

L 9 U 5077/05

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

9

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 8 U 701/04

Datum

12.10.2005

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 9 U 5077/05

Datum

24.07.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 12. Oktober 2005 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind für beide Verfahrenszüge nicht zu erstatten

Tatbestand:

Die Beklagte und Berufungsklägerin (künftig: Beklagte) wendet sich gegen die Verurteilung, dem Kläger und Berufungsbeklagten (künftig: Kläger) aufgrund von gesundheitlichen Folgen eines am 6. Dezember 2002 erlittenen Arbeitsunfalls Verletztengeld über den 14. Februar 2003 hinaus bis zum 18. September 2003 sowie Verletztenteilrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 20 v. H. ab dem 19. September 2003 zu gewähren.

Der 1959 geborene Kläger, der zum Unfallzeitpunkt bei der Firma I. Süd GmbH in K., als Monteur/Bauarbeiter versicherungspflichtig beschäftigt war, stürzte seinen am 6. Dezember 2002 ab 12:39 Uhr gemachten Angaben in der erstmaligen Beschreibung des Unfallhergangs gegenüber dem Durchgangsarzt der Beklagten, dem Chirurgen Dr. J., K., zufolge am selben Tag vormittags gegen 8:30 Uhr auf einer Baustelle in der Nähe von München von einem Anhänger auf den Boden. Dabei habe er sich an der rechten Schulter verletzt. Anschließend habe er die Arbeit abgebrochen. Dr. J. beschrieb eine schwere Prellung der deutlich geschwollenen rechten Schulter mit Druckschmerz lateral bei röntgenologisch in zwei Ebenen dargestellten unauffälligen knöchernen Verhältnissen. Seine Diagnosen lauteten: schwere Prellung der rechten Schulter und Schürfung der rechten Hand.

Am 12. Dezember 2002 führte der Radiologe Dr. B., K., eine kernspintomographische Untersuchung der rechten Schulter durch. Die Beurteilung im Bericht vom 8. Januar 2003 lautete: Zerrung des Schultergelenks und Acromioclaviculärarthrose, subacromiale Enge, Tendinose der Rotatorenmanschettensehne mit multiplen Einrissen, fettige Degeneration des Supraspinatusmuskels am muskulotendinösen Übergang, Enthesiopathie am tendinoosären Übergang, Reizerguss im Schultergelenk, geringe Bursitis subdeltoidea, Tendovaginitis der langen Bizepssehne bei normaler Morphologie des rechten Schultergelenks im Übrigen. Eine frische posttraumatische knöcherne Läsion lasse sich ausschließen, die subacromiale Enge und auch die Tendinose der Supraspinatussehne seien schon 1997, allerdings nicht so ausgeprägt, nachzuweisen gewesen. Am 30. Juli 1997 war in derselben Praxis eine kernspintomographische Untersuchung der rechten Schulter des Klägers durchgeführt worden. Im von Dr. W. verfassten Bericht vom 1. August 1997 hatte die Beurteilung gelautet: Ruptur der langen Bizepssehne sowie inkomplette Ruptur der Supraspinatussehne bei geringfügigem Gelenkerguss und mäßiger AC-Gelenksarthrose.

Unter dem 3. Januar 2003 ließ sich der Kläger von Prof. Dr. S., St. V.-Klinik Karlsruhe, untersuchen. Im an Dr. J. adressierten Bericht vom 7. Januar 2003 teilte Prof. Dr. S. mit, folgende Diagnose gestellt zu haben: Zustand nach Schulterprellung mit Zerrung des Schultergelenks und klinisch stummer Acromioclaviculargelenk-Arthrose und Impingementsyndrom der rechten Schulter.

Im durchgangsarztlichen Nachschaubericht vom 14. Februar 2003 stellte Dr. J. fest, es sei zu keiner Befundverbesserung gekommen. Auslöser der Beschwerden sei sicher die erhebliche Prellung bei jedoch bekanntem erheblichem Vorschaden gewesen. Seines Erachtens sei zunächst von einer richtungsweisenden Verschlimmerung auszugehen gewesen; die Behandlung zu Lasten der Beklagten sei nun aber zu beenden.

Vom 21. Dezember 2002 bis zum 14. Februar 2003 gewährte die Beklagte dem Kläger daraufhin Verletztengeld.

Am 17. Februar 2003 stellte sich der Kläger dem H-Arzt, Orthopäden Dr. H., K. vor, der in seinem Bericht vom 19. Februar 2003 mitteilte,

beim Kläger bestehe der Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenruptur rechts. Vom 17. bis zum 24. März 2003 unterzog sich der Kläger sodann einer stationären Behandlung bei Dr. H. in der P. Klinik K ... Im Operationsbericht vom 19. März 2003 lautete die Diagnose: Impingement-Syndrom Schultergelenk rechts. Die Rotatorenmanschette wurde genäht und mit einer Acromioplastik nach Neer versorgt. Im Dr. H. von Prof. Dr. H. unter dem 20. März 2003 erstatteten histologischen Gutachten lautete die Beurteilung für das zur feingeweblichen Untersuchung eingesandte 1,7 x 1 x 0,3 cm große Gewebestück: Zum Teil fibrosiertes Gewebe von der Rotatorenmanschette mit älteren Rissstellen, benachbarten degenerativen Veränderungen und kleinherdigen randständigen Nekrosen sowie Fibrinexsudat; kein Anhalt für Bösartigkeit.

Im Folgenden regte Dr. H. unter dem 26. Mai 2003 eine Zusammenhangsbegutachtung an, weil der Kläger vor dem Arbeitsunfall beschwerdefrei gewesen sei. Die angeregte Zusammenhangsbegutachtung hielt die Beklagte nicht für indiziert. Sie zog ein Vorerkrankungsverzeichnis des Klägers bei dessen Krankenkasse, der AOK M. O., bei. Das unter dem 25. September 2003 vorgelegte Verzeichnis wies u. a. folgende Vorerkrankungen des Klägers im Schulter-Arm-Bereich aus, die Arbeitsunfähigkeitszeiten begründeten:

- 4. bis 7. Juli 1995 Schulterkontusion - 22. Juli bis 1. September 1997 Bizeps, Sehnenzerrung - 3. bis 28. Januar 2000 Adhäsive Entzündung: Schultergelenkkapsel - 6. Dezember 2002- 8. März 2003 Prellung Schulter/Oberarm, Läsion der Rotatorenmanschette, Impingementsyndrom der Schulter

Daraufhin lehnte es die Beklagte mit Bescheid vom 30. Oktober 2003 ab, dem Kläger wegen der Folgen des am 6. Dezember 2002 erlittenen Unfalls Sach- und Geldleistungen ab dem 15. Februar 2003 zu gewähren. Zur Begründung hieß es: Für eine frische Ruptur der Supraspinatussehne der rechten Rotatorenmanschette hätten sich keine Anhaltspunkte gefunden; vielmehr seien altersbedingte Verschleißerscheinungen festzustellen gewesen. Bereits 1997 seien eine subacromiale Enge und eine Tendinose der Supraspinatussehne nachzuweisen gewesen. Außerdem sei der vom Kläger geschilderte Unfallhergang auch nicht geeignet gewesen, eine isolierte Verletzung der Infrapinatussehne zu verursachen. Die durch den Unfall vom 6. Dezember 2002 allein verursachten relevanten Schmerzen in der rechten Schulter seien bis zum 14. Februar 2003 abgeklungen gewesen. Die über den 14. Februar 2003 hinausgehenden Beschwerden beruhten auf einer vor bestehenden Schädigung, die nur bei Gelegenheit der Behandlung der Prellung des rechten Schultergelenks festgestellt worden sei.

Den dagegen am 2. Dezember 2003 erhobenen Widerspruch begründete der Kläger unter Hinweis auf einen von Dr. H. unter dem 24. November 2003 verfassten Vermerk. Darin hieß es: Die Nachbehandlung des Klägers dauere an. Die bildgebende Diagnostik vom 7. Januar 2003, die multiple Einrisse an der Rotatorenmanschette gezeigt habe, habe im März 2003 intraoperativ bestätigt werden können. Nachzumerken bleibe, dass auch die Histologie ältere Einrisse beschrieben habe. Dies passe in das Gesamtbild des Unfallgeschehens.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 6. Februar 2004 mit dem Ausgangsbescheid entsprechender Argumentation als unbegründet zurück.

Auf die dagegen am 19. Februar 2004 zum Sozialgericht (SG) Karlsruhe erhobene Klage (S 8 U 701/04) hat das Sozialgericht zunächst die Dres. J. und H. im Wege der schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vernommen.

Dr. J. berichtete unter dem 23. Juni 2004, den Kläger zwischen 1997 bis zuletzt am 17. Februar 2003 behandelt zu haben. 1997 habe der Kläger eine Prellung und Kontusion der langen Bizepssehne rechts gehabt. Wegen des vom Kläger am 6. Dezember 2002 erlittenen Unfalls habe er als Unfallfolge die Diagnose "Prellung" rechten Schulter gestellt. Infolge der unfallunabhängigen Vorerkrankung sei aber davon auszugehen, dass im Hinblick auf die Unfallfolgen allenfalls von einer richtungsweisenden Verschlimmerung zu sprechen sei.

Dr. H. erklärte unter dem 20. September 2004, er habe den Kläger am 17. Februar 2003 erstmalig behandelt, am 17. März 2003 an der rechten Schulter operiert und anschließend das ganze Jahr 2003 nachbehandelt (krankengymnastische Übungsbehandlung). Die abschließende Untersuchung der rechten Schulter sei am 4. November 2003 durchgeführt worden. Seit Januar 2004 werde der Kläger von ihm wegen chronischer Rückenschmerzen behandelt.

Daraufhin veranlasste das Sozialgericht von Amts wegen die fachorthopädische Untersuchung und Begutachtung des Klägers durch Prof. Dr. L., Orthopädische Universitätsklinik H ... Im unter dem 16. Februar 2005 verfassten Gutachten beschrieb Prof. Dr. L. den ihm vom Kläger geschilderten Unfallhergang wie folgt: Der Kläger habe am Unfalltag, dem 6. Dezember 2002, gegen 8:30 Uhr auf einem Lkw-Anhänger gearbeitet, der etwas feucht gewesen sei. Er sei am Rand über ein Seil gerutscht und kopfüber aus etwa 1,20 m Höhe vom Anhänger gestürzt. Dabei habe er versucht, sich mit den Armen abzufangen, sei dann aber unmittelbar auf die rechte Schulter geprallt. An den genauen Ereignisverlauf könne er sich aber nicht mehr vollständig erinnern. An der Schulter habe er sofort starke Schmerzen gehabt und den rechten Arm nicht mehr bewegen können. Er habe sich dann noch am gleichen Tag zu Dr. J. in Behandlung begeben. Folgende für die Beurteilung der Unfallfolgen relevante Befunde seien festzustellen gewesen: Schmerzhaftes Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule mit Fortleitung der Schmerzen in die Nackenmuskulatur und in die rechte Schulter, Muskelminderung, Narbenbildung, höhergradige aktive und endgradige passive Bewegungseinschränkung der rechten Schulter bei operativ behandeltem Rotatorenmanschettendefekt. Aufgrund der Angaben des Klägers und der im Vorerkrankungsverzeichnis dokumentierten Fehlzeiten wegen Schultererkrankungen sei ein Vorschaden im Bereich der rechten Schulter anzunehmen. Anlagebedingte Veränderungen seien dagegen nicht festzustellen gewesen. Die Schäden an der rechten Schulter des Klägers seien neben möglichen Vorschäden zumindest annähernd gleichwertig auf den Unfall vom 6. Dezember 2002 zurückzuführen. Es sei nicht anzunehmen, dass die Gesundheitsstörungen auch ohne diese Einwirkung etwa zur selben Zeit eingetreten wären. Für einen Zusammenhang zwischen dem Ereignis vom 6. Dezember 2002 und der später festgestellten Rotatorenmanschettenläsion sprächen (1) die Belastbarkeit der rechten Schulter im Rahmen der Tätigkeit als Bauarbeiter bis zum Zeitpunkt der Verletzung, (2) der geeignete Ereignisablauf mit erheblicher Gewalteinwirkung auf die rechte Schulter, (3) der ausgeprägte Verletzungsbefund im Rahmen der Erstuntersuchung vom Unfalltag, (4) die verletzungstypischen Veränderung im Bereich der Rotatorenmanschette im Rahmen der Kernspintomographie vom 12. Dezember 2002 und (5) die Einseitigkeit der Gesundheitsschädigung im Verlauf und im Rahmen der Nachuntersuchung. Gegen einen Zusammenhang sprächen (1) der aktenkundige Vorschaden im Bereich der rechten Schulter und (2) der schriftliche Befund der Kernspintomographie vom 12. Dezember 2002, nach dem weniger ausgeprägte Veränderungen der Supraspinatussehne bereits 1997 nachgewiesen worden seien. Auch wenn damit ein struktureller Vorschaden unstrittig sei, so sei doch nicht anzunehmen, dass es ohne das Ereignis zu der nach dem Sturz aufgetretenen und bis heute anhaltenden

Funktionsstörung der rechten Schulter gekommen wäre. Insofern komme dem Sturz die Bedeutung einer wesentlichen Teilursache für die Entstehung des aktuellen Gesundheitsschadens zu. Einschränkend sei aber einzuräumen, dass, sollten die Voraufnahmen der Kernspintomographie aus dem Jahre 1997 tatsächlich einen relevanten Schaden der Supraspinatussehne mit Defektbildung aufweisen, die Rolle des Vorschadens höher einzuschätzen sei. Wünschenswert wäre es gewesen, die 1997 gefertigten Originalaufnahmen einzusehen. Es werde angeregt, diese gerichtlich beizuziehen und vorzulegen. Wegen der Unfallfolgen habe Arbeitsunfähigkeit zunächst bis zum Operationszeitpunkt (19. März 2003) und daran anschließend für maximal sechs Monate (18. September 2003) bestanden. Nach Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit sei eine MdE in Höhe von 20 v. H. anzunehmen. Die aktuelle Gesundheitsstörung sei als Dauerschaden zu bewerten und entspreche einer MdE in Höhe von 20 v. H.

Die Beklagte erwiderte auf das Gutachten von Prof. Dr. L. durch die Vorlage beratungsärztlicher Stellungnahmen der Dres. M. und L. vom 27. Juni 2005 und 12. Juli 2005. Darin teilte Dr. M. mit, nach wie vor sei von einem auf die Verletzungsfolge bezogen ungeeigneten Unfallhergang auszugehen. Außerdem ständen die Bewertungen von Prof. Dr. L. im Widerspruch zur radiologischen Bewertung der kernspintomographischen Untersuchung vom 12. Dezember 2002 und zu den im Vorerkrankungsverzeichnis dokumentierten Schulterverletzungen. Die Radiologin Dr. L. führte aus, aufgrund der von ihr geteilten Beurteilung des MRT-Befunds vom 12. Dezember 2002 durch Dr. B. sei ihr die abweichende Einschätzung des orthopädischen Gutachters Prof. Dr. L. nicht nachvollziehbar. Die Schulter-MRT-Aufnahme von 1997 liege nicht vor.

In der vom Sozialgericht daraufhin veranlassten ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 18. August 2005 führte Prof. Dr. L. aus, die Vorerkrankungen des Klägers an der rechten Schulter durchaus zu würdigen. Eine nur viertägige Arbeitsunfähigkeit wegen Schulterkontusion im Jahre 1995 - also sieben Jahre vor dem hier relevanten Unfallereignis - erscheine ihm sowohl angesichts der völligen Beschwerdefreiheit der Schulter als auch im Hinblick auf die belastende berufliche Tätigkeit des Klägers als Bauarbeiter nicht erheblich. Bei der 1997 stattgehabten Schulterprellung sei damals kernspintomographisch nur eine Tendinose der Supraspinatussehne und eine subacromiale Enge festgestellt worden, nicht aber ein struktureller Defekt der Rotatorenmanschette. Bei der für das Jahr 2000 dokumentierten Schulterkapselgelenkentzündung sei nicht festzustellen, welche Schulter betroffen gewesen sei. Zur Frage des Unfallhergangs sei anzumerken, dass es nach dem Ergebnis von experimentellen Untersuchungen schlicht nicht möglich sei, verbindlich zwischen "ungeeigneten" und "geeigneten" Hergängen zu unterscheiden. Die Beurteilung einer Kernspintomographie sei für Orthopäden zwar nur eingeschränkt möglich, er sehe aber täglich bis zu 20 Kernspintomographien von Schäden am Schultergelenk und könne diese durchaus mit dem strukturellen Befund korrelieren. Hier sei entscheidend, dass auf den Originalaufnahmen vom 12. Dezember 2002 eindeutig eine Kontinuitätsunterbrechung der Obergrätensehne zu erkennen sei. Es handle sich nicht um "diskrete Teileinrisse", sondern um einen Defekt, der die ganze Dicke der Sehne betreffe und damit zu einer Verbindung zwischen dem Schultergelenk und dem umgebenden Schleimbeutel führe. Die Signalveränderungen in den Schichten sprächen außerdem eindeutig für eine akute Flüssigkeitsvermehrung im Knochen im Sinne eines Bone bruise. Eine Subluxationsstellung der langen Bizepssehne aus ihrer Rinne sei zwar festzustellen. Es handle sich dabei aber ebenfalls um einen verletzungstypischen und nicht um einen degenerativen Befund. Im Zweifelsfall sei die Einholung eines weiteren radiologischen Gutachtens zu empfehlen; durch eigene wissenschaftliche Arbeiten besonders kompetent dafür sei PD Dr. W., Klinikum r. d. I., M. ... Zusammenfassend sei festzuhalten, dass ein Vorschaden unstrittig sei, dessen Ausmaß aber anhand der vorliegenden Unterlagen nicht beurteilt werden könne. Ganz sicher sei es aber zu einer richtungsweisenden Verschlimmerung dieses Vorschadens durch das Unfallereignis vom 6. Dezember 2002 gekommen. Insofern sei eine Änderung der Einschätzung in der Zusammenhangsfrage nicht veranlasst.

Unter dem 5. Oktober 2000 legte die Beklagte dem Sozialgericht einen an sie adressierten, weiteren, den Kläger betreffenden Krankheitsbericht von Dr. J. vom 5. Oktober 2005 vor. Darin hieß es, der Kläger habe sich im Januar 2000 mit typischen Beschwerden einer Periarthritis in beiden Schultern vorgestellt. Zu weiteren Behandlungen des Klägers sei es dann wieder 2003 gekommen.

Daraufhin verurteilte das Sozialgericht die Beklagte mit Urteil vom 12. Oktober 2005 unter Abänderung des Bescheids vom 30. Oktober 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 6. Februar 2004, dem Kläger aufgrund der Folgen des Arbeitsunfalls vom 6. Dezember 2002 Verletzengeld über den 14. Februar 2003 bis zum 18. September 2003 sowie Verletztenrente nach einer MdE um 20 v. H. ab dem 19. September 2003 zu gewähren. Zur Begründung bezog sich das Sozialgericht auf die gutachtlichen Ausführungen von Prof. Dr. L. ... Das Urteil wurde der Beklagten am 10. November 2005 zugestellt.

Am 28. November 2005 hat die Beklagte Berufung gegen das Urteil eingelegt.

Die Beklagte ist der Auffassung, das Sozialgericht habe es versäumt, die Bedeutung des Vorschadens an der Schulter des Klägers für die aktuelle Gesundheitsstörung genauer zu ermitteln. Zur abschließenden Klärung des Sachverhalts sei die Einholung eines radiologischen Gutachtens, wie bereits von Prof. Dr. L. angeregt, unerlässlich. Im Übrigen werde am Vortrag zur Ungeeignetheit des Ereignisablaufs im Bezug auf eine Verletzung der Rotatorenmanschette festgehalten.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 12. Oktober 2005 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend, habe aber keine Bedenken gegen die Einholung eines radiologischen Gutachtens durch PD Dr. W., wie von Prof. Dr. L. angeregt.

Der Senat hat die Radiologen Prof. Dr. R. und PD Dr. W., Institut für Röntgendiagnostik des Klinikums r. d. I. der Technischen Universität M. von Amts wegen mit der Erstattung eines fachradiologischen Gutachtens nach Aktenlage beauftragt. In ihrem Gutachten vom 26. Juni 2006 haben die Sachverständigen ausgeführt, dass die vorliegenden bildgebenden Untersuchungen - die Röntgenaufnahmen des rechten Schultergelenks des Klägers a. p. in Neutralstellung und aktiver Abduktion vom 6. Dezember 2002, die MRT des rechten Schultergelenks

vom 12. Dezember 2002 und die Y-Aufnahme der rechten Schulter vom 3. Januar 2003 für eine Einordnung der stattgehabten Rotatorenmanschettenläsion als Folge des Unfalls vom 6. Dezember 2002 nur bedingt geeignet seien. Für eine traumatische Genese sprächen das Vorliegen einer Komplettruptur des Musculus supraspinatus bei einem relativ jungen Versicherten, das Fehlen einer Muskelatrophie bzw. einer fettigen Degeneration der Supraspinatusmuskulatur und das Fehlen von Sekundärveränderungen eines vorbestehenden Impingement-Syndroms im Subacromialraum. Dagegen sei das Fehlen eines Humeruskopfhochstandes vorliegend nicht als Argument für eine traumatische Genese zu werten, weil die Ruptur nicht die gesamte Supraspinatussehne betreffe und auch die Sehne des Musculus infraspinatus noch erhalten sei. Als stärkstes Argument gegen eine traumatische Genese der Rotatorenmanschettenläsion müsse man die fehlende Darstellung eines Hämatoms sowie das Fehlen ödematöser Veränderungen im Knochenmark des Humerus und in den die Schulter umgebenden Weichteilen anführen, zumal die MRT-Aufnahme (12. Dezember 2002) nur sechs Tage nach dem Unfall (6. Dezember 2002) durchgeführt worden sei. Der einfachste Weg einer definitiven Aussage zur Genese der Veränderungen wäre ein Vergleich mit der MRT-Aufnahme aus dem Jahre 1997. Eine weitere, wenn auch deutlich weniger aussagekräftige Möglichkeit wäre die MRT-tomographische Untersuchung der Gegenseite im Hinblick auf degenerative Veränderungen der dortigen Rotatorenmanschette.

Daraufhin hat der Senat Prof. Dr. R., Zentralinstitut für bildgebende Diagnostik - Radiologie - des Städtischen Klinikums K., im Hinblick darauf, dass die MRT-Aufnahmen aus dem Jahre 1997 zunächst weiter nicht auffindbar gewesen sind, mit der MRT-tomographischen Untersuchung der linken Schulter des Klägers beauftragt und um anschließende gutachtliche Stellungnahme zu den Ausführungen der Vorgutachter und Beratungsärzte gebeten. Unter dem 8. Februar 2007 hat Prof. Dr. R. auf der Grundlage des Aktenstudiums und einer von ihm am 25. Januar 2007 durchgeführten MRT der linken Schulter wie folgt berichtet: Die Aufnahme der linken Schulter zeige das Bild einer weitestgehend altersentsprechenden bis leichtgradig vermehrten Impingementkonstellation ohne relevante strukturelle Defekte der Rotatorenmanschette oder der übrigen periartikulären Weichteile. Das ausgeprägtere rechtsseitige Verletzungsmuster gehe wesentlich über den linksseitigen Befund hinaus. Insofern könne die von ihm durchgeführte Untersuchung im Seitenvergleich als indirekter Hinweis mit gebotener Vorsicht im Sinne einer Schädigung der rechten Schulter infolge des Unfallereignisses vom 6. Dezember 2002 interpretiert werden. Linksseitig seien jedenfalls keine erheblichen degenerativen Veränderungen nachzuweisen gewesen. Dabei sei freilich klar, dass die linke Schulter nur untersucht worden sei, weil die Aufnahmen der rechten Schulter von 1997 nicht mehr auffindbar gewesen seien.

Die Beklagte hat auf die gutachtlichen Ausführungen von Prof. R. unter dem 8. März 2007 erwidert, den Vergleichsbefunden der linken Schulter komme ausschließlich Indizcharakter, nicht aber Wahrscheinlichkeitscharakter zu. Entscheidungsrelevant sei letztlich ausschließlich das Ausmaß des Vorschadens an der rechten Schulter des Klägers.

Nachdem der Kläger nunmehr die lange vermissten Original-MRT-Aufnahmen der rechten Schulter von 1997 wieder gefunden und dem Senat mit Schriftsatz vom 12. April 2007 vorlegt hat, hat der Senat eine gutachtliche Bewertung dieser Aufnahmen durch den Radiologen Prof. Dr. R. veranlasst und bei diesem nachgefragt, ob er unter Berücksichtigung der Aufnahmen aus dem Jahr 1997 bei den von ihm im Gutachten vom 8. Februar 2007 getroffenen Feststellungen bleibe. Mit Gutachten vom 23. Mai 2007 hat Prof. R. ausgeführt, dass sich aus dem direkten Befundvergleich der rechten Schulter mit der 1997 durchgeführten Untersuchung die Konstellation ergebe, dass bereits 1997 die 2002 erfasste Komplettruptur der Supraspinatussehne vorgelegen hat. Auch die durch ein korakoidales Impingement bedingte Luxation der langen Bizepssehne (Pulleyläsion) mit der zumindest partiellen Ruptur des Musculus subskapularis habe bereits 1997 vorgelegen. Im Zeitverlauf hätten sich lediglich eine deutlichere Bursitis in der Region des Musculus subskapularis in der Nachbarschaft zum Processus coracoideus sowie etwas zunehmende subchondrale Veränderungen in den Insertionszonen des Musculus supraspinatus und des Musculus subskapularis gezeigt. Diese Veränderungen entsprächen einer progredienten degenerativen Pathologie und seien nicht dem Trauma zuzuordnen. Zusammenfassend zeige der direkte Befundvergleich 1997 und 2002, dass in infolge des Traumas vom 6. Dezember 2002 keine signifikanten Läsionen zu der vorbestehenden Rotatorenmanschettenruptur hinzugekommen seien.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Akten der Beklagten, die Akten des Sozialgerichts Karlsruhe - S 8 U 710/04 - und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist nach den [§§ 143, 144 Abs. 1 S. 1 SGG](#) zulässig.

Die Berufung ist auch begründet. Das angefochtene Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 12. Oktober 2005 ist rechtswidrig. Das Sozialgericht hat der Klage zu Unrecht stattgegeben. Der Senat vermag nicht festzustellen, dass zwischen dem Sturz, den der Kläger am 6. Dezember 2002 anlässlich eines Arbeitsunfalls erlitten hat, und dem Riss der Supraspinatussehne und der Luxation der langen Bizepssehne im Bereich der rechten Schulter ein im rechtlichen Sinne wesentlicher (teil-)ursächlicher Zusammenhang besteht. Unfallfolge ist vielmehr allein die von der Beklagten anerkannte Prellung der rechten Schulter. Der Kläger hat daher für die Zeit ab 15. Februar 2003 auch keinen Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung mehr.

Der Anspruch des Klägers richtet sich nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches Siebtes Buch - SGB VII -. Danach erhalten Versicherte, die infolge eines Versicherungsfalls arbeitsunfähig sind und unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Arbeitsentgelt hatten, Verletztengeld, dessen Zahlung spätestens mit dem Ablauf der 78. Woche, gerechnet vom Tag des Beginns der Arbeitsunfähigkeit endet ([§§ 45 Abs. 1](#) und [§ 46 Abs. 3](#) Sozialgesetzbuch Siebtes Buch - SGB VII -). Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)).

Arbeitsunfälle sind gem. [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tode führen. Für die Kausalität zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden gilt die Theorie der wesentlichen Bedingung. Diese setzt zunächst einen naturwissenschaftlichen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden voraus und in einem zweiten wertenden Schritt, dass das Unfallereignis für den Gesundheitsschaden wesentlich war (BSG [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#)). Während für die Grundlagen der Ursachenbeurteilung - versicherte Tätigkeit, Unfallereignis, Gesundheitsschaden - eine an Gewissheit grenzende Wahrscheinlichkeit erforderlich ist, genügt für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden eine hinreichende Wahrscheinlichkeit. Die hinreichende

Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn bei vernünftiger Abwägung aller Umstände die für den wesentlichen Ursachenzusammenhang sprechenden so stark überwiegen, dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann und ernstliche Zweifel ausscheiden; die bloße Möglichkeit einer wesentlichen Verursachung genügt nicht (BSG, Urteil vom 7. September 2004 - [B 2 U 34/03 R](#) m. w. N.). Dabei müssen auch körpereigene Ursachen erwiesen sein, um bei der Abwägung mit den anderen Ursachen berücksichtigt werden zu können; kann eine Ursache jedoch nicht sicher festgestellt werden, stellt sich nicht einmal die Frage, ob sie im konkreten Einzelfall auch nur als Ursache im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinn in Betracht zu ziehen ist ([BSGE 61, 127 ff.](#)). Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Das schließt die Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet war, eine bestimmte körperliche Störung hervorzurufen (vgl. Urteil des BSG vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - JURIS).

An diesem Prüfungsmaßstab orientiert, stellt der Senat zunächst fest, dass der Kläger am 6. Dezember 2002 bei seiner versicherten Tätigkeit einen Unfall erlitten hat, indem er auf einer Baustelle von einem Anhänger auf den Boden stürzte und sich dabei an der rechten Schulter verletzte. Fest steht auch, dass beim Kläger an der rechten Schulter eine Komplettruptur im ventralen Anteil der Sehne des Musculus supraspinatus, eine Luxation der langen Bizepssehne und eine deutliche Impingement-Situation des Musculus subskapularis mit einem Ödem unmittelbar zum Processus coracoideus vorliegen. Einen ursächlichen Zusammenhang zwischen diesen Gesundheitsschädigungen, soweit sie über die beklagtenseitig anerkannte Schulterprellung hinausgehen, und dem am 6. Dezember 2002 erlittenen Arbeitsunfall in seinem nachgewiesenen Ablauf vermag der Senat aber auf der Grundlage sämtlicher medizinischen Unterlagen und der behördlich und gerichtlich veranlassten fachorthopädischen und radiologischen Gutachten im Berufungsverfahren nicht mit der dafür erforderlichen Wahrscheinlichkeit festzustellen. Der für den Senat maßgebliche Kriterienkatalog zur Differenzierung zwischen traumatischer und degenerativer Schädigung einer Rotatorenmanschette (vgl. näher Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl., 2003, S. 503-513) und damit zur Beantwortung der Frage nach der haftungsausfüllenden Kausalität reicht dabei von der Vorgeschichte der betroffenen Schulter, über den Verletzungsmechanismus, das Verhalten des Verletzten nach dem Unfallereignis, die klinischen, histologischen, röntgenologischen und kernspintomographischen Untersuchungsbefunde bis hin zum Operationsbericht. Unter Berücksichtigung der Vielzahl der relevanten Sachkriterien ist dem Kläger einzuräumen, dass allein der Verletzungsmechanismus vorliegend eine traumatische Schädigung nicht von vornherein ausgeschlossen erscheinen lässt. Da sich der Kläger nach seinen gegenüber dem Gutachter Prof. Dr. L. gemachten Angaben an den genauen Ereignisverlauf - dem Senat nachvollziehbar - nicht mehr vollständig zu erinnern vermag, kann aufgrund des Unfallhergangs - entgegen der Auffassung der Beklagten - nicht von vornherein von einem für den vorliegenden Gesundheitsschaden - Rotatorenmanschettenruptur rechts - ungeeigneten Unfallereignis gesprochen werden.

Der Senat folgt zunächst vielmehr den schlüssigen Ausführungen des erstinstanzlichen Gutachters Prof. Dr. L., der die hier relevanten Kriterien einzelfallbezogen ebenso nachvollziehbar wie folgerichtig herausgearbeitet hat. Danach sprachen die Belastbarkeit der rechten Schulter im Rahmen der Tätigkeit als Bauarbeiter bis zum Zeitpunkt der Verletzung, der jedenfalls grundsätzlich geeignete Ereignisablauf mit erheblicher Gewalteinwirkung auf die rechte Schulter, der ausgeprägte Verletzungsbefund im Rahmen der Erstuntersuchung vom Unfalltag, die verletzungstypischen Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette im Rahmen der Kernspintomographie vom 12. Dezember 2002 und die Einseitigkeit der Gesundheitsschädigung im Verlauf und im Rahmen der Nachuntersuchung für eine durch den Arbeitsunfall vom 6. Dezember 2002 verursachte Ruptur, während der zunächst lediglich in Form des Befundberichts von Dr. W. vom 1. August 1997 aktenkundige Vorschaden im Bereich der rechten Schulter und der schriftliche Befund der Kernspintomographie vom 12. Dezember 2002 (fehlendes Hämatom, Fehlen ödematöser Veränderung im Knochenmark des Humerus und in den die Schulter umgebenden Weichteilen) gegen einen solchen Zusammenhang anzuführen waren. Eine abschließende Gewichtung ist aber letztlich weder dem erstinstanzlich gutachtlich tätig gewordenen Orthopäden Prof. Dr. L. (Gutachten vom 16. Februar 2005) noch den zunächst im Berufungsverfahren sachverständig befassten Radiologen Prof. Dr. R. und PD Dr. W. (Gutachten vom 26. Juni 2006) und Prof. Dr. R. (Gutachten vom 8. Februar 2007) möglich gewesen. Denn die Original-MRT-Aufnahmen der rechten Schulter des Klägers aus dem Jahre 1997 sind bis Frühjahr 2007 nicht verfügbar gewesen, mit der Folge, dass eine vergleichende Betrachtung der Veränderungen in der rechten Schulter in der Zeit vor und nach dem hier streitgegenständlichen Unfallereignis vom 6. Dezember 2002 bis dahin nur sehr eingeschränkt möglich gewesen ist. Dem entsprechend haben sämtliche gutachtlichen Aussagen der mit dem Fall des Klägers befassten Sachverständigen, die vor dem Auffinden der MRT-Aufnahmen aus dem Jahre 1997 erfolgt sind, unter einem Vorläufigkeitsvorbehalt gestanden, nämlich dem, dass sich aus dieser bildgebenden Diagnostik nichts anderes ergibt.

Die Beweislage hat sich erst verändert, nachdem der Kläger die Original-MRT-Aufnahmen der rechten Schulter aus dem Jahre 1997 dem Senat im April 2007 vorgelegt hat. Der vom Senat daraufhin erneut als Sachverständiger bestellte Radiologe Prof. Dr. R. hat in seinem unter dem 23. Mai 2007 verfassten Gutachten aus dem jetzt möglichen direkten Befundvergleich der bildgebenden Diagnostik der rechten Schulter 1997 - 2002 die Folgerung gezogen, dass bereits 1997 nicht nur die 2002 erfasste Komplettruptur der Supraspinatussehne vorgelegen hat, sondern auch die durch ein korakoidales Impingement bedingte Luxation der langen Bizepssehne (Pulleyläsion) mit der zumindest teilweisen Ruptur des Musculus subskapularis. Dem Senat nachvollziehbar und transparent folgernd hat Prof. Dr. R. daraus den sehr naheliegenden Schluss gezogen, dass die Veränderungen an der Rotatorenmanschette der rechten Schulter des Klägers einer seit 1997 progredienten degenerativen Pathologie entsprechen, also nicht durch den Arbeitsunfall vom 6. Dezember 2002 traumatisch bedingt sind. Mit der weiteren Folgerung, das Unfallgeschehen vom 6. Dezember 2002 habe der vorbestehenden Rotatorenmanschettenpathologie keine zusätzlichen signifikanten Läsionen hinzugefügt, ist zugleich auch auszuschließen, den Sturz vom 6. Dezember 2002 als wesentliche Teilursache für das Entstehen des geltend gemachten Gesundheitsschadens anzuerkennen. Diese Auffassung hat im Übrigen von Anfang an der behandelnde Orthopäde Dr. J. vertreten, der die Beschwerden des Klägers seit dem 14. Februar 2003 nicht mehr ursächlich auf die bei dem Unfallereignis zugezogene Prellung der rechten Schulter, sondern auf den erheblichen Vorschaden zurückgeführt hat.

Nach alledem überwiegen die Gründe, die gegen eine unfallbedingte Sehnenzerreißen sprechen - allem voran der erhebliche, seit 1997 nachgewiesene Vorschaden an der rechten Schulter -, diejenigen klar und deutlich, die eine solche wahrscheinlich erscheinen lassen. Das schließt es aus, die begehrten Unfallfolgen - Impingementsyndrom der rechten Schulter mit Rotatorenmanschettendefekt rechts im Supraspinatus-Sehnenbereich sowie Riss der Rotatorenmanschette rechts - festzustellen und dem Kläger aufgrund dessen die begehrten unfallversicherungsrechtlichen Leistungen zuzusprechen.

Dem entsprechend war das von der Beklagten zu Recht angefochtene erstinstanzliche Urteil vom 12. Oktober 2005 aufzuheben und die Klage vollumfänglich abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-09-03