

Die Begutachtung der Rotatorenmanschettenruptur im sozialgerichtlichen Verfahren – wie es nicht geht!

Dr. Rainer Hepp*

Abstract: Streitigkeiten nach Arbeitsunfällen mit nachfolgenden Schulter-Armbeschwerden werden häufig auf die Frage reduziert, ob der Unfall zu einer Ruptur der Rotatorenmanschette geführt hat. Abgesehen davon, dass es auch andere unfallbedingte Ursachen für posttraumatische Schulter-Armbeschwerden gibt, werden bei der Suche nach einer Antwort auf die Frage häufig gravierende handwerkliche Fehler gemacht.

Zu den häufigsten Problemen, mit denen ein orthopädisch-traumatologischer Sachverständiger im sozialgerichtlichen Verfahren konfrontiert wird, gehört die Frage nach einer unfallbedingten Schädigung der Rotatorenmanschette.

Unterschiedliche Gutachter nutzen unterschiedliche Methoden, um die juristischen Fragen zu beantworten.

I. „Geeignetheit des Unfallmechanismus“

Um die von Juristen an sie gerichteten Fragen optimal beantworten zu können, suchen viele Gutachter nach dem Königsweg der orthopädisch-traumatologischen Begutachtung. Der Eingang zu diesem Königsweg trägt folgende Inschrift:

„Ein unfallbedingter Körperschaden kann nur dann entstehen, wenn die einwirkende unfallbedingte biomechanische Belastung höher ist als die biologische Belastbarkeit zum Unfallzeitpunkt.“

Dieses Dogma ist für Mediziner wie Juristen gleichermaßen einleuchtend.

Ein medizinischer Sachverständiger muss also auf dem Königsweg Antworten auf drei Fragen finden:

- I. 1. Wie hoch war die unfallbedingte biomechanische Belastung, die auf eine geschädigte Struktur eingewirkt hat?
- I. 2. Wie hoch war ihre biologische Belastbarkeit zum Unfallzeitpunkt?
- I. 3. War die unfallbedingte biomechanische Belastung höher als die biologische Belastbarkeit zum Unfallzeitpunkt?

Wenn alle drei Fragen wissenschaftlich präzise beantwortet werden könnten, wäre die Begutachtung

*Dr. Rainer Hepp ist Orthopäde und Leiter einer Gutachtenpraxis in Stuttgart, Frankfurt und Aachen

sehr einfach. Sprachwissenschaftler würden den Konjunktiv in diesem Satz wohl als „Irrealis“ bezeichnen.

I. 1. Wie hoch war die unfallbedingte biomechanische Belastung, die auf eine geschädigte Struktur eingewirkt hat?

Um die erste Frage beantworten zu können, stehen den Gutachtern üblicherweise lediglich sehr spärliche Informationen zum Unfallablauf zur Verfügung. In einem typischen D-Arzt-Bericht finden sich zum Beispiel folgende Angaben zum Unfallablauf: „Nach Sturz auf die linke Seite Schmerzen und Bewegungseinschränkungen in der linken Schulter.“

Manche Gutachter ziehen bereits aus diesem „Informatiönchen“ den Schluss, dass der Unfall nicht geeignet war, eine Schädigung der Rotatorenmanschette zu verursachen, da eine direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung, Schlag) die Rotatorenmanschette nicht schädigen kann, da sie durch den knöchernen Schutz der Schulterhöhe (Acromion) und Deltamuskulatur gut geschützt ist. Sie berufen sich dabei auf die einschlägige Literatur. (1)

Dabei übersehen sie geflissentlich mehrere Probleme:

I.1.a) Fehlerhafte Erinnerung

In der Psychologie ist spätestens seit Sigmund Freud bekannt, dass Erinnerungen an vergangene Ereignisse fehlerhaft sein können. Der Fachausdruck dafür lautet unter anderem: „false memory“.

Juristen wissen schon seit langem, wie problematisch Zeugenaussagen sein können. Orthopädisch-traumatologische Gutachter dagegen scheinen mit diesem Problem wenig vertraut. Dabei würde es genügen, wenn jeder Gutachter einmal nach einem Unfall selbst versuchen würde, exakt zu rekonstruieren, wie es zu diesem Unfall kam und wie er sich selbst in den Bruchteilen einer Sekunde zum Beispiel während eines Sturzes verhalten hat. Er würde sehr rasch erkennen, dass er selbst unmittelbar nach dem Unfall viele Details nicht wiedergeben könnte.

Würde er nach einigen Stunden oder Tagen oder Wochen danach befragt, würde er unter Umständen Lücken in seiner Erinnerung mit Fantasieprodukten auffüllen.

Dies wäre nicht Ausdruck einer gezielten Falschaussage sondern das Produkt einer ganz normalen Hirnfunktion.

I.1.b) Missverständnis/Verkürzung durch D-Arzt

¹ Schönberger et al., „Arbeitsunfall und Berufskrankheit“, 9. Aufl., Seite 433, Erich Schmitt Verlag

Unfallärzte in einer viel beschäftigten Unfallambulanz haben oft sehr wenig Zeit und stehen unter großem Druck, möglichst viele Patienten zu untersuchen und zu behandeln. Sie neigen daher zu kurzen griffigen Formulierungen und vermeiden die aus Sicht des Therapeuten unnötigen Details. Es ist daher unrealistisch zu glauben, dass ein Gutachter in den entsprechenden Ambulanzberichten alle Details wiederfinden kann, die er für sein Gutachten benötigt. Es ist auch ein Irrtum zu glauben, dass die zeitnah zum Unfall erhobene Anamnese eines gestressten Arztes grundsätzlich zuverlässiger ist als die spätere Schilderung eines unmittelbar Betroffenen.

I.1.c) Schutzreflexe

Obwohl eigentlich jeder Mediziner während seines Studiums diverse Schutzreflexe kennengelernt hat, die wir in frühester Kindheit erlernen, um im Falle eines Unfalls Schaden von uns fernzuhalten, findet man in medizinischen Gutachten so gut wie nie Hinweise auf diese Schutzreflexe und wie sie gegebenenfalls die biomechanische Belastung durch den Unfall unabhängig von den äußeren Umständen beeinflusst haben könnten.

Wenn ein Verunfallter zum Beispiel angibt, er sei auf die linke Seite gefallen und als er auf dem Boden gelegen sei, sei der linke Arm an den Körper angelegt gewesen, so gehen die meisten Gutachter davon aus, dass der Betroffene auf den angelegten Arm gestürzt sei. Sie argumentieren dann, dies führe allenfalls zu einer Stauchung der Rotorenmanschette, eine Stauchung könne aber nicht zu einer Ruptur führen.

Offenbar haben sie völlig vergessen, dass jeder normale Mensch aufgrund willkürlich kaum zu unterdrückender Schutzreflexe bei einem Sturz die oberen Gliedmaßen vom Rumpf abspreizt, um den Sturz mit den Händen abfedern zu können.

Vielleicht hilft die Firma Apple Inc., endlich diese wirklich nicht neue Erkenntnis in das Gedächtnis der Gutachter zurückzurufen.

Ich verweise ich auf die jüngste Keynote der Firma Apple vom 12. September 2018. Zwischen der 17. und 20. Minute dieses Videos, das im Internet auf Youtube (2) angeschaut werden kann, wird eine neue Funktion der Apple Watch 4 vorgestellt: Mithilfe eines neuen Gyroskops kann die neue Apple Watch 4 einen Sturz erkennen und in Abhängigkeit von der Einstellung automatisch Hilfe herbeirufen. Apple weist darauf hin, dass im Vorfeld Tausende von realen Stürzen über einen langen Zeitraum hinweg analysiert wurden und dabei festgestellt wurde, dass bestimmte Stürze zu bestimmten reflektorischen Bewegungen der Arme (und damit der Armbanduhr) führen und diese Bewegung

² <https://www.youtube.com/watch?v=wFTmQ27S7OQ>

mithilfe eines Gyroskops erkannt und als Hinweis auf Sturz interpretiert werden können. (cf. Bild ab 0:18:57).

Wenn nun davon ausgegangen wird, dass beim Sturz auf die linke Seite automatisch die linke obere Gliedmaßen in Richtung Boden abgespreizt wird, um den Sturz abzufedern, der Verunfallte aber trotzdem mit angelegtem Arm auf der linken Seite lag, so könnte man daraus den Schluss ziehen, dass die reflektorische Abspreizung des linken Arms durch den Aufprall auf dem Boden überfordert wurde. Dies würde bedeuten, die Rotatorenmanschette wäre „exzentrisch“ belastet worden. Die exzentrische Belastung gehört zu den größtmöglichen Belastungen, die auf eine Sehne einwirken können. Aus einem ungeeigneten Mechanismus würde daher plötzlich ein geeigneter.

Auch hier verweise ich auf den Gebrauch des Konjunktivs. Die nachträgliche Unfallrekonstruktion anhand spärlicher Angaben des Betroffenen selbst ist immer mit Unsicherheiten belastet. In der Regel eignet sich diese nachträgliche primitive Unfallrekonstruktion weder dazu, einen unfallbedingten Körperschaden sicher auszuschließen, noch ihn sicher nachzuweisen.

Die Unfallrekonstruktion sollte daher in aller Regel nicht zum Eckstein einer Begutachtung werden.

NB: In der kurativen Medizin wäre es völlig unvorstellbar, daß ein röchelnder Fallschirmspringer nach einem missglücktem Fallschirmsprung vom diensthabenden Arzt einfach in die Gerichtsmedizin zur Autopsie verlegt würde mit der Begründung, der Unfall sei nicht geeignet gewesen, überlebt zu werden! (3) Was in der kurativen Medizin unsinnig ist, ist in der Gutachtenmedizin nicht plötzlich sinnvoll!

I. 2. Wie hoch war ihre biologische Belastbarkeit zum Unfallzeitpunkt?

Wenn schon die retrospektive Ermittlung der biomechanischen Belastung durch einen Unfall äußerst schwierig ist, so ist die retrospektive Festlegung der biomechanischen Belastbarkeit einer geschädigten Struktur zum Unfallzeitpunkt weitestgehend ausgeschlossen. Es gibt schlicht und ergreifend keine seriöse Methode dazu.

Wenn nach einem Unfall ein operativer Eingriff durchgeführt wird und dabei Sehngewebe zur histologischen Untersuchung entnommen wird, so kann versucht werden, daraus gewisse Schlussfolgerungen zu ziehen. Auch dies sollte allerdings mit größter Umsicht geschehen, da kein Gutachter retrospektiv ermitteln kann, woher das entnommene Gewebe stammte. Die entnommene Gewebeprobe ist sehr klein und in aller Regel nicht repräsentativ für die gesamte Struktur. Die

³ <http://www.spiegel.de/panorama/neuseeland-fallschirmspringer-ueberlebt-freien-fall-aus-3600-metern-hoehe-a-466187.html>

untersuchenden Pathologen sind selten darauf spezialisiert, differenziert nach degenerativen Vorschäden zu suchen. Die operativen Eingriffe erfolgen oft Wochen bis Monate nach dem Ereignis, das histologische Ergebnis wird dadurch verfälscht. Im Übrigen gibt es keine Methode, mit der degenerative Veränderungen, wie sie von Pathologen mitunter beschrieben werden (die Beschreibung ist nicht standardisiert oder normiert) korreliert werden können mit der Reißfestigkeit des Gewebes zum Unfallzeitpunkt.

I. 3. War die unfallbedingte biomechanische Belastung höher als die biologische Belastbarkeit zum Unfallzeitpunkt?

Wenn in der täglichen Praxis weder die biomechanische Belastung durch den Unfall noch die biologische Belastbarkeit des Gewebes zum Unfallzeitpunkt präzise festgelegt werden können, so endet die Suche nach dem Königsweg der Begutachtung unweigerlich auf dem Holzweg.

II. Argumente pro und contra

In der einschlägigen Literatur (4) gibt es Listen von Argumenten, die für eine frische (traumatische), und Argumenten, die für eine ältere (degenerative), Rotorenmanschettenläsion sprechen.

Ich möchte an dieser Stelle gar nicht auf die Details dieser Listen eingehen, sondern verweise auf die Literatur. Stattdessen möchte ich darauf hinweisen, dass diese Listen aus methodischen Gründen primär folgende Frage beantworten können:

„Handelt es sich im vorliegenden Fall um eine unfallbedingte oder um eine unfallunabhängige, degenerative Schädigung der Rotorenmanschette?“

Diese Frage ist nach meiner Auffassung aus zwei unterschiedlichen Gründen völlig irrelevant:

II.1. Medizinische Begründung

Nach allgemeiner ärztlicher Erfahrung ist davon auszugehen, dass Rotorenmanschettenrupturen im Alltag nur in extrem seltenen Fällen ausschließlich unfallbedingt auftreten.

Bis vor einigen Jahren wurde apodiktisch behauptet, es gäbe keine ausschließlich unfallbedingte

⁴ Schönberger et al., „Arbeitsunfall und Berufskrankheit“, 9. Aufl., Seite 434f, Erich Schmitt Verlag

Ruptur. (5) In den letzten Jahren hat hier ein Umdenken eingesetzt. (6)

Die ausschließlich unfallbedingte Ruptur der Rotatorenmanschette spielt in der täglichen Gutachtenpraxis aber keine Rolle. Streitfälle entstehen immer dann, wenn Versicherte im mittleren und höheren Alter nach Unfällen Rotatorenmanschettenrupturen aufweisen.

Niemand bestreitet, dass die meisten dieser Versicherten, wenn nicht alle, zum Unfallzeitpunkt bereits degenerative Veränderungen des Rotatorenmanschettengewebes (mit entsprechender biomechanischer Minderbelastbarkeit) aufweisen.

Die Frage, handelte es sich im vorliegenden Fall um eine rein unfallbedingte oder rein degenerative Sehnenschädigung ist also aus medizinischer Sicht irrelevant.

II.2. Juristische Begründung

Als Mediziner möchte ich mich nicht zu weit auf fachfremdes Gebiet vorwagen. Nach allem aber, was ich in 15 Jahren Berufserfahrung als Gutachter gelernt habe, kommt es auch aus versicherungsrechtlicher Sicht nicht darauf an, ob ein Körperschaden ausschließlich aufgrund eines Arbeitsunfalles entstanden ist. Es reicht, wenn der Unfall in wesentlicher Weise zum Körperschaden beigetragen hat.

Die Frage, welche Rolle der Unfall beim Zustandekommen des Körperschadens gespielt hat, lässt sich durch die oben erwähnte Liste von Pro- und Contra-Argumenten aus wissenschaftlicher Sicht nicht beantworten. Es handelt sich hier schlicht und ergreifend um die falsche Methodik, da a priori die falsche Frage gestellt wird.

Damit wird diese Liste nicht vollständig unnützlich. Diese Liste kann helfen, den Zeitpunkt der Rotatorenmanschettenruptur retrospektiv einzugrenzen.

III. Bewertung der MdE

Als Mediziner ohne juristischen oder sozialpolitischen Hintergrund bin ich immer wieder verblüfft, mit welcher Leichtigkeit Mediziner wie auch Juristen Erwerbsfähigkeit durch Beweglichkeit austauschen. Aus einer sozialpolitisch geforderten Minderung der Erwerbsfähigkeit wird eine Minderung der

⁵ Schönberger et al., „Arbeitsunfall und Berufskrankheit“, 8. Aufl., Seite 412, Erich Schmitt Verlag

⁶ Schönberger und andere, „Arbeitsunfall und Berufskrankheit“, 9. Aufl., Seite 434, Erich Schmitt Verlag

Beweglichkeit. Die MdE-Vorschläge in der einschlägigen Literatur (7) orientieren sich fast ausschließlich an dem Maß der Bewegungseinschränkung der betroffenen Schulter.

Zwar werden ergänzend noch „Umfangsmaße des Arms“ und „die Ausbildung der Schultermuskulatur“ erwähnt. Die Umfangsmaße des Arms sind aber vor allen Dingen davon abhängig, inwieweit ein Versicherter körperlich belastende Arbeiten verrichtet. Versicherte, die überwiegend oder ausschließlich körperlich leichte Arbeiten verrichten, zeigen in der täglichen gutachterlichen Praxis im Seitenvergleich keine relevanten Umfangsdifferenzen in der Oberarm- bzw. Untermuskulatur, weder aufgrund von Unfallfolgen, noch aufgrund von Händigkeit.

Im Übrigen gibt es immer wieder Versicherte, die täglich körperlich schwer arbeiten und trotzdem relativ schwächlich erscheinen und geringe Umfangsmaße der Arme aufweisen. Kein Mediziner würde ernsthaft behaupten, aufgrund von Umfangsmaßen des Ober- oder Unterarms könne er zuverlässig auf den Beruf bzw. die Erwerbsfähigkeit des Betroffenen schließen. Eine zuverlässige Messung der Schultergürtelmuskulatur ist aus methodischen Gründen ohnehin sehr schwierig.

Ich habe dieses Problem in den vergangenen 15 Jahren immer wieder einmal auch mit Sozialrichtern diskutiert. Meine Hinweise auf mein Unbehagen in diesem Zusammenhang werden regelmäßig gekontert mit dem Argument, die Gleichbehandlung aller Versicherten sei ein sehr hohes Rechtsgut. Da eine abstrakte Minderung der Erwerbsfähigkeit nicht standardisiert gemessen werden könne, müsse man sich mit Parametern begnügen, die relativ einfach und gut standardisiert erfasst werden könnten.

Als Staatsbürger stelle ich mir nach solchen Diskussionen regelmäßig die Frage, ob nicht auch der Wille des Gesetzgebers ein hohes Rechtsgut darstellt. Der Gesetzgeber spricht aber nicht von einer „Minderung der Beweglichkeit“ sondern von einer „Minderung der Erwerbsfähigkeit“. Wird hier ernsthaft unterstellt, dass der Gesetzgeber nicht zwischen Beweglichkeit und Erwerbsfähigkeit unterscheiden kann?

Im Übrigen habe ich auch als Mediziner gravierende Einwände gegen die Gleichsetzung von Beweglichkeit und Funktion („Erwerbsfähigkeit“).

Eine gute Beweglichkeit (aktiv? passiv? assistiv?) kann nicht unkritisch gleichgesetzt werden mit einer guten Funktion:

- Eine chronische Instabilität in der Schulter geht mit einer überdurchschnittlichen Beweglichkeit des Gelenks einher. Sie kann trotzdem die Funktion der betroffenen oberen Gliedmaßen massiv beeinträchtigen.
- Nach einer großflächigen Zerreißung der Rotatorenmanschette kann die betroffene Schulter

⁷ Schönberger et al., „Arbeitsunfall und Berufskrankheit“, 9. Aufl., Seite 436, Erich Schmitt Verlag

zumindest passiv oft frei bewegt werden.

- Eine schmerzhafte Beweglichkeit in einem Gelenk behindert nicht selten mehr als eine schmerzfreie Versteifung. Deswegen gibt es auch heutzutage gelegentlich noch Indikationen für eine operative Versteifung eines chronisch schmerzhaften Gelenks – selbst wenn die Versteifungsoperationen aufgrund der Erfolge der modernen Endoprothetik längst nicht mehr die Bedeutung haben wie vor 50 Jahren.

Fazit:

Die Begutachtung nach Arbeitsunfällen ist häufig problematisch, da viele relevante Informationen retrospektiv nicht rekonstruiert werden können. Darüber hinaus ist auch die Einschätzung der unfallbedingten Dauerfolgen schwierig.

Probleme sollten aber nicht dadurch gelöst werden, dass man ihnen aus dem Weg geht. Es hilft auch nicht, die eigentlichen Probleme durch Surrogat - Probleme zu ersetzen, die mit der Realität nichts zu tun haben.