

Fallbeispiel 40

H.-T. KLEMM und E. LUDOLPH

- Thema:** Vorinvalidität innerhalb und außerhalb der Gliedertaxe, Mitwirkung an der Erst-Gesundheitsschädigung, zukünftige Entwicklung der Vorinvalidität und der unfallbedingten Invalidität innerhalb und außerhalb der Gliedertaxe (§ 7 (2) und (3) AUB 88, Ziff. 2.1.2.2.1 und 2.1.2.2.3 AUB 2010 ff.; § 8 AUB 88, Ziff. 3 AUB 2010 ff.)
- Problem:** Geschlossener periprothetischer Oberschenkelbruch mit nachfolgender operativer Stabilisierung und Metall-(Schrauben-)wanderung
- Sachverhalt:** Die zum Unfallzeitpunkt (18.06.2013) 85-jährige Versicherte erhielt im Alter von 61 Jahren arthrosebedingt eine Hüftprothese rechts (Abb. 1). Das funktionelle Ergebnis war gut. Knapp zwei Monate vor dem jetzt zur Diskussion stehenden Unfallereignis (Sturz), durch das es zu einem geschlossenen periprothetischen Oberschenkelbruch kam (Abb. 2), erlitt die Versicherte einen geschlossenen Kreuzbeinbruch, einen geschlossenen unverschobenen Bruch des rechten oberen Schambeinastes und eine gedeckte Schoßfugensprengung (Abb. 3). Der periprothetische Oberschenkelbruch wurde frühsekundär operativ mit Schrauben und Bandcerlagen stabilisiert (Abb. 4). Im weiteren Verlauf kam es zu einer spontanen Auswanderung einer Schraube in das rechte Sitzbein (Abb. 5). Die intraossäre Lage der Schraube wurde computertomografisch gesichert (Abb. 6). Zum Unfallzeitpunkt waren gesichert eine Osteopenie, vorzeitige Wirbelsäulenveränderungen und ein im Jahre 2009 diagnostiziertes und behandeltes Mammakarzinom rechts.

Im Bereich des rechten Beines der Versicherten bestand eine *Vorinvalidität*. Wenngleich die Funktion des rechten künstlichen Hüftgelenks bis zum Unfallzeitpunkt (18.06.2013) gut war, lag die Funktionseinbuße aufgrund der mit jedem künstlichen Hüftgelenkersatz verbundenen Einschränkungen („Basis“-Wert (→ Kap. VI-1.3.10)) bei $\frac{1}{20}$ Beinwert. Da die Versicherte zum Zeitpunkt des künstlichen Hüftgelenkersatzes 61 Jahre alt war, käme eigentlich der sog. Prothesenzuschlag wegen der mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zukünftigen negativen Entwicklung (Prothesenwechsel) mit $\frac{2}{20}$ (→ Kap. VI-1.2.1, Tab. 12) hinzu, was eine Vorinvalidität von $\frac{3}{20}$ ergeben hätte. Tatsächlich war die Hüftprothese rechts nach 24 Jahren zum Unfallzeitpunkt unverändert fest und musste auch anlässlich der operativen Stabilisierung des periprothetischen Oberschenkelbruches nicht gewechselt werden. Im Alter der Versicherten von nunmehr 85 Jahren stellt sich das Problem eines Prothesenzuschlags nicht mehr, so dass der sog. Prothesenzuschlag im vorliegenden Fall nicht mit zu berücksichti-

gen war. Die Vorinvalidität lag somit zum Unfallzeitpunkt und zum Regulierungszeitpunkt bei $\frac{1}{20}$ Beinwert.

Die *Mitwirkung* der unfallfremden Krankheit (künstliches Hüftgelenk) an der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Erst-Gesundheitsschädigung (periprothetischer Oberschenkelbruch) war im vorliegenden Fall aufgrund des Hergangs/Ablaufs des Sturzes lediglich mit 25 % zu bemessen unter dem Gesichtspunkt, dass der hüftgelenknahe Oberschenkelknochen durch die Prothese einen locus minoris resistentiae darstellte, während die Osteopenie nicht mitwirkungsrelevant war.

Zum Regulierungszeitpunkt war die Funktionsbeeinträchtigung des rechten Beines mit $\frac{3}{20}$ zu bemessen. Davon entfielen $\frac{1}{20}$ auf die Vorinvalidität und $\frac{2}{20}$ auf die Folgen des Unfallereignisses vom 18.06.2013, so dass unter Berücksichtigung der „Mitwirkung“ (25 % von $\frac{2}{20}$ Beinwert) 5,25 % der vereinbarten Versicherungssumme zu leisten waren.

IV-1.1

Wie war die unfallbedingte *Schraubenfehl-lage* (Abb. 5, 6 und 7) im rechten Sitzbein zu bemessen?

Außerhalb der Gliedertaxe war die Vorinvalidität (Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit) wegen umformender Veränderungen im Bereich der rechten Kreuzdarmbeinfuge nach dem stattgehabten Kreuzbeinbruch, wegen der Schoßfugensprengung mit leichter Beckenasymmetrie und vorzeitigen Veränderungen der Lendenwirbelsäule – jeweils mit Funktionseinbußen – mit 20 % zu bemessen.

Dass die im rechten Sitzbein liegende Schraube keine zukünftig negative Entwicklung zur Folge haben wird, konnte aufgrund der Außergewöhnlichkeit des Falles – in der Literatur wurde kein adäquater Fall gefunden – zunächst nicht unterstellt werden. Es war also nicht vorhersehbar, ob sich die Schraube nicht weiter einen Weg durch den Knochen suchen und ggf. dann Gefäße und Nervenstrukturen tangieren wird. Aus diesem Grund erfolgte die Abschlussbegutachtung erst kurz vor Ablauf des 3. Unfalljahres. Die bildtechnische Untersuchung ergab, dass die Schraube in den letzten zwei Jahren ihre Position nicht verändert hatte, fest im Sitzbeinknochen saß (Abb. 6 und 7), so dass eine zukünftige negative Entwicklung nicht wahrscheinlich war. Eine unfallbedingte Invalidität außerhalb der Gliedertaxe war somit nicht zu begründen.



Abb. 2a



Abb. 2b

Abb. 2a und b: Unfallaufnahmen vom 18.06.13

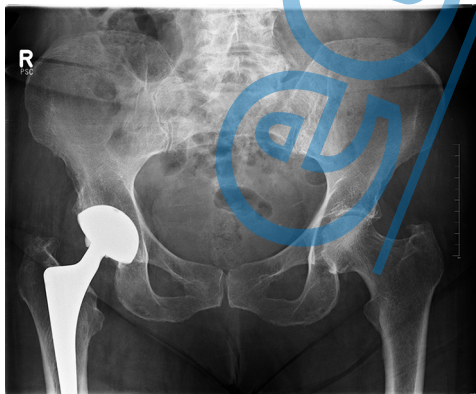


Abb. 1: Beckenübersichtsaufnahme vom 02.04.13

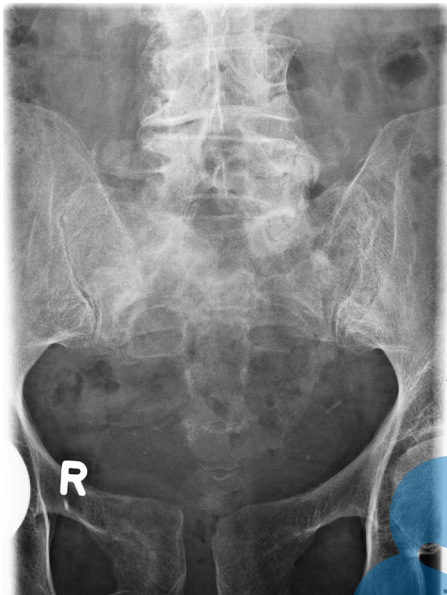


Abb. 3a

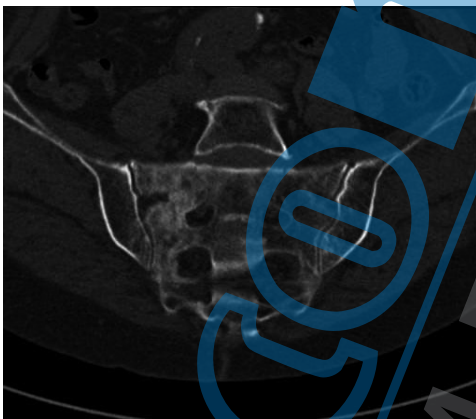


Abb. 3b

Abb. 3a und b: Konventionelle und koronare CT-Bilder mit Dokumentation der vor aktuellem Unfall bestehenden Schoßfugensprengung und der Sakrumfraktur aus 04/13



Abb. 4a



Abb. 4b

Abb. 4a und b: Postoperativer Zustand vom 21.06.13

IV-1.1

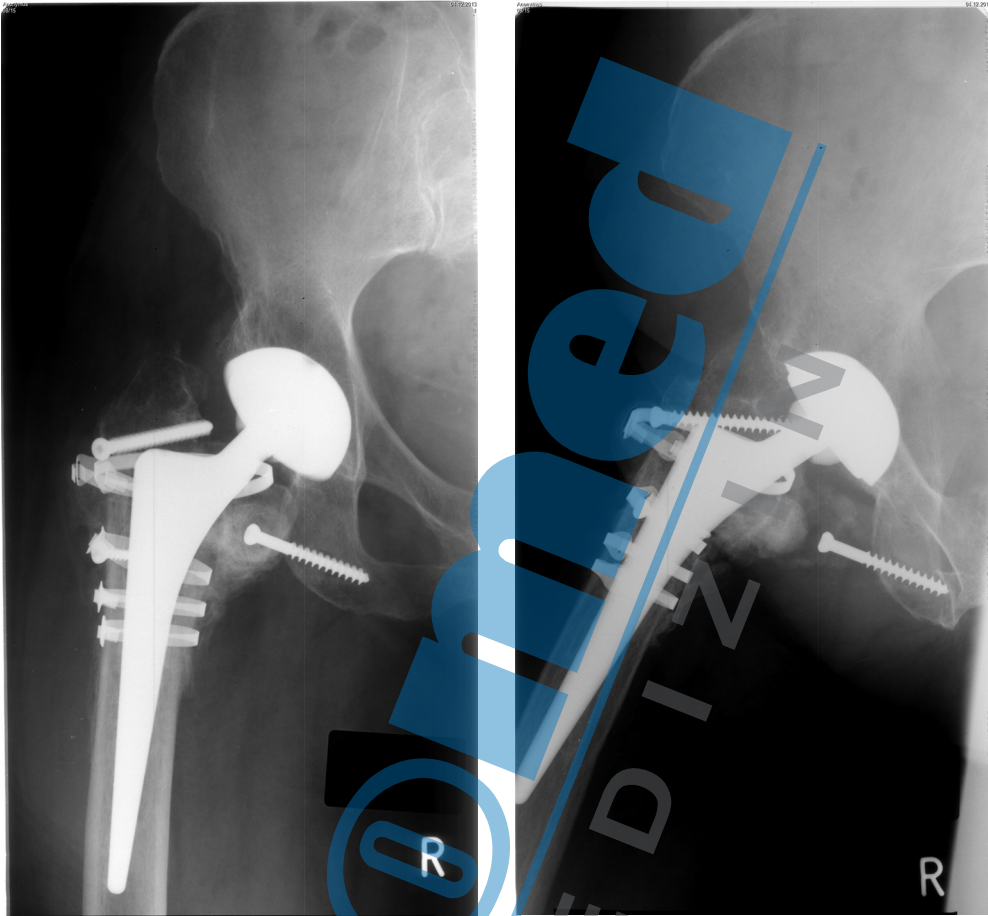


Abb. 5a

Abb. 5b

Abb. 5a und b: Beginn der Schraubenwanderung (04.12.13)



Abb. 6a

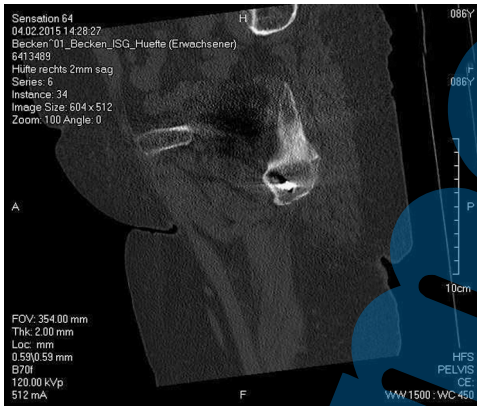


Abb. 6b

Abb. 6a und b: Computertomografische Sicherung der intraossalen Schraubenlage (05.02.15)

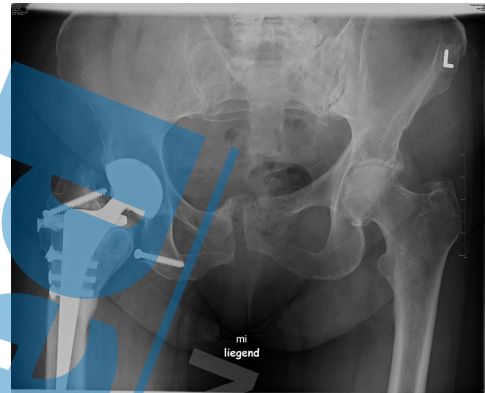


Abb. 7a



Abb. 7b

Abb. 7a und b: Abschlussröntgen (15.06.16)