

## Fallbeispiel 39

H.-T. KLEMM und E. LUDOLPH

- Thema:** Vorinvalidität, Mitwirkung an der Erst-Gesundheitsschädigung und deren Folgen, zukünftige Entwicklung der Vorinvalidität und der unfallbedingten Invalidität (§ 7 (3) AUB 88, Ziff. 2.1.2.2.3 AUB 2010 ff.; § 8 AUB 88, Ziff. 3 AUB 2010 ff.)
- Problem:** Geschlossener periprothetischer Oberschenkelschaftbruch rechts bei gelockerter Hüftprothese rechts und Pseudotumor mit nachfolgendem Infekt, operativer Stabilisierung, Prothesenwechsel und prothetischem Ersatz des gleichseitigen Kniegelenks (femorale Prothese) rechts bei Hüftprothese links und weiteren unfallfremden Erkrankungen (Rheumatoide Arthritis, Pyoderma gangraenosum)
- Sachverhalt:** Die zum Unfallzeitpunkt (13.10.2015) 71-jährige Versicherte erhielt im Alter von 60 Jahren arthrosebedingt den totalprothetischen Ersatz des rechten Hüftgelenks. Das funktionelle Ergebnis war gut. Eine Gehhilfe war nicht erforderlich. Totalprothetisch ersetzt war auch das linke Hüftgelenk im Alter der Versicherten von 58 Jahren. Aktuell kam es bei einem Sturz – die Versicherte fiel hin, als sie von einem Sessel aufstehen wollte – zu einem geschlossenen periprothetischen Mehretagenbruch des rechten Oberschenkels (Abb. 1a und b). Bei der operativen Behandlung fand sich eine komplett ausge-lockerte Prothese bei ausgeprägter pseudotumoröser Metallose nach Metall-Gleitpaarung (Abb. 2). Nach Osteosynthese des Oberschenkelbruches erfolgten die Prothesenentfernung und der Einbau eines Spacers (Platzhalter), der infolge einer Infektion wieder entfernt werden musste. Nach Infektberuhigung wurde im Februar 2016 eine neue Hüftprothese implantiert mit gleichzeitigem künstlichen Ersatz des gleichseitigen (rechten) Kniegelenks, wobei eine femorale Spezialprothese eingesetzt wurde (Abb. 3a–d).

Die unfallbedingte Invalidität nach Oberschenkelschaftbruch *rechts* bemisst sich nach der Gliedertaxe (Nr. 2.1.2.2.1 AUB 2014). Für die Beurteilung relevant sind also nur Befunde, die das *rechte* Bein betreffen.

Zur Diskussion stehen die Höhe der *Vorinvalidität* (gelockerte Hüftprothese rechts mit pseudotumoröser Metallose, destruierende Kniearthrose, Hüftprothese links, rheumatoide Arthritis und Pyoderma gangraenosum), die *Mitwirkung* unfallfremder Krankheiten an der unfallbedingten Erst-Gesundheitsschädigung und die Bemessung der *zukünftigen Entwicklung der Vorinvalidität und der unfallbedingten Invalidität*.

**Vorinvalidität**

Infolge der Bemessung nach der Gliedertaxe bestimmt sich die Vorinvalidität ausschließlich aufgrund von Funktionseinbußen, die

das *rechte* Bein betreffen (Nr. 2.1.1.1.3 AUB 2014). Die Funktion des rechten künstlichen Hüftgelenkes bis zum Unfallereignis war gut, wengleich aufgrund der mit jedem künstlichen Gelenkersatz verbundenen Einschränkungen („Basis“-Wert (→ Kap. VI-1.3.10)) nicht ideal, so dass die Funktionsbeeinträchtigung des rechten Beines mit  $\frac{1}{20}$  zu bemessen ist. Hinzu kommt der sog. Prothesenzuschlag für die hinreichend wahrscheinliche zukünftige (§ 287 ZPO) negative Entwicklung (Prothesenwechsel), die mit  $\frac{3}{20}$  Beinwert zu bemessen ist (→ Kap. IV-1.2.1, Tab. 12), so dass die *Vorinvalidität* (gegenwärtige Funktionsbeeinträchtigung und zukünftige negative Entwicklung) bei nicht gesicherter Funktionseinbuße durch die Kniegelenksarthrose, die rheumatoide Arthritis und das Pyoderma gangraenosum mit  $\frac{4}{20}$  *Beinwert* zu veranschlagen ist.

## IV-1.1

Die Hüftprothese *links*, die bereits im Alter von 58 Jahren der Versicherten eingesetzt worden war, spielt für die Vorinvalidität demgegenüber keine Rolle. Zwar führte diese bereits vor der Implantation der Hüftprothese *rechts* zu Funktionseinbußen aufgrund *gegenwärtiger* präventiver Zwänge. Um das künstliche Hüftgelenk links nicht zu gefährden, war der Versicherten z. B. eine raue Bewegungsbeanspruchung schon vor Implantation der Hüftprothese rechts verboten. Diese Funktionseinbußen betrafen auch die Funktion des *rechten* Beins. Anders als in der Gesetzlichen Unfallversicherung, in der der Vorschaden, die zum Unfallzeitpunkt vorbestehende Minderung der Erwerbsfähigkeit, Funktionseinbußen an allen Organen umfasst, ist bei der Gliedertaxe jedoch der Blick nur auf die vom Unfall betroffenen Gliedmaße zu richten, also auf das *rechte* Bein und die durch dessen vorbestehenden Funktionseinbußen bedingte Vorinvalidität.

### Mitwirkung

Der Mitwirkungsfaktor richtet sich nach Ziff. 3.2.1 AUB 2014:

„Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich ... der Prozentsatz des Invaliditätsgrads.“

Zunächst ist die Frage zu beantworten: Ist das künstliche Hüftgelenk *rechts* eine Krankheit? Es ist jedenfalls ein Gebrechen (OLG Stuttgart, Urteil vom 07.08.2015 – 7 U 35/14), „ein dauernder abnormer Gesundheitszustand, welcher eine einwandfreie Ausübung normaler Körperfunktionen nicht mehr zugelassen hat“. Die „Krankheiten oder Gebrechen“ und deren „Mitwirkung“ sind im Vollbeweis (§ 286 ZPO) zu sichern.

„Für den Nachweis der Mitverursachung, der dem Versicherer obliegt, ist ein Vollbeweis gem. § 286 Abs. 1 ZPO erforderlich“ (OLG Karlsruhe, Urteil vom 03.04.2014 – 9

U 123/13). Dies gilt auch für die Frage, ob überhaupt eine Mitwirkung zu diskutieren ist, ob diese also 25 % erreicht (BGH, Urteil vom 23.11.2011 – IV ZR 70/11). Der „Prozentsatz“, um den sie den „Invaliditätsgrad“ mindert, ist zu schätzen. Bei diesem zuletzt genannten Schritt, bei der Abwägung der Unfallfolgen gegenüber „Krankheiten oder Gebrechen“ kommt es zu Beweiserleichterungen (§ 287 ZPO).

Das Ausmaß der knöchernen Verletzung, der intraoperative Befund mit einer Zertrümmerung des großen Rollhügels und Auslaufen der Bruchlinien bis etwa 12 cm oberhalb des Kniegelenks und der Pseudotumor durch die Metallose mit der dadurch bedingten Lockerung der Prothese und die Prothese als Hypomochlion (Stemmpunkt) haben an der Erst-Gesundheitsschädigung (periprothetischer Mehrfragmentbruch) mit Sicherheit mitgewirkt. Dies ergibt sich einmal aus der relativ geringen Kraftereinwirkung, die mit einem Sturz aus dem Stehen verbunden ist, zum anderen aus der Tatsache des Mehrfragmentbruchs mit einem außergewöhnlich großen Bruchbereich. Dass die knöchernen Verletzung gerade an dieser Stelle aufgetreten ist und zu einer weitgehenden Schädigung des Oberschenkelknochens geführt hat, dafür waren die vorbestehenden Veränderungen mit ursächlich. Die Höhe der Mitwirkung beträgt mindestens 50 % (Ziff. 3.2.1 AUB 2014).

An der aufgetretenen Infektion als Folge der unfallbedingten Erst-Gesundheitsschädigung haben die oben aufgelisteten unfallfremden Krankheiten naheliegend auch mitgewirkt. Dies lässt sich jedoch nicht im Vollbeweis sichern, wobei die Beweislast beim Versicherer liegt. Derartige Verläufe erklären sich auch z. B. durch Krankenhauskeime. Es fehlen die konkreten Anhaltspunkte dafür, dass die Infektion z. B. gerade durch die Metallose mit verursacht wurde.

Diskutiert werden kann die Mitwirkung der unfallfremden Krankheiten an der Implantation einer femoralen Prothese. Diese beson-

dere Art der Stabilisierung des Bruchbereichs bei gleichzeitigem Ersatz des Hüft- und Kniegelenks hat jedoch an den verbliebenen Funktionseinbußen (Invalidität voraussichtlich auf Dauer) nicht mit mindestens 25 % (Ziff. 3.2.2 AUB 2014) mitgewirkt. Funktionell ist es ohne größere Konsequenzen, dass die durchgeführte Stabilisierung das Hüft- und Kniegelenk mit einbezog.

### Invalidität

Die nachfolgenden Überlegungen zeigen den Weg auf, wie die unfallbedingte Invalidität ermittelt wird.

Die Invalidität des *rechten* Beins war zum Regulierungszeitpunkt aufgrund – nur – der funktionellen Befunde (Bewegungseinschränkung des Hüft- und Kniegelenks, Muskelverschmächigung, Beinverkürzung) mit  $\frac{4}{20}$  zu bemessen. Diese Funktionsbeeinträchtigung bezieht sich also zunächst nicht auf die zukünftige negative Entwicklung sowohl des künstlichen Hüftgelenks als auch des künstlichen Kniegelenks rechts. Es mag zwar verwirren, dass diese  $\frac{4}{20}$  – eher zufällig – der Höhe der Vorinvalidität entsprechen. Zu berücksichtigen ist aber, dass die Vorinvalidität bereits die mit jedem künstlichen Gelenkersatz verbundene negative zukünftige Entwicklung mit umfasst, während vorliegend zunächst als gedanklicher Zwischenschritt nur die gegenwärtigen Funktionseinbußen bemessen werden.

Von dieser gegenwärtigen Funktionsbeeinträchtigung entfallen  $\frac{1}{20}$  auf die Funktionsbeeinträchtigungen nach unfallunabhängigem prothetischen Ersatz des rechten Hüftgelenks im Alter der Versicherten von 60 Jahren (Vorinvalidität),  $\frac{1}{20}$  auf den unfallbedingten Hüftprothesenwechsel mit Stabilisierung des Oberschenkelknochens sowie  $\frac{2}{20}$  auf die unfallfremde Invalidität nach künstlichem Ersatz des rechten Kniegelenks.

Es fragt sich, wie die weitere negative Entwicklung der unfallfremden Befunde (Vorinvalidität) und die weitere negative Entwicklung der unfallbedingten Funktionseinbußen zu berücksichtigen sind.

Sowohl die Vorinvalidität, die unfallbedingte Invalidität (rechtes Hüftgelenk) und die unfallunabhängige Invalidität (rechtes Kniegelenk) würden/werden sich im weiteren Verlauf negativ entwickeln. Spätestens nach etwa 15 Jahren wäre ein Austausch des im 60. Lebensjahr eingebrachten künstlichen Hüftgelenks zu erwarten gewesen, wobei davon auszugehen ist, dass dieser unter Berücksichtigung der intraoperativ erhobenen Befunde deutlich früher erfolgt wäre. Nach 10 bis 15 Jahren sind ein Austausch des 2015 implantierten künstlichen Hüftgelenks rechts und des 2015 eingebrachten künstlichen Kniegelenks rechts zu erwarten. Der Schwerpunkt der negativen zukünftigen Entwicklung liegt somit im Bereich der Vorinvalidität.

*Zum Regulierungszeitpunkt wird folgende Bemessung zur Diskussion gestellt:*

Die Invalidität des *rechten* Beins ist voraussichtlich auf Dauer mit  $\frac{7}{20}$  zu bemessen. Davon entfallen auf die Vorinvalidität und auf den unfallunabhängigen künstlichen Ersatz des rechten Kniegelenkes  $\frac{6}{20}$  ( $\frac{4}{20}$  Vorinvalidität und  $\frac{2}{20}$  künstliches Kniegelenk einschließlich Zukunftsrisiko) und auf die unfallbedingte Invalidität  $\frac{1}{20}$ . Ein negatives Zukunftsrisiko ist unfallbedingt nicht gegeben. Zwar wurde die Hüftprothese rechts unfallbedingt gewechselt. Dieser Wechsel hätte aber auch unfallfremd angestanden.

Abzuziehen ist von der unfallbedingten Invalidität die Mitwirkung von 50 %, so dass – rein rechnerisch – eine unfallbedingte Leistung von 1,75 % der vereinbarten Versicherungssumme geleistet werden muss.

IV-1.1



Abb. 1a



Abb. 1b

Abb. 1a und b: Unfallröntgenaufnahmen



Abb. 2: Explantierte Prothese mit Metall-Gleitpaarung sowie Pseudotumor bei Metallose



Abb. 3a



Abb. 3c



Abb. 3b

IV-1.1



**Abb. 3d**  
Abb. 3a-d: Endbefund (knapp 2 Jahre nach Unfall) nach Infektsanierung und erneutem prothetischen Gelenkersatz von Hüft- und zusätzlich Kniegelenk durch Spezialprothese

EGGMed  
MEDIZIN