

L 3 U 288/09

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Cottbus (BRB)
Aktenzeichen
S 7 U 147/04
Datum
23.07.2009
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 3 U 288/09
Datum
13.12.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 23. Juli 2009 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt als Sonderrechtsnachfolgerin ihres am 25. August 2006 verstorbenen Ehemanns (Versicherter) gegenüber der Beklagten die Anerkennung bestimmter Arbeitsunfallfolgen und die Gewährung einer Verletztenrente.

Der 1969 geborene Versicherte erlitt am 13. November 2002 bei seiner Beschäftigung als Schlosser einen Arbeitsunfall, als er beim Versuch, per Hand einen Metallträger einzubauen, dieser in Überlast geriet, abrutschte und die haltende linke Hand in die Höhe riss. Hierdurch wurde die linke Hand eingequetscht, vgl. Unfallanzeige der Arbeitgeberin des Versicherten vom 15. November 2002 und Unfallschilderung des Arbeitskollegen R vom 26. Januar 2003. Laut Rs Unfallschilderung beklagte der Versicherte bereits bei der anschließenden Fahrt ins Krankenhaus Bauch- und Rückenschmerzen. Der Versicherte stellte sich zunächst wegen der Beschwerden an der linken Hand in der Rettungsstelle der C vor. Dort entwickelte er ein akutes Abdomen. Es wurde bei der durchgangsarztlichen Untersuchung eine Fraktur der Endphalanx des linken Daumens, ferner per Computertomographie (CT) eine Dissektion der Aorta thoracalis (Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader, meist verursacht durch einen Einriss der inneren Gefäßwand mit nachfolgender Einblutung zwischen den Schichten), beginnend vom Aortenbogen bis in beide Beckenachsen, eine Erweiterung der Aorta abdominalis supra- und infrarenal sowie ein kleiner Infarkt der linken Niere festgestellt (vgl. Durchgangsarztbericht der C, Klinik für Allgemein-, Visceral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie vom 18. November 2002 und CT-Bericht vom 13. November 2002). Der Versicherte wies schwerste Folgeerscheinungen bedingt durch die resultierenden Perfusionsstörungen mit rezidivierenden Blutungen, schweren Gerinnungsstörungen, akutem Nierenversagen, Kreislauf- und Lungenversagen auf. Er wurde sofort operiert und auf der Intensivstation weiter behandelt, vgl. Bericht der C, Klinik für Allgemein-, Visceral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie vom 12. Dezember 2002.

Die weitere Krankheitsgeschichte ergibt sich aus dem u.a. vom Oberarzt Dr. R gezeichneten Zwischenbericht der C, Klinik für Allgemein-, Visceral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie vom 07. Februar 2003: Der postoperative Verlauf war durch einen septischen Schock mit Multiorganversagen gekennzeichnet. Es folgten weitere Operationen und Untersuchungen mit folgenden Nebendiagnosen: Akute Peritonitis, Niereninsuffizienz akut postoperativ, erosive Gastritis, erosive Duodenitis, obere gastrointestinale Blutung, postoperative Gerinnungsstörungen, eitrige Tracheobronchitis, postoperative Wundheilungsstörung, Dekubitus, Hepatomegalie, postoperative respiratorische Insuffizienz, Pleuraerguss, akutes Abdomen, postoperatives akutes Leberversagen, akute Darmischämie, Epistaxis beidseits, septischer Schock mit MODS, Hörverlust unklarer Genese. Es kam operativ u.a. neben der Aortenrekonstruktion zu einer Bypassbehandlung, (wegen ausgedehnter Darmnekrosen) zu einer subtotalen Dickdarmresektion und Dünndarmteilresektion, einer Dünndarmanastomose und einem terminalen Ileostoma (Dünndarmausgang).

Die Beklagte holte eine Stellungnahme des (mittlerweile) leitenden Oberarztes der Gefäßchirurgie der C Campus Mitte Dr. R vom 11. Juni 2003 ein, wonach Aortendissektionen die Folge eines mehr oder weniger lange und in aller Regel unkontrolliert bestehenden Bluthochdrucks seien. Hieraus ergebe sich eine Degeneration der Innenwand der Aorta mit der Folge der Wandstörung, des Bluteintritts in die Wand und der typischen Pathogenese einer Aortendissektion. Daneben seien auch seltene Ursachen beschrieben worden, u.a. existierten Literaturberichte über traumatisch bedingte Dissektionen der Aorta, in aller Regel oder im häufigsten Fall verursacht durch Verkehrsunfälle. Eine entsprechend starke Gewalteinwirkung könne prinzipiell zu einer Verletzung der Aortenwand mit der Folge einer Dissektion führen. Vorliegend sei ärztlicherseits von zwei unabhängig voneinander existierenden Ereignissen ausgegangen worden, nämlich von der Verletzung infolge des Arbeitsunfalls, die ohne kausalen Zusammenhang gefolgt gewesen sei von einer typischen Aortendissektion im

thorakoabdominalen Bereich mit entsprechenden Folgeerscheinungen, von denen am wesentlichsten eine nahezu komplette mesenteriale Ischämie und eine Ischämie der linken unteren Extremität gewesen seien. Da im peri- und postoperativen Verlauf ein Hypertonus zu behandeln gewesen sei, bestehe die Möglichkeit, dass ein solcher Hypertonus bis zum Unfallereignis unbekannt gewesen sei, jedoch zu einer Aortendissektion in typischer Weise geführt habe. Unter dieser Annahme wäre der zeitliche Zusammenhang mit dem Unfallereignis möglicherweise zufällig. Denkbar sei jedoch auch, dass es zu einer exzessiven Blutdrucksteigerung im Zusammenhang mit dem Trauma gekommen sei, die dann zur Aortenwandläsion mit der Folge der Dissektion geführt habe. Schließlich sei auch nicht vollständig abzulehnen, dass durch die Gewalteinwirkung mit Nach-oben-reißen-des-linken-Armes eine Wandverletzung der Aorta zustande gekommen sei, die dann die bekannten Folgen nach sich gezogen habe. Zusammenfassend sei festzustellen, dass ein Zusammenhang zwischen dem beschriebenen Ereignisablauf des Unfalls und der dann festgestellten Aortendissektion möglich, wenn auch nicht sehr wahrscheinlich sei. Dies bedeute jedoch, dass ein solcher Zusammenhang nicht definitiv auszuschließen sei.

Die Beklagte zog ein Gutachten von Dr. R zur Zusammenhangsfrage vom 24. November 2003 bei, in welcher er nach einer erneuten Untersuchung des Versicherten am 19. November 2003 zunächst auf die Stellungnahme vom 11. Juni 2003 verwies. Vorschädigungen der Aorteninnenwand hätten während der Operation nicht festgestellt werden können. Befunde, welche das Vorliegen einer langjährigen arteriellen Hypertonie nachwiesen, lägen nicht vor. Eine temporär während des intensivpflichtigen postoperativen Aufenthalts des Versicherten messbare arterielle Hypertonie sei inzwischen nicht mehr nachweisbar. Unter geringfügiger Medikation bestehe derzeit Normtonie. Es lägen keine anamnestischen Angaben über irgendeine hypertone Kreislaufsituation bis zum Unfallereignis vor. Die abdominale Aortendissektion sei durch den Unfall mit hoher Wahrscheinlichkeit allein verursacht oder aber wesentlich mitverursacht worden. Aus den vorgenannten Gründen sei davon auszugehen, dass das Unfallereignis mit dem plötzlichen Hochreißen des linken Armes geeignet sei, auch bei einem gesunden Menschen eine thorakoabdominale Aortendissektion hervorzurufen. Als Unfallfolgen lägen vor: thorakoabdominale Aortendissektion mit Übergriff auf die Beckenarterien, Zustand nach subtotaler Dickdarmresektion und ausgedehnter Dünndarmresektion mit temporärem Ileostoma und sekundär angelegter Ileodeszendostomie, partielle Wundheilungsstörung in Form eines Fadengranuloms nach mehrfacher Laparotomie, Harnröhrenstriktur mit Zustand nach Lasertherapie, Zustand nach ischämiebedingtem Leber- und Nierenversagen mit temporärem Ersatz der Nierenfunktion durch Hämodialyse und partiellem Perfusionsausfall im Bereich der Nieren. Es bestehe bis jetzt unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit. Eine abschließende Äußerung zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) sei noch nicht möglich; jedoch sei von einer MdE von zumindest 50 vom Hundert (v.H.) auszugehen.

Die Beklagte holte eine Stellungnahme des Leitenden Oberarztes der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des Unfallkrankenhauses Berlin (UKB) Dr. N vom 23. April 2004 ein, wonach der beschriebene Unfallablauf durchaus zu einer Aortendissektion wie der vorliegenden führen könne. Eine Literaturrecherche habe keine vergleichbaren Unfallhergänge wie den vorliegenden ergeben. Es sei auch unwahrscheinlich, dass es beim Versicherten bei einer alltäglichen Handlung zu einer Aortendissektion gekommen wäre. Beim im Zeitpunkt des Unfalls 33 Jahre alten Versicherten sei die Möglichkeit einer Aortendissektion als eher untypisch anzusehen. Risikofaktoren schienen beim Versicherten nicht gegeben zu sein. Zur endgültigen Klärung insbesondere der Frage zu einer Vorschädigung der Aorta müssten histologische Untersuchungsergebnisse herangezogen werden.

Dr. R teilte der Beklagten am 17. Mai 2004 mit, dass eine histologische Untersuchung seinerzeit nicht stattgefunden habe; es sei aus der Aortenwand kein Material entnommen worden.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 03. Juni 2004 eine Rente infolge des Arbeitsunfalls vom 13. November 2002 ab. Es bestehe keine unfallbedingte, rentenberechtigende MdE über die 26. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus. Der Bruch des Endglieds des Daumens sei einzige Unfallfolge und vollständig ausgeheilt. Die thorakoabdominale Aortendissektion und die hierauf zurückzuführenden gesundheitlichen Folgen seien nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen.

Der Kläger erhob am 01. Juli 2004 Widerspruch und führte zur Begründung aus, dass Dr. R zufolge die thorakoabdominale Aortendissektion mit hoher Wahrscheinlichkeit allein oder aber wesentlich durch den Unfall mit verursacht worden sei. Dr. N habe dieser Einschätzung nicht widersprochen.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 02. November 2004 zurück. Eine unfallbedingte Aortendissektion entstehe laut ärztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung nur bei direkter starker Gewalteinwirkung auf den Brustkorb oder den Bauchraum, bei Druckwellen, durch Explosionen oder Detonationen sowie bei Beschleunigungseinwirkungen des Körpers infolge abrupter Geschwindigkeitsänderungen. Ein solches Unfallereignis habe hier nicht vorgelegen. Die Argumentation von Dr. R sei demgegenüber nicht schlüssig. Dr. N halte eine Verursachung der Aortendissektion durch das Hochreißen des Armes zwar für möglich. Sollte jedoch das Hochreißen tatsächlich ein geeignetes Unfallereignis darstellen, so müssten in der Fachliteratur bereits ähnliche Fälle beschrieben sein, da es auch bei anderen Gelegenheiten zu einem plötzlichen ruckartigen Hochreißen mit Überstreckung des Armes komme, wie z.B. bei Reck- bzw. Trapezturnen oder bei Foulspielen im Handballsport.

Der Versicherte hat sein Begehren nach Anerkennung der thorakoabdominalen Aortendissektion und der hieraus resultierenden gesundheitlichen Folgezustände sowie nach einer Unfallrente mit der am 01. Dezember 2004 zum Sozialgericht Cottbus (SG) erhobenen Klage weiterverfolgt und behauptet, die Aortendissektion sei mit hinreichender Wahrscheinlichkeit im Wesentlichen auf das Unfallereignis zurückzuführen. Dies ergebe sich aus dem Fehlen einer nachgewiesenen Aortenomalie und den für den nötigen Zusammenhang sprechenden Einschätzungen Dr. Rs und Dr. Ns. Der Versicherte hat zur Untermauerung seines Vorbringens das für die Krankenkasse des Versicherten erstellte, gefäßchirurgische Fachgutachten/ Zusammenhangsgutachten des Facharztes für Chirurgie/ Gefäßchirurgie Dr. Hvom 29. März 2005 vorgelegt. Dr. H führt u.a. aus, es habe sich beim Unfall eindeutig um ein sog. Accelerations-Declarationstrauma gehandelt, das auf den Brustkorb des Verunfallten gewirkt habe. Derartige Traumata seien geeignet, aufgrund der anatomischen Gegebenheiten und Beziehungen zwischen Herz, Aorta und Brustkorb Schiebe-Schleuderwirkungen zu erzeugen. Infolge Beharrungsvermögen auf der einen Seite und Massebeschleunigung auf der anderen Seite komme es zur Ruptur der Aorta an ganz typischer Stelle, ohne dass es dabei zu äußeren Verletzungen des Brustkorbs kommen müsse. Je nach Ausmaß der Aortenwandruptur komme es zum Verblutungstod bei offener Ruptur oder es bilde sich ein lokalisiertes Aneurysma spurium oder ein dissezierendes, zwischen den Aortenwandschichten sich ausbreitendes Aneurysma. Hiernach sei der Unfall des Versicherten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit geeignet, die Aortenruptur und anschließende -dissektion hervorzurufen. Andere Zusammenhänge als Ursache des Gesundheitsschadens wie z.B. ein unter dem Unfall akut aufgetretener hoher Blutdruck, eine arteriosklerotische oder entzündliche Vorerkrankung der Aorta seien mit an

Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen. Der Versicherte sei im Unfallzeitpunkt als Schlosser voll arbeits- und berufsfähig gewesen und ihm hätten jegliche bekannte Risikofaktoren gefehlt.

Das SG hat Befundberichte der den Versicherten behandelnden Ärzte nebst Krankenhausberichten sowie die Schwerbehindertenakte beigezogen, aus welcher u.a. ein Attest des Facharztes für HNO-Heilkunde Dr. U zu entnehmen gewesen ist, wonach beim Versicherten seit November 2002 rechtsseitig praktisch Taubheit besteht und der Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen als sicher angenommen werden muss.

Der Versicherte wurde am 24. August 2006 unter der Diagnose einer akuten Typ-B-Dissektion ins Deutsche Herzzentrum aufgenommen und notoperiert (Rekonstruktion in Form eines thorakoabdominalen Aortenersatzes). Er verstarb dort am Folgetag.

Das SG hat aufgrund Beweisordnung vom 30. August 2006 Prof. Dr. M vom Arbeitsbereich Herzpathologie des Herzzentrums mit der Erstattung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens auf der Grundlage einer Obduktion des verstorbenen Versicherten beauftragt, welches unter dem 18. Dezember 2007 nach einer klinischen Sektion am 01. September 2006 mit Probenentnahmen unter Einbeziehung einer humangenetischen und histologischen Stellungnahme erstattet worden ist. Prof. Dr. M gelangte unter Einbeziehung der beim Versicherten entnommenen Schnittpräparate (keine typischen anatomischen Strukturen der Aortenwand, ausgedehnte Verkalkungen und unterschiedlich zellreiche Proliferationen entsprechend dem Bild einer Arteriosklerose, keine typischen Mediabestandteile, reparative Vorgänge) zum Schluss, der Versicherte habe ganz offensichtlich eine schwere, von der Aortenmedia ausgehende degenerative Erkrankung gehabt, die als zystische Mediadegeneration zu diagnostizieren sei. Es sei davon auszugehen, dass die Erkrankung bereits 2002 zum Zeitpunkt des Arbeitsunfalls bestanden habe. Die genetischen Untersuchungen hätten zu keinem Ergebnis geführt. Typische Zeichen für ein Marfan-Syndrom hätten bei der Sektion und den nachfolgenden histologischen Untersuchungen nicht ermittelt werden können. Wenn im Unfallzeitpunkt bereits eine schwere Aortenveränderung vorgelegen habe, reichten relativ geringe Traumata wie das vorliegende aus, um eine Dissektion herbeizuführen.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 23. Juli 2009 abgewiesen. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme, insbesondere dem Sachverständigengutachten von Prof. Dr. M liege für eine unfallbedingte MdE nichts vor.

Die Klägerin hat als Sonderrechtsnachfolgerin gegen das ihr am 22. September 2009 zugestellte Urteil am 19. Oktober 2009 Berufung eingelegt. Es sei nicht erkennbar, dass es ohne den Arbeitsunfall ebenfalls zu der Gesundheitsschädigung des Versicherten gekommen wäre. Damit scheide der Unfall als Gelegenheitsursache aus.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 23. Juli 2009 aufzuheben sowie den Bescheid der Beklagten vom 03. Juni 2004 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 02. November 2004 zu ändern und festzustellen, dass eine thorakoabdominale Aortendissektion und die hieraus resultierenden gesundheitlichen Folgezustände Folgen des Arbeitsunfalls vom 13. November 2002 sind, sowie die Beklagte zu verurteilen, hiernach eine Verletztenrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat auf Antrag der Klägerin das schriftliche Sachverständigengutachten des (mittlerweile) Chefarztes der chirurgischen Abteilung des Franziskus-Krankenhauses Dr. R vom 16. August 2011 eingeholt. Es sei nach dem Gutachten Prof. Dr. Ms mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit von einer im Unfallzeitpunkt bestandenen Degeneration der Media der Aortenwand auszugehen. Diese Erkrankung stelle die wesentliche Ursache für die Aortendissektion dar, denn ohne das Vorhandensein einer Vorschädigung der Aortenwand im Sinne eines krankhaften Wandumbauprozesses wäre die Entstehung einer Dissektion allein durch den beschriebenen Unfallmechanismus zwar denkbar, jedoch nicht wahrscheinlich. Auslösende Ursache sei indes mit hoher Wahrscheinlichkeit der Unfall, allerdings nur auf dem Boden der Vorschädigung. An seiner bisherigen Beurteilung der Zusammenhangsfrage in der Stellungnahme vom 11. Juni 2003 und im Zusammenhangsgutachten vom 24. November 2003 werde nicht mehr festgehalten; damals sei nicht hinreichend gewürdigt worden, dass in der CT-Untersuchung vom 13. November 2002 neben der Dissektion auch eine Dilatation und Ektasie der Aorta zur Darstellung gekommen seien, woraus schon damals auf eine morphologische Wandstörung hätte geschlossen werden können. Soweit Dr. N in seiner Stellungnahme vom 23. April 2004 feststelle, dass auch Bagateltraumata zu Dissektionen im Bereich der thorakoabdominalen Aorta führen könnten, sei hier der Zusatz zu machen, dass dies, wenn überhaupt, entweder eine absolute Rarität darstelle oder eben eine vorgeschädigte Aortenwand zur Voraussetzung habe. Ausgehend vom pathologischen Befund sei Dr. H mit seiner Zusammenhangsbeurteilung im Gutachten vom 29. März 2005 nicht zu folgen, soweit er darin davon ausgehe, dass jegliche Vorschäden der Aorta oder Risikofaktoren, aus denen auf eine Vorerkrankung der Aorta geschlossen werden könne, fehlten. Die Verletzung der linken Hand sei folgenlos ausgeheilt.

Dr. R hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 30. März 2012 zum Schriftsatz der Klägerin vom 09. Januar 2012, mit welchem sie dem Gutachten kritisch entgegen getreten ist, ausgeführt, sämtliche Ausführungen im Gutachten vom 15. August 2011 behielten weiterhin Gültigkeit. Wenn auch die Wahrscheinlichkeit der Entstehung einer Aortendissektion ohne eine Prädisposition, d.h. eine mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliegende Grundkrankheit oder Vorschädigung der Aortenwand potenziell eher gering einzuschätzen sei, müsse die Auslösung der Dissektion dennoch als wesentliche Ursache betrachtet werden, und zwar in dem Sinne, dass die Aortendissektion zwar auf der Basis einer Vorschädigung, aber auch wesentlich durch das Unfallgeschehen verursacht worden sei. Eine zufällig zum Zeitpunkt des Unfalls auf dem Boden einer Vorschädigung der Aortenwand entstandene sog. Spontandissektion habe gegenüber einer Auslösung durch mechanische Gewalt im Sinne eines Schleudertraumas oder durch kurzfristige, starke Blutdrucksteigerung als zweite Ursache eine verschwindend geringe Wahrscheinlichkeit, m.a.W., verglichen mit der Auslösung der Aortendissektion durch das Unfallereignis sei ein rein zufälliges zeitliches Zusammentreffen zwischen dem Auftreten des Gesundheitsschadens und der versicherten Tätigkeit extrem unwahrscheinlich. Soweit er sich in seinem Gutachten auf die alleinige Wesentlichkeit der Vorschädigung festgelegt habe, sei dies der

Fragestellung in der Beweisanordnung geschuldet gewesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten und beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen und inhaltlich Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig und beschweren die Klägerin nicht. Sie hat als Sonderrechtsnachfolgerin des Versicherten keinen Anspruch auf Feststellung der von ihr behaupteten Unfallfolgen des Versicherten und Verletztenrente.

Nach [§ 56 Abs. 1 S. 1](#) des Siebten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB VII) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Nach [§ 56 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#) besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente, wenn die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert ist und die Vomhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20 erreichen. Nach [§ 56 Abs. 1 S. 3 SGB VII](#) sind die Folgen eines Versicherungsfalls nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern. Versicherungsfälle sind gemäß [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten.

Nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit. Versicherte Tätigkeit ist u. a. auch das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit ([§ 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#)). Für einen Arbeitsunfall ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitsschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen von Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitsschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls (etwa Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 02. April 2009 - [B 2 U 29/07 R](#) -, zitiert nach juris). Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt, dass die Merkmale "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung zur Zeit des Unfalls", "Unfallereignis" sowie "Gesundheitserst- bzw. Gesundheitsfolgeschaden" im Wege des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der wesentlichen Ursachenzusammenhänge zwischen diesen Voraussetzungen die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (etwa BSG, a.a.O.). Ob der Gesundheitsschaden eines Versicherten durch einen Arbeitsunfall (wesentlich) verursacht wurde, entscheidet sich - bei Vorliegen einer Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne - danach, ob das Unfallereignis selbst - und nicht eine andere, unfallunabhängige Ursache - die wesentliche Bedingung für den Eintritt des Gesundheitsschadens war (BSG, Urteil vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, zitiert nach juris).

Für die wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache hat die Rechtsprechung folgende Grundsätze herausgearbeitet: Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Sozialrechtlich ist allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben). Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst. Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen (vgl. Urteil des BSG vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 15). Gesichtspunkte für die Beurteilung der besonderen Beziehung einer versicherten Ursache zum Erfolg sind neben der versicherten Ursache bzw. dem Ereignis als solchem, einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, die konkurrierende Ursache unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens - aber eine Ursache ist nicht deswegen wesentlich, weil sie die letzte war -, weiterhin Rückschlüsse aus dem Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, den Befunden und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie der gesamten Krankengeschichte. Ergänzend kann der Schutzzweck der Norm heranzuziehen sein (BSG, a.a.O., Rn. 16).

Wenn auch die Theorie der wesentlichen Bedingung im Unterschied zu der an der generellen Geeignetheit einer Ursache orientierten Adäquanztheorie auf den Einzelfall abstellt, bedeutet dies nicht, dass generelle oder allgemeine Erkenntnisse über den Ursachenzusammenhang bei der Theorie der wesentlichen Bedingung nicht zu berücksichtigen oder bei ihr entbehrlich wären. 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 eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen. Maßgebend ist, dass die Beurteilung medizinischer Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge auf dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand aufbauen muss (BSG, a.a.O., Rn. 17). Dies erfordert nicht, dass es zu jedem Ursachenzusammenhang statistisch-epidemiologische Forschungen geben muss, weil dies nur eine Methode zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse ist und sie im Übrigen nicht auf alle denkbaren Ursachenzusammenhänge angewandt werden kann und braucht. Gibt es keinen aktuellen allgemeinen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu einer bestimmten Fragestellung, kann in Abwägung der verschiedenen Auffassungen einer nicht nur vereinzelt vertretenen Auffassung gefolgt werden (BSG, a.a.O., Rn. 18). Dieser wissenschaftliche Erkenntnisstand ist jedoch kein eigener Prüfungspunkt bei der Prüfung des Ursachenzusammenhangs, sondern nur die wissenschaftliche Grundlage, auf der die geltend gemachten Gesundheitsstörungen des konkreten Versicherten zu bewerten sind. Bei dieser einzelfallbezogenen Bewertung kann nur auf das individuelle Ausmaß der Beeinträchtigung des Versicherten abgestellt werden, aber nicht so wie er es subjektiv bewertet, sondern wie es objektiv ist. Die Aussage, der Versicherte ist so geschützt, wie er die Arbeit antritt, ist ebenfalls diesem Verhältnis von

individueller Bewertung auf objektiver, wissenschaftlicher Grundlage zuzuordnen: Die Ursachenbeurteilung im Einzelfall hat "anhand" des konkreten individuellen Versicherten unter Berücksichtigung seiner Krankheiten und Vorschäden zu erfolgen, aber auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes (BSG, a.a.O., Rn. 19). Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Dies wird häufig bei einem klar erkennbaren Ursache-Wirkungs-Zusammenhang, vor allem wenn es keine feststellbare konkurrierende Ursache gibt, kein Problem sein. Aber es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache die versicherte naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde (BSG, a.a.O., Rn. 20).

Erst dann, wenn sich die haftungsausfüllende Kausalität annehmen lässt, stellt sich die Frage nach der Bemessung der MdE und hängt diese von zwei Faktoren ab: Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel (etwa BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 – [B 2 U 14/03 R](#) –, zitiert nach juris).

Hiervon ausgehend ist der Senat nicht im nach [§ 128 Abs. 1 S. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) erforderlichen Maße überzeugt, dass beim Versicherten infolge des als solchen unstreitigen und anerkannten Arbeitsunfalls vom 13. November 2002 tatsächlich eine rentenberechtigende MdE vorlag. Die von der Beklagten in ihrem Bescheid vom 03. Juni 2004 festgestellte Gesundheitsstörung "Bruch des Endgliedes am Daumen links, vollständig ausgeheilt" bedingt eine solche MdE nicht, vgl. die Ausführungen hierzu im gerichtlichen Sachverständigengutachten von Dr. Rückert vom 16. August 2011 ("restitutio ad integrum"). Dies wird von der Klägerin auch nicht behauptet. Darüber hinausgehende unfallbedingte Gesundheitsstörungen, m.a.W. Unfallfolgen im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung liegen hier ebenfalls nicht vor. Insbesondere sind der Zustand nach stattgehabter akuter thorakoabdominaler Aortendissektion und die hieraus resultierenden gesundheitlichen Folgezustände keine Unfallfolgen im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung und vermögen so eine rentenberechtigende MdE von vornherein nicht zu begründen.

Zunächst fehlt es an einem für die Dissektion einer gesunden Aorta geeigneten Unfallmechanismus. Das Fachschrifttum sieht als vorbestimmend für derartige Verletzungen grundsätzlich ein arteriosklerotisch geschädigtes Gefäß an (Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, Kap.10.1.5, S. 803). Anhaltspunkte für eine im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung unfallbedingte Verursachung bestehen bei größeren, nicht immer äußerlich sichtbaren Brustkorbverletzungen, gelegentlich auch schweren Prellungen des Bauchs und des Rückens, verursacht durch Schlag oder Stoß fester Gegenstände gegen den Brustkorb mit Prellung des Herzens, bei hydraulischen Sprengwirkungen des Herzblutes bei Kompression des Brustkorbs, bei Beschleunigungseinwirkungen durch Druckwellen bei Explosionen und Detonationen sowie bei Beschleunigungseinwirkungen infolge abrupter Geschwindigkeitsänderungen, welche über Schleuderbewegungen des Bluts im Herzen zu Kontusionen und Rupturen der Herzwände, Klappenläsionen und Zerreißen der großen Gefäße führen können (Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, Kap.10.1.6, S. 803 f.). Soweit sich vorliegend allenfalls eine Beschleunigungseinwirkung aufgrund abrupter Geschwindigkeitsänderung annehmen lässt, liegt nach dem zugrunde zu legenden Geschehensablauf nichts dafür vor, dass dieser geeignet gewesen wäre, massive Schleuderbewegungen des Blutes zu verursachen, die zu einer Zerreißen einer gesunden Aorta geführt hätten. Dr. Hs in eben diese Richtung gehende Einschätzung erscheint letztlich spekulativ. Es ist nach allen aktenkundigen Geschehensabläufen nichts dafür ersichtlich, dass – im Sinne des Fachschrifttums – das Herz bzw. die Aorta selbst bzw. das darin befindliche Blut einer massiven Beschleunigungseinwirkung ausgesetzt gewesen wären; beschleunigt wurde lediglich der linke Arm des Versicherten, welcher hoch gerissen wurde. Ferner lässt die an der linken Hand davongetragene Verletzung keine Rückschlüsse auf die Geschwindigkeit und damit den Grad der Beschleunigungseinwirkung zu. Gegen eine massive Krafteinwirkung spricht, dies führt überzeugend Dr. R in seinem gerichtlichen Sachverständigengutachten aus, das Fehlen entsprechender Begleitverletzungen etwa im Bereich der Schulter oder des Armes (Rotatorenmanschettenverletzung, Zerrung etc.). Objektive Befunde hierfür sind nicht ersichtlich. Auch sind keine entsprechenden Beschwerden des Versicherten dokumentiert. Dementsprechend schließen bereits auch die Fachärzte der erstbehandelnden Klinik für Allgemein-, Visceral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie der C unter dem 12. Dezember 2002, dass zwar eine Aortendissektion mit Ausgang von der Arteria wie hier in seltenen Fällen durch starke Beschleunigung des Armes verursacht werden kann, jedoch hier keine hohe Wahrscheinlichkeit für einen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der Hauptdiagnose angenommen werden kann, weil keine weiteren Begleitverletzungen diagnostiziert wurden.

Da eine erhebliche Beschleunigungseinwirkung auf die Aorta nicht gesichert ist, ist im Unfallereignis letztlich nach den vorstehenden Maßstäben nur noch eine Gelegenheitsursache zu erkennen, die zwar die Aortendissektion mit verursachte, jedoch nur als Auslöser erscheint. Offensichtlich war die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar, dass die Auslösung der beim Versicherten eingetretenen akuten Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Das Hochreißen des linken Arms erscheint als Ursache zu austauschbar bzw. beliebig, als dass darin eine wesentliche Ursache erkannt werden könnte.

Vielmehr lag nach Überzeugung des Senats mit einer zystischen Mediadegeneration bereits im Zeitpunkt des Unfallereignisses eine erhebliche Schadensanlage vor. Prof. Dr. M weist in seinem Sachverständigengutachten nach der von ihm beaufsichtigten klinischen Sektion nach Würdigung der pathologischen Befunde, welche insbesondere ausgedehnte Verkalkungen und unterschiedlich zellreiche Proliferationen, die der Aortenintima zugeordnet werden können und dem Bilde einer Arteriosklerose entsprechen erbracht haben, nachvollziehbar darauf hin, dass mit der von der Aortenmedia ausgehenden degenerativen Erkrankung bereits im Zeitpunkt des Unfallereignisses eine Schadensanlage für die Aortendissektion gegeben war. Mit der Einbeziehung pathologischer Befunde trägt Prof. Dr. M

im Übrigen auch der plausiblen Forderung Dr. Ns in seiner für die Beklagte erstellten Stellungnahme vom 23. April 2004 Rechnung, welcher zur endgültigen Klärung, ob beim Versicherten eine wesentliche Vorschädigung der Arterienwand vorhanden war, histologische Untersuchungen der dissezierten Aorta oder aus den Gefäßabschnitten anderer Resektionsorgane fordert. Die für die Aortendissektion wesentliche, degenerative Vorschädigung der Aorta wird von Dr. R in seinem für den Senat erstellten Sachverständigengutachten vom 16. August 2011 ebenfalls bestätigt, indem er hierfür plausibel auf den CT-Befund vom 13. November 2002 verweist, in welchem bereits eine Erweiterung der Aorta abdominalis supra- und infrarenal und damit eine morphologische Störung der Aortenwand festgestellt wurde.

Hievon ausgehend hat Dr. R in seinem schriftlichen Sachverständigengutachten vom 16. August 2011 nachvollziehbar ausgeführt, dass er die wesentliche Hauptursache für die Entstehung der Aortendissektion – ausdrücklich anders als noch in seinem für die Beklagte erstellten Zusammenhangsgutachten – in der zum Zeitpunkt des Unfalls vorhandenen Degeneration der Media und im Unfall lediglich einen Trigger für die auch im Spontanverlauf mögliche Entstehung einer Dissektion erkennt. Unfallbedingte, rentenberechtigende Funktionseinbußen infolge der Aortendissektion sieht er konsequenter nicht als MdE-bestimmend an. Dass er auch in seiner ergänzenden Stellungnahme keine andere Wertung vollziehen will, auch wenn er dort nun auch vom Unfallereignis als wesentlicher Ursache spricht, ergibt sich bereits aus den einleitenden Worten seiner ergänzenden Stellungnahme ("Einleitend soll festgestellt werden, dass sämtliche Ausführungen des Gutachters im Gutachten auch für folgende (ergänzende) Stellungnahme Gültigkeit behalten."). Auch im Folgenden macht Dr. R der Sache nach deutlich, dass allein in der Vorschädigung die wesentliche Ursache zu sehen ist, zumal auch er dem Unfallereignis als solchem letztlich keine besondere Schwere beimisst. Dr. R geht allein aufgrund der juristischen Fehlwertung, dass der Unfall schon deshalb wesentlich sei, weil eine Spontandissektion extrem unwahrscheinlich gewesen wäre, von einer Wesentlichkeit des Unfallereignisses aus, anstatt darauf abzustellen, ob der Versicherte nicht bei einer vergleichbaren Einwirkung außerhalb der versicherten Tätigkeit auch eine Aortendissektion erlitten hätte. So vermag aus den Ausführungen Dr. Rs nichts der Schluss gezogen werden, auch das Unfallereignis sei wesentlich. Vielmehr gibt auch Dr. R, indem er selbst eine Spontandissektion nicht auszuschließen vermag, zu erkennen, dass er von einer derart schweren Vorschädigung ausgeht, dass ihm selbst eine Aortendissektion ohne jegliche Einwirkung von außen möglich erschienen ist. Bei alldem lässt sich – anders die Klägerin mit ihrem Schriftsatz vom 14. Mai 2012 – nicht ohne Weiteres davon ausgehen, dass eine unphysiologische Blutdrucksteigerung von über 300 mmHg infolge der kurzzeitigen Maximallast des Eisenträgers auftrat. So lässt sich die Wesentlichkeit des Unfallhergangs für die Aortendissektion nicht herleiten. Ob es eine derartige Blutdrucksteigerung gab, ist spekulativ. Insofern wird auch von Dr. R (vgl. S. 26 seines Gutachtens vom 16. August 2011) nur eine Hypothese für einen möglichen Kausalverlauf aufgestellt. Davon abgesehen ist tatsächlich nichts für ein Überlastungstrauma des Versicherten ersichtlich.

Andere Einschätzungen der Zusammenhangsfrage lassen sich auch nicht der Stellungnahme Dr. Ns vom 23. April 2004 entnehmen, welcher lediglich die Möglichkeit einer Aortendissektion infolge eines Beschleunigungstraumas bejaht, jedoch maßgeblich für die Frage der Wesentlichkeit auf das (Nicht-) Bestehen einer Schadensanlage abstellt. Bereits laut Bericht der C, Klinik für Allgemein-, Visceral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie vom 12. Dezember 2002 kann zwar eine Aortendissektion mit Ausgang von der Armarterie wie hier in seltenen Fällen durch starke Beschleunigung des Armes verursacht werden. Aber auch die berichtenden Ärzte der Fachklinik erkannten letztlich keine hohe Wahrscheinlichkeit für einen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der Hauptdiagnose, weil keine weiteren Begleitverletzungen diagnostiziert wurden. Schließlich zieht auch Prof. Dr. M im für das SG erstatten Sachverständigengutachten nach den von ihm erhobenen Befunden und (wohl) ausgehend von der Unfallschilderung des Durchgangsarztberichts den nachvollziehbaren Schluss, dass, wenn im Unfallzeitpunkt bereits eine schwere Aortenveränderung vorlag, derartige relativ geringe Traumen wie das vorliegende ausreichen, eine Dissektion herbeizuführen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang des Verfahrens in der Sache selbst.

Die Revision ist mangels Zulassungsgrunds nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht zuzulassen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2013-02-07