies, dass er die Kriterien zur Beurteilung dieser Fragen darstellen muss, also den Zustand der Muskeln und Sehnen sowie - daraus abgeleitet - ihre Belastungsfähigkeit im Unfallzeitpunkt und – so würde es sich der Richter wünschen – mit einer nachvollziehbar begründeten Beurteilung, bei welcher Grenzbelastung die Sehne zum Zeitpunkt des Unfalles ebenfalls rupturiert wäre.

Art und Umfang der tatsächlich erfolgten unfallbedingten biomechanischen Belastung auf die Rotatorenmanschette, auch mit einem Vergleich mit Belastungen, wie sie im Alltag auftreten können, führt dagegen nur dann zu einem für den Rechtsstreit ausschlaggebenden Ergebnis, wenn das Unfallereignis nicht über die Qualität eines alltäglichen Ereignisses im o.g. Sinn hinausreicht. Dies dürfte sich für den Richter aber bereits aus der Unfallschilderung

ergeben, sodass in solchen Fällen nur selten eine medizinische Sachaufklärung erforderlich sein wird.

2. Stufe aus medizinischer Sicht:

Bei der Frage, wie **belastbar die Rotatorenmanschette des Unfallpatienten zum Zeitpunkt des Geschehens** war, wird der medizinische Sachverständige in aller Regel ehrlicherweise einräumen müssen, dass er dazu keine konkreten Angaben machen kann. Weder radiologisch nachweisbare Zysten oder Sklerosierung im Tuberculum maius noch osteophytäre Ausziehungen im Schulterreckgelenk noch gegebenenfalls der Nachweis „degenerativer Veränderungen in der Rotatorenmanschettensubstanz“ im Kernspintomogramm lassen irgendwelche quantifizierbaren Rückschlüsse auf die Rissfestigkeit der Rotatorenmanschette zu.

Selbst die Annahme eines Vorschadens (z.B. Teilriss in der Rotatorenmanschette) gibt keine numerischen Informationen darüber, wie hoch die Reißfestigkeit der noch nicht gerissenen Sehnenanteile war.

In der täglichen Gutachtenpraxis findet man oft weder zuverlässige Informationen über Vorschäden der Rotatorenmanschette, noch aussagekräftige Operationsbefunde oder Histologiebefunde vor – oft liegen zwischen einem angeschuldigten Unfallereignis und einer operativen Versorgung drei bis sechs Monate oder mehr.

Zusätzliche Informationen kann der **Therapieerfolg** liefern: Wenn unfallunabhängig ein ausgeprägter degenerativer Vorschaden der Rotatorenmanschette vorliegt, so ist das Ergebnis einer operativen

Versorgung (Sehennaht, Refixierung des Sehnenstumpfes am Oberarmknochen z.B. mittels Sehnenanker) mittel- und langfristig oft unbefriedigend – vergleichbar einer Naht durch ein völlig ausgebleichtes und sprödes Segel, bei dem die Naht ausreißt oder unmittelbar neben der Naht ein neuer Riss entsteht.

Wenn postoperativ dagegen ein anhaltend gutes oder sehr gutes Ergebnis erreicht wird, deutet dies auf eine relativ gesunde Sehnensubstanz. Eine massive unfallunabhängige degenerative Brüchigkeit der Sehne (die also im juristischen Sinne eine überragende Bedeutung für den Schaden nach dem Unfall hatte - s.o.) ist dann eher unwahrscheinlich. Dass das operative Ergebnis natürlich auch vom Geschick des Operateurs abhängt, versteht sich von selbst.

Der oben formulierte Wunsch des Juristen nach Angabe einer Grenzbelastung der Sehne zum Unfallzeitpunkt wird also in aller Regel unerfüllbar bleiben. Die Lösung des Problems kann aber nicht darin bestehen, dass der Sachverständige sich in seinem Wunsch, dem Richter Informationen zu geben, dazu verleiten lässt, haltlose Aussagen zu machen oder der Frage auszuweichen. Er darf seine Beurteilung nur entsprechend dem Stand der medizinischen Wissenschaft und nach seinem ärztlichen Erfahrungswissen abgeben und er muss seine Beurteilung begründen. Ist ihm nach sorgfältiger Prüfung eine Beurteilung nicht möglich, ist auch dies ein juristisch im Rahmen der Grundsätze der objektiven Beweislast (danach geht die Nichterweislichkeit einer Tatsache zu Lasten desjenigen, der aus dieser Tatsache Rechte herleiten möchte, s. z.B. BSG, Urteil vom 27.06.1991, 2 RU 31/90 in SozR 3-2200 § 548 Nr. 11) verwertbares Ergebnis der Sachaufklärung. Deshalb darf sich der medizinische Sachverständige nicht scheuen, auf eine Frage mit Nichtwissen und der Begründung zu antworten, es gebe hierzu keine Erkenntnisse.

Zwischenergebnis:

Gelangt man nach dieser Prüfung zu dem Ergebnis, dass der Gesundheitsschaden - an dieser Stelle also die Ruptur - wesentlich auf den Unfall zurückzuführen ist (auch i.S. einer Vergrößerung schon vorhandener Läsionen), muss weiter geklärt werden, in welchem Verhältnis die **Beschwerden und Funktionsstörungen** des Betroffenen zu dem unfallbedingten Strukturschaden in der Rotatorenmanschette stehen. Sind die Beschwerden auf die Schädigung der Rotatorenmanschette zurückzuführen, oder gibt es andere, unfallunabhängige Ursachen dafür (auch hier gilt die Theorie der wesentlichen Bedingung)?

Stellt sich heraus, dass der nach dem Unfall diagnostizierte Rotatorenmanschettendefekt wahrscheinlich schon vor dem Unfall bestand, kann er nicht mit Wahrscheinlichkeit durch den Unfall verursacht worden sein. Dies bedeutet das Ende der Kausalitätsprüfung nach der ersten Stufe, was die Frage anbelangt, ob die Ruptur unfallbedingt ist. Allerdings ist damit die Prüfung nicht beendet. Denn es ist dann davon auszugehen, dass - ausgehend von Beschwerdefreiheit vor dem Unfall - eine so genannte stumme Ruptur vorlag. Dies zwingt zu der weiteren, häufig aber unterlassenen Prüfung, ob die zeitlich im Zusammenhang mit dem Unfall aufgetretenen Beschwerden und Funktionseinschränkungen als solche unfallbedingt sind. An dieser Stelle beginnt somit die Kausalitätsprüfung aufs Neue! Gleiches gilt grundsätzlich bei zwar vorbestehenden Beschwerden, aber Beschwerdezunahme anlässlich des Unfalls.

Denn auch wenn eine unfallbedingte strukturelle Schädigung der Rotatorenmanschette nicht wahrscheinlich ist, schließt dies nicht aus, dass erst nach dem Unfallereignis aufgetretene (oder verschlimmerte) Beschwerden wesentlich auf den Unfall zurückzuführen sind. Auch dies wären Unfallfolgen. Klassisches Beispiel von Unfallfolgen ohne dauerhafte strukturelle Primärschädigung ist die Schultersteife infolge einer schweren Prellung der Schulter mit nachfolgender Einsteifung. Aber auch bei vorbestehender stummer Schädigung der Rotatorenmanschette können Funktionsstörungen ohne den zusätzlichen Beleg einer weiteren strukturellen Schädigung auf das Unfallereignis rückführbar sein. Die in diesem Zusammenhang von medizinischen Sachverständigen gelegentlich aufgestellte Behauptung, das Unfallereignis habe vorübergehend zu Beschwerden geführt, die wohl eingetretene Prellung heile normalerweise innerhalb von einigen Wochen aus, weshalb die danach verbliebenen Beschwerden degenerativ und deshalb nicht unfallbedingt seien, beruht auf dem rechtlich unzutreffenden (weil der Versicherte in seinem, auch vorgeschädigten Zustand geschützt ist) Vergleich mit einem gesunden Versicherten und der pauschalen Annahme, die heutigen Beschwerden wären beim Versicherten ohnehin auf Grund des anlagebedingten Schadens aufgetreten.

Die allein auf Beschwerden bezogene Kausalitätsprüfung kann - je nach Streitgegenstand des Verfahrens - auch nicht deshalb unterbleiben, weil keine Primärverletzung i.S. einer Strukturschädigung (z.B. in Form von Gewebeblutungen, also Blutergüssen, Prellmarken, Rissen) nachweisbar oder keine anhaltende Funktionsstörung verblieben ist. Anhaltende Funktionsstörungen sind ohnehin nicht Voraussetzung für Ansprüche gegen die gesetzliche Unfallversicherung (s. beispielsweise die Gewährung von Verletztengeld oder Heilbehandlung). Die Frage

nach einer Primärverletzung ist zugleich eine Frage nach dem Begriff des (Arbeits)Unfalls und steht in Zusammenhang mit der dem Begriff Unfall immanenten äußeren Einwirkung auf den Körper. Auch dieser Begriff der äußeren Einwirkung ist ein juristischer Begriff, der kein besonderes, ungewöhnliches Geschehen erforderlich macht (BSG, Urteil vom 12.04.2005, B 2 U 27/04 R in SozR 4-2700 § 8 Nr. 15, auch zum Nachfolgenden). Alltägliche Vorgänge wie Stolpern usw. oder eine durch betriebliche Einflüsse hervorgerufene krankhafte Störung im Körperinneren genügen. Denn das Merkmal der äußeren Einwirkung dient lediglich der Abgrenzung zu vorsätzlichen Selbstschädigungen und Gesundheitsschäden allein auf Grund innerer Ursachen wie z.B. Herzinfarkt, Kreislaufkollaps usw., wenn diese während der versicherten Tätigkeit auftreten. Dementsprechend genügt für die Bejahung einer äußeren Einwirkung auch die versicherte Verrichtung (z.B. Anheben des Armes, um einen Karton ins Regal zu stellen), selbst wenn diese nur zusammen mit einer inneren Ursache Schmerzzustände herbeiführte (z.B.: Bei Über-Kopf-Heben des Armes wird die Sehne unter dem Schulterdach akut eingeklemmt und schmerzt eine zeitlang derart, dass Arbeitsunfähigkeit besteht; hier ist das Unfallereignis allerdings selbst ein alltägliches Ereignis und damit zugleich Gelegenheitsursache, dies aber ist eine Frage der Kausalität, nicht des Begriffs Unfall), kommt doch der versicherten Verrichtung zumindest im naturwissenschaftlichen Sinn eine nicht vernachlässigbare Bedeutung für den Schmerzzustand zu. Für die Bejahung einer Primärverletzung wird also der Schmerzzustand ausreichen, der eine irgendwie geartete Schädigung belegt (in diesem Sinn LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 17.07.2008, L 10 U 5402/06).

Bewertung eines Unfallschadens

In der einschlägigen Literatur wird die Bewertung der unfallbedingten MdE überwiegend über die Einschränkung der Schulterbeweglichkeit definiert. Dies führt oft zu einer Überbewertung dieses Kriteriums.

Auf der einen Seite gibt es die in der Literatur vorgegebenen scharfen Grenzen (z.B. Vorhebung bis 90° oder Vorhebung bis 120°) nicht – die Beweglichkeit der Schulter ist von Stunde zu Stunde und von Tag zu Tag variabel. Darüber hinaus lassen sich die Bewegungsumfänge der Schulter nicht auf ein Winkelgrad exakt messen, da äußere Messinstrumentarien wie z.B. Winkelmesser u.ä. die komplexe Schulterbeweglichkeit nicht ansatzweise erfassen können. Schließlich gibt es Gutachter, die ausschließlich den aktiven Bewegungsumfang³ bewerten, während andere Gutachter den passiven Umfang zugrunde legen.

Während der ausschließlich aktive Bewegungsumfang unter Umständen nicht das volle Ausmaß der Bewegungsmöglichkeiten widerspiegelt (in Abhängigkeit von der Motivationslage des zu Begutachtenden), führt die passive Untersuchung zu Ergebnissen, die funktionell ohne Bedeutung sind. Für die Bewertung der MdE ist aber die Beeinträchtigung des Leistungsvermögens und der dadurch verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens maßgebend (§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII). Dementsprechend spielen passive Bewegungsmaße nur eine untergeordnete Rolle (Welcher Betrieb stellt schon für seine Mitarbeiter Assistenten ein, die ihnen gegebenenfalls den Arm maximal nach oben führen, damit sie Überkopfarbeiten erledigen können?), u.U. im Rahmen der vom Richter grundsätzlich verlangten kritischen Prüfung

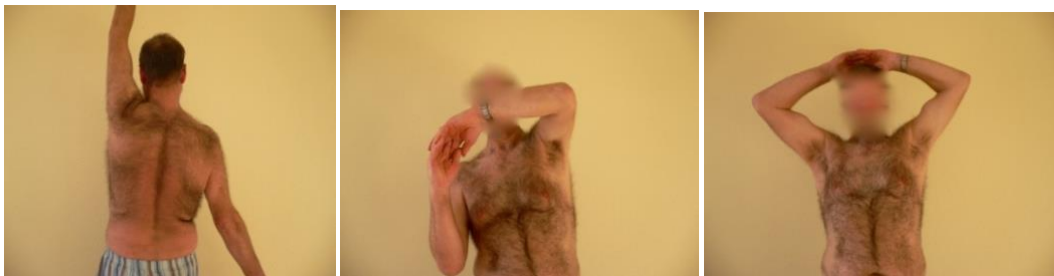
³ Der aktive Bewegungsumfang beschreibt die Bewegung, die ein Patient selbst ohne fremde Hilfe durchführen kann. Der passive Bewegungsumfang ergibt sich, wenn der Untersucher die Bewegung führt und der Untersuchte möglichst locker lässt.

der vom Verletzten demonstrierten aktiven Bewegungsmaße.

Das Ausmaß der absoluten passiven Beweglichkeit, also ohne Berücksichtigung von Schmerzgrenzen und ggf. unter Narkose festgestellt, ist vor allem im Zusammenhang mit Differentialdiagnosen von Bedeutung. Eine deutliche Einschränkung der passiven Beweglichkeit deutet eher auf eine Kapselschrumpfung im Rahmen einer anderen Schultererkrankung hin (z.B. fortgeschrittene Schulterarthrose, Schulterarthritis, „frozen shoulder“ z. B. nach Zerrung oder Prellung etc.) und nicht auf eine akute Rotatorenmanschettenruptur. Ein größerer Riss der Rotatorenmanschette führt per se nicht zu einer massiven Bewegungseinschränkung der passiven Schulterbeweglichkeit. Es kann nur – zumindest in der Akutphase während der ersten 4 bis 12 Wochen – im Rahmen einer ausgeprägten Begleitentzündung zu einer schmerzbedingten Einschränkung der passiven Schulterbeweglichkeit kommen (Ein erfahrener Untersucher kann in der Regel zwischen einer schmerzbedingten Bewegungseinschränkung und eine Bewegungseinschränkung auf dem Boden einer Kapselschrumpfung unterscheiden.). Eine solche Begleitentzündung ist oft umso ausgeprägter, je gesünder die Sehne war. Wenn die Sehne massiv degeneriert war, kommt es zu keiner ausgeprägten Einblutung und Entzündung lokal.

Ein gangbarer Weg scheint die Ermittlung der „assistiven Beweglichkeit“ zu sein – hierbei werden die Bewegungen vom zu Begutachtenden aktiv durchgeführt, wobei ihn der Untersucher sowohl verbal wie auch mit sanftem Druck durch einen einzigen Finger unter Berücksichtigung der Schmerzgrenzen ermuntert, sein Bestes zu geben.

Die nachfolgenden Bilder zeigen, wie unsinnig die Beurteilung der MdE ausschließlich auf der Grundlage der Schulterbeweglichkeit ist: Der abgebildete Patient hatte eine großflächige Zerreißung der Rotatorenmanschette rechts. Der rechte Arm war aktiv im Schultergelenk kaum beweglich. Der zu Begutachtende konnte allerdings mit der gesunden Hand den rechten Arm deutlich über die Horizontale hinaus abspreizen und auswärts drehen. Im Endergebnis ist nicht offenkundig, welche Schulter geschädigt ist. Nach dem Kriterium Beweglichkeit ergäbe sich eine MdE von 0 v.H. De facto allerdings ist der rechte Arm weitgehend gebrauchsunfähig.



Zusammenfassung:

Die medizinische Begutachtung der Rotatorenmanschettenruptur im sozialgerichtlichen Verfahren dient der Unterstützung des Richters in einem Rechtsstreit. Daher bestimmt der Richter, welche Informationen und Bewertungen er vom medizinischen Sachverständigen benötigt. Genaue Fragen an den Sachverständigen sind hier unabdingbar.

Die juristische Prüfung erfolgt nach einem Stufenkonzept. Zunächst muss der Richter die Frage nach der „conditio sine qua non“ beantworten: Lgen dieser Riss und diese Funktionseinschränkungen auch ohne den Unfall vor? Aufgabe des Mediziners ist es in diesem

Zusammenhang vor allem, die unmittelbar nach dem Unfall vorhandenen strukturellen Schäden und Funktionseinschränkungen darzulegen. Darüber hinaus muss er, soweit möglich, den strukturellen Zustand und die Funktion vor dem Unfall beschreiben. Es geht also um den medizinischen Nachweis eines Körperschadens und dessen zeitlichen Eintritt, nicht um den Ausschluss einer unfallunabhängigen Schadensanlage! Schließlich muss der Mediziner auch erklären, wo die beim Versicherten vorhandenen Funktionseinschränkungen einschließlich Schmerzen herrühren. Dabei muss der Mediziner auch eventuelle Grenzen der Beurteilung offen legen. Für den Richter ergeben sich hieraus keine unüberwindbaren Probleme, hier gelten dann die rechtlichen Grundsätze der objektiven Beweislast.

Auf einer zweiten Stufe muss dann seitens des Juristen(!) die Frage der „Wesentlichkeit“ beantwortet werden. Der Mediziner sollte hierzu im Idealfall die Belastbarkeit der Rotatorenmanschette bzw. des betroffenen Teils zum Unfallzeitpunkt nachvollziehbar angeben. In aller Regel dürfte er dazu aber nicht in der Lage sein. Solange er dies offen einräumt, ergibt sich daraus auch hier kein größeres juristisches Problem.

Der Mediziner kann auch dazu beitragen, Informationen über den Unfallhergang zu sammeln, indem er medizinische Untersuchungsergebnisse, die unfallnah dokumentiert wurden, sammelt und interpretiert. Liegen unterschiedliche oder gar widersprüchliche oder aus medizinischer Sicht zweifelhafte Darstellungen des Unfallhergangs vor, hat der Sachverständige die aus seiner Sicht relevanten medizinischen Aspekte darzulegen. Eine Prüfung der Glaubwürdigkeit der Angaben des Versicherten oder gar von Zeugen obliegt aber allein dem Richter. Im Einzelfall kann es daher

erforderlich sein, dass der Richter dem Sachverständigen den aus seiner Sicht erwiesenen Unfallhergang für die medizinische Prüfung vorgibt.

Schlussbemerkung:

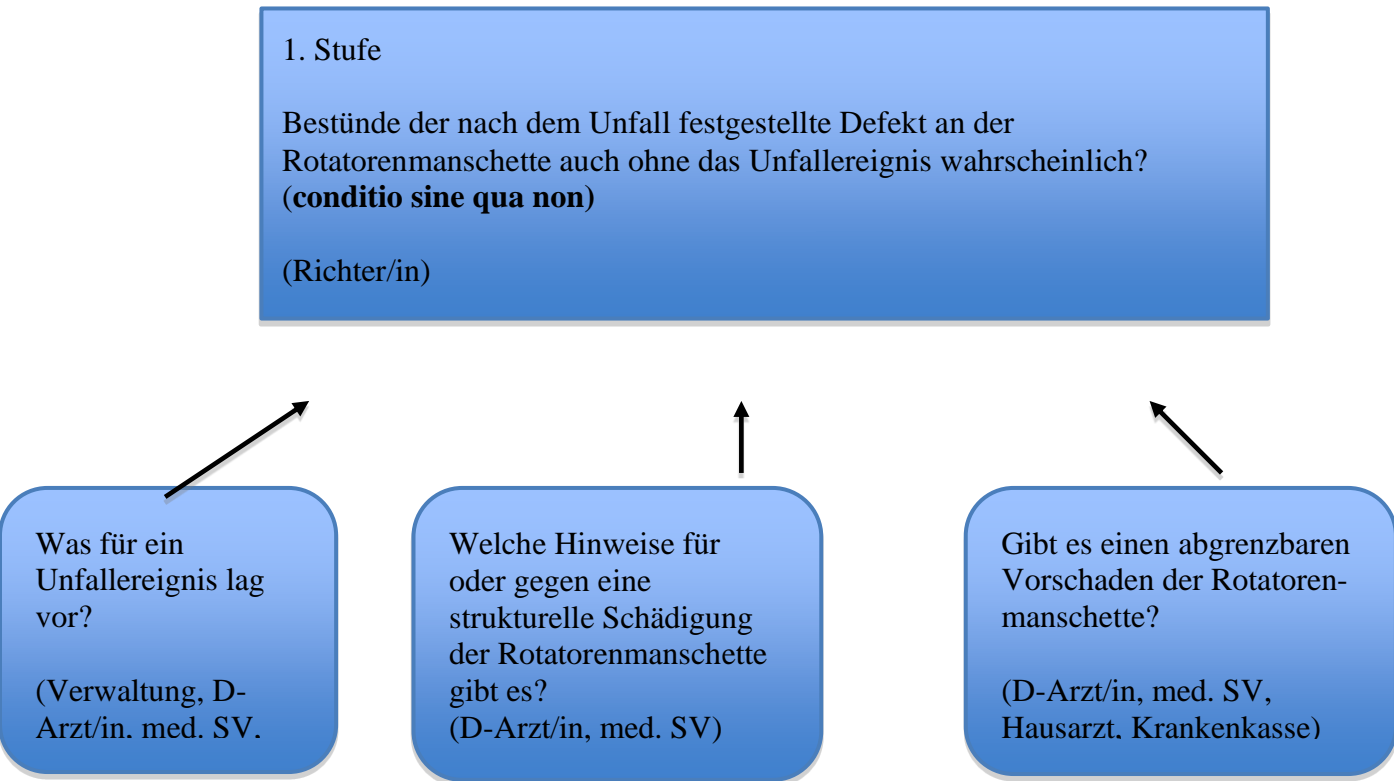
Die sozialmedizinische Begutachtung ist ein interdisziplinäres Problem. Mediziner und Juristen müssen sich immer wieder zusammensetzen und sich darüber unterhalten, was der Eine will und was der Andere kann.

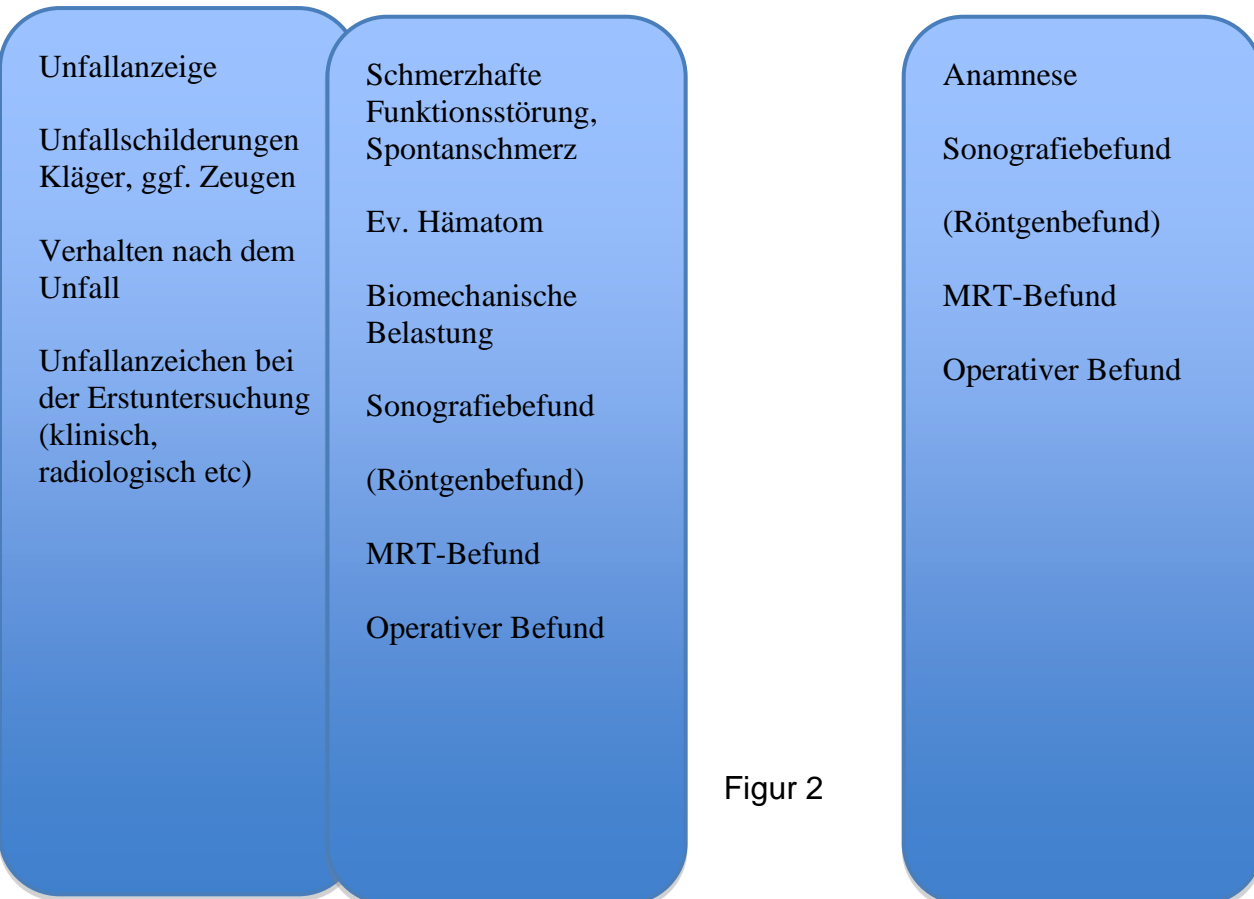
Nur wenn der Richter die Möglichkeiten und Grenzen des medizinischen Sachverständigen kennt, kann er die aus seiner Sicht maßgeblichen Beweisfragen stellen, u.U. aber auch solche, die der Sachverständige dann tatsächlich nicht beantworten kann. Auch dies ist eine wertvolle Erkenntnis im Rahmen der Sachaufklärung. Das Wissen hierüber und über die Grundlagen der juristischen Kausalitätsprüfung wiederum ist für den medizinischen Sachverständigen unverzichtbar, kann er doch häufig erst dann den Sinn der gestellten Fragen verstehen.

Diese Darstellung der Problematik aus juristischer und medizinischer Sicht ist zugleich der Versuch, eine Blaupause für medizinische Gutachten in diesem Zusammenhang anzufertigen. Dabei sind sich die Autoren durchaus darüber im Klaren, dass dies ein Entwurf ist, der durchaus verbessert werden kann. Kritische Kommentare und Vorschläge sind daher ausdrücklich erwünscht.

Theorie der wesentlichen Bedingungen im Hinblick auf strukturelle Schäden der Rotatorenmanschette – Zuständigkeiten, Teilaspekte

Figur 1





Figur 2

