

Anerkennung einer traumatischen Rotatorenmanschettenruptur bei einem 59-jährigen Mann

Zu dem gleichnamigen Beitrag von S. Hagmann, B. Moradi und M. Schiltenswolf in MedSach-Heft 5/2010, 209–212

Selbstverständlich kann grundsätzlich selbst bei einem 59-jährigen eine gewaltsame Zusammenhangstrennung der Rotatorenmanschette festzustellen sein. Bereits aufgrund der Häufigkeit spontaner Gewebeschäden mit zunehmendem Lebensalter – ca. 30 % aller über 70-jährigen weisen einen symptomlosen Totaldefekt auf [3] – ist dann allerdings eine besonders akribische Aularbeitung des Sachverhaltes zu fordern. Genau daran mangelt es in dem Beitrag. Insgesamt muss deshalb der Eindruck entstehen, die betroffene Verwaltung habe den in Rede stehenden Fall nur akzeptiert, weil sich ohnehin lediglich eine MdF von nicht rentenberechtigten dem Grade ergibt und deshalb selbst bei einer Fehlentscheidung im Einzelfall kein materieller Schaden entsteht. Die Veröffentlichung in einer renommierten Zeitschrift für medizinische Sachverständige erhebt die seitens der Autoren geäußerte Einzelansicht allerdings zur Expertenmeinung, was schon deshalb nicht unwidersprochen bleiben darf, weil Auspruchsteller und deren Interessenvertreter sich in vorhersehbarer Weise darauf berufen werden.

Zu den Kritikpunkten an der Zusammenhangsbeurteilung im Einzelnen:

1. Vorschäden

Im Kernspintomogramm drei Monate vor dem angeschuldigten Ereignis kommt bereits eine deutliche Ausdünnung der Supraspinatussehne zur Darstellung. Von der Infraspinatussehne geben die Autoren dasselbe im Textteil an. Zudem besteht eine Bursitis, die für das klinische Bild des Impingementsyndroms bereits zu jenem Zeitpunkt – und damit vor dem angeschuldigten Ereignis – ursächlich ist. Eine erhebliche Vorschädigung wesentlicher Teile der Rotatorenmanschette steht deshalb außer Zweifel. Der Zustand des Akromioklavikulargelenkes ist demgegenüber nachrangig, sofern dadurch keine mechanische Bedrängung der Man-

schette entsteht. Unabhängig davon, welcher Entstehungstheorie man anhängen mag (mechanisch, versorgungsbedingt bzw. beides): die schicksalhafte Zusammenhangstrennung einer Rotatorenmanschette ist immer Endpunkt eines schleichenden, allmählichen Zermürbungsprozesses, so dass es lediglich eines einzigen, minimalen Ereignisses bedarf, um den letzten Faden zu trennen [3]. Ein solcher Einzelvorgang ist deshalb meistens rechtlich unwesentlich.

2. Unfallmechanismus

Geschildert wird ein *willkürliches* Nachfassen der gleichseitigen Hand, um das drohende Umkippen nach hinten abzuwenden. Sofern es sich dabei überhaupt um einen mehr als lebensalltagsüblichen Belastungsvorgang gehandelt hat, ist ein solcher Ablauf nach übereinstimmender gutachtlicher Auffassung [13] nicht geeignet, zu einer maßgeblichen mechanischen Belastung der Supra- bzw. Infraspinatussehne zu führen.

3. Klinischer Befund im zeitlichen Verlauf

Auch die bis dahin klinisch stumme, schicksalhafte Schadensanlage – also der zermürbungsbedingte Rotatorenmanschettendefekt – führt über die bereits thematisierte Bursitis typischerweise und selbst bei vergleichsweise geringer mechanischer Einwirkung zur schmerzbedingten, für den Betroffenen subjektiv durchaus schlagartigen Funktionsstörung der Schulter. Allein das plötzliche Auftreten der Beschwerden in enger zeitlicher Verbindung mit einem markanten Ereignis wird deshalb oft als unfallhaft empfunden. Dass es indessen typischerweise bei der „degenerativen Rotatorenmanschettenläsion zu einer langsam zunehmenden Beschwerdesymptomatik im zeitlichen Verlauf nach einem Belastungsereignis“ kommen soll, wie die Autoren behaupten, ist weder zu belegen, noch allgemeiner gutachtlicher Konsens [6, 12].

Wenn die Autoren über ein Hämatom an passender Stelle berichten, dann räumen sie bereits selbst ein, es handle sich dabei um „eine Seltenheit, über die aber kasuistisch berichtet wird“. Für die Einzelfallbeschreibung wird sodann auf eine einzige Quelle verwiesen ([9], S. 458), worin wiederum die „typische Hämatombildung ... drei Tage nach *Schulterluxation mit Rotatorenintervallläsion* bei einem 31-jährigen Patienten“ geschildert wird. Ein Bluterguss ist folglich Ausdruck der Verletzung von Begleitstrukturen, wie sie zwar bei einer *Schulterluxation*, nicht aber bei der *isolierten* Zusammenhangstrennung der Manschette entsteht. Letztere kann – auch übereinstimmender Überzeugung von Experten [13] – schon deshalb nicht zu einem auffälligen Bluterguss führen, weil die betroffenen Sehnen schlecht durchblutet sind. Ein Hämatom in Schulternähe besitzt deshalb in der Begutachtung der *isolierten* Rotatorenmanschettenläsion keinen besonderen Wert [6]. Verletzte Begleitstrukturen oder gar eine Luxation des Schultergelenkes sind im hier besprochenen Beitrag nicht zu erkennen.

4. Bildgebung, Operationsstatus

„Allein mithilfe der MRT kann nicht sicher zwischen einer unfallbedingt oder spontan aufgetretenen Rotatorenmanschettenläsion unterschieden werden“ formulieren *Lahn* und Mitarbeiter 2004 [5]. Dem ist kaum etwas hinzuzufügen. In der hier besprochenen Arbeit wird im Wesentlichen argumentiert, man erkenne vier Tage nach dem Ereignis im Kernspintomogramm eine „Supraspinatussehnenruptur“, während drei Monate zuvor noch keine vollständige Zusammenhangstrennung bestanden habe – *post hoc ergo propter hoc* also. Dabei teilen die Autoren selbst mit, es sei „eine deutliche Retraction der Sehne zu erkennen ... im Sinne eines Retraktionsgrades nach *Patté Stadium 2*“. Die zugehörigen Muskelbäuche zeigten keinerlei Umbauvorgän-