

L 2 U 4058/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 6 U 2495/04
Datum
21.07.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 2 U 4058/06
Datum
20.02.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 21. Juli 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob ein Rotatorenmanschettendefekt als Folge des Unfalls vom 21.02.2003 festzustellen und dem Kläger Verletztenrente zu gewähren ist.

Der am 18.12.1954 geborene Kläger ist als selbstständiger Schreiner bei der Beklagten freiwillig versichert. Am Freitag, den 21.02.2003 ist er beim Wiederanschrauben eines Treppengeländers mit dem Akku-Schrauber abgerutscht und kopfüber die Treppe hinab gestürzt, nachdem er versucht hatte, sich am schon montierten Geländerteil festzuhalten.

Die Beklagte erhielt von dem Unfall durch den H-Arzt-Bericht des Unfallarztes Dr. B. Kenntnis, der den Kläger erstmalig am 02.04.2003 untersucht und eine distale (körperferne) Bizepssehnenruptur rechts nach einem Unfall am 12.03.2003 diagnostiziert hatte. Zum Unfallhergang wurde angegeben, dass der Kläger beim Versuch, sich am Geländer festzuhalten den rechten Oberarm verrissen habe. Nach dem Unfall um 16:30 Uhr habe der Kläger weiter gearbeitet, die Erstbehandlung sei am 21.03.2003 durch Dr. E. erfolgt. Die Weiterbehandlung des Klägers erfolgte ab 09.04.2003 in der Unfallabteilung des Klinikums Konstanz; dort wurde eine Rotatorenmanschettenruptur (RMR) rechts und partielle Ruptur der proximalen (körpernahen) Bizepssehne rechts diagnostiziert (Bericht vom 31.07.2003, Bl. 33 VA), die operativ am 01.07.2003 versorgt wurde. Intraoperativ zeigte sich eine ausgedehnte RMR rechts, die Bizepssehne erwies sich als intakt (OP-Bericht vom 01.07.2003, Bl. 47 VA). Histologisch ließen sich neben frischen traumatischen Läsionen auch geringe degenerative Veränderungen nachweisen. Prof. Dr. R. und der Operateur Dr. T. hielten das angegebene Trauma für ursächlich (Bl. 33 VA). Postoperativ kam es zu einem Infekt, der erneute operative Revisionen am 10.08. und 13.08.2003 erforderlich machte (Bericht vom 17.09.2003, Bl. 52 VA) sowie zu einem weiteren Defekt an der Supraspinatussehne mit Operation am 05.10.2004 (Formular Dr. H., Bl. 38 SG). Arbeitsunfähigkeit ist auf Wunsch des Klägers erst ab 30.06.2003 bis 29.01.2004 (Bl. 89 VA) festgestellt worden.

Die Beklagte ermittelte bei der IKK R., dass der Kläger seit 01.06.2002 dort versichert war und Schultererkrankungen nicht verzeichnet waren (Schreiben vom 12.06.2003, Bl. 11 VA). Sie veranlasste eine Zusammenhangsbegutachtung bei Privatdozent (PD) Dr. T., Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Klinikum V.-S. ... In seinem Gutachten vom 02.11.2003 (Bl. 72 ff VA) auf Grund von Untersuchungen am 05.09. und 20.10.2003 beschrieb er das Unfallereignis so, dass der Kläger mit der rechten Hand das Geländer noch habe greifen können aber wegen der Wucht des Sturzes habe loslassen müssen. Er sei auf den Füßen aufgekommen und habe die Arbeit einstellen müssen. Ein plötzlicher Schmerz in der rechten Schulter sei aufgetreten und der rechte Arm habe schmerzbedingt nicht mehr gehoben werden können. Der Gutachter ging von einer forcierten Abduktion und Flexion im Schultergelenk aus, unter der die Rotatorenmanschette und insbesondere die Supraspinatussehne nicht unter Spannung geraten sei. Degenerative Veränderungen im Bereich des Acromions, des Acromionclavikulargelenks sowie einen Oberarmkopfhochstand deutete er als Hinweis auf eine vorbestehende Schädigung der Rotatorenmanschette. Die histologische Aufarbeitung des entnommenen Materials über vier Monate nach dem Unfallereignis sei zur Beurteilung eines traumatischen Rotatorenmanschettenschadens nicht mehr zu werten. Insgesamt sprächen der Unfallmechanismus, das verspätete Aufsuchen eines Arztes und die radiologisch nachgewiesenen degenerativen Veränderungen der rechten Schulter gegen eine traumatische RMR, die auf das Ereignis vom 21.02.2003 zurückgeführt werden könne. Jedoch sei die partielle Ruptur der langen Bizepssehne mit dem Unfallhergang vereinbar. Er stellte als Unfallfolgen eine partielle Ruptur der körperfernen Bizepssehne mit Kraftminderung bei der Umwendbewegung und Muskelatrophie rechter Oberarm fest, die eine MdE von unter 10 vH bedinge, wobei ein

Dauerzustand noch nicht eingetreten sei. Ergänzend teilte er mit, dass die Arbeitsunfähigkeit ab dem 30.06.2003 durch die unfallunabhängige RMR verursacht sei. Bezüglich der Partialruptur der distalen Bizepssehne bestehe eine hypothetische Arbeitsunfähigkeit von etwa drei bis vier Wochen (Schreiben vom 12.02. 2004). Der Kläger griff die Feststellungen im Gutachten insoweit an, als er nicht auf den Füßen, sondern liegend auf dem Boden aufgekommen sei. Nach dem Unfall habe er nicht körperlich gearbeitet, da dies wegen der Schmerzen nicht möglich gewesen sei. Seinen Hausarzt Dr. H. habe er erst deshalb verspätet aufgesucht, weil er die Schmerzen auf Prellungen und Blutergüsse zurückgeführt habe. Die OP sei erst am 01.07.2003 erfolgt, da er für Terminaufträge noch einen Vertreter habe suchen müssen (Bl. 111 VA). Mit Bescheid vom 26.03.2004 erkannte die Beklagte als Unfallfolge eine Bizepssehnenruptur rechts an. Eine MdE in rentenberechtigenden Grade bestehe nach Ablauf der 26. Woche nach dem Unfall nicht. Nicht anerkannt wurde der Rotatorenmanschettendefekt der rechten Schulter. Der Widerspruch des Klägers blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 29.09.2004).

Am 14.10.2004 hat der Kläger zum Sozialgericht Konstanz (SG) Klage erhoben und neben bekannten ärztlichen Unterlagen eine Bescheinigung von Facharzt für Allgemeinmedizin H. vom 19.08.2004 vorgelegt, nach der er sich dort am 31.03.2003 mit seit fünf bis sechs Wochen bestehenden Schulterschmerzen nach einem Arbeitsunfall, der den Verdacht einer Bizepssehnenruptur nahelegte, vorgestellt hatte. Weiter hat er ein Gutachten von Prof. Dr. R. eingereicht, dass dieser für die Signal Iduna Versicherung erstattet hatte (Gutachten vom 26.09.2003), in dem Arbeitsunfähigkeit zu 100 Prozent auf Grund des Unfalls festgestellt worden ist. Das SG hat Röntgenbilder und Aufnahmen sonstiger bildgebender Verfahren beigezogen (Bl. 42 RS SG) und das orthopädische Gutachten des Dr. B. vom 10.08.2005 eingeholt. Dieser gab die Unfallschilderung des Klägers so wieder, dass der Kläger sich im Knien mit ganzer Kraft auf den Akku-Schrauber aufgestützt habe, abgerutscht sei und nach vorn zur Treppe hin das Übergewicht bekommen habe. Er habe sich sofort mit der linken Hand an der ersten Sprosse festgehalten, wobei sich sein linker Arm verdreht habe, so dass er loslassen musste. Er habe mit der rechten Hand an der Sprosse nachfassen wollen und dabei sofort einen einschießenden Schmerz am rechtem Oberarm im Bizeps verspürt, deswegen sofort losgelassen, dadurch sei er die ganze Treppe heruntergefallen und bei mehrfachem Überschlagen schließlich auf die rechte Schulter geprallt. Der Sachverständige hat eine Partialruptur der körperfernen Bizepssehne am rechten Arm, eine endgradige Einschränkung der Umwendlbewegung im rechten Ellenbogengelenk und eine Muskelminderung am rechten Oberarm als Unfallfolge festgestellt. Nicht als Unfallfolge seien die RMR der rechten Schulter, die Schulterreckgelenksarthrose beidseits und eine beginnende Schultergelenksarthrose rechts zu werten. Auch er gehe wie PD Dr. T. von einer forcierten Abduktion und Flexion im Schultergelenk ohne Verrenkung aus. Die vom Kläger beschriebene Position des rechten Armes sei nicht geeignet gewesen, eine Ruptur der Rotatorenmanschette hervorzurufen, wohl aber eine Teilruptur der körperfernen Bizepssehne. Als weitere negative Indikatoren hat er das Erstschadensbild, die nicht belegte sofortige Arbeitseinstellung, die degenerativen Veränderungen und den zweiphasigen Verlauf eingestuft. Nachdem durch den Unfall mit hinreichender Wahrscheinlichkeit eine Ruptur der körperfernen Bizepssehne ausgelöst worden sei, sei eine zusätzliche Ruptur der Rotatorenmanschette bei identischem Geschehensablauf praktisch nicht denkbar, zumal der Kläger beim Auftreten des Schmerzes im Bizepsverlauf das Gelände sofort losgelassen habe. Auch der Treppensturz sei nicht geeignet, diese Verletzung hervorzurufen. Das Gutachten des Prof. Dr. R. hielt er auf Grund unterschiedlicher Beurteilungskriterien in der privaten und gesetzlichen Unfallversicherung nicht für verwertbar. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) für die Bizepssehnenruptur hat der Sachverständige mit unter 10 vH eingeschätzt. Der Kläger hat ferner eine gutachtliche Stellungnahme von Prof. Dr. R. - wiederum für die Signal Iduna Versicherung - vom 27.01.2006 vorgelegt (Bl. 145 SGG), in der dieser ausschließlich nach den Kriterien für die private Unfallversicherung eine traumatische Läsion der Rotatorenmanschette für wahrscheinlich gehalten hat. Auf Kostenrisiko des Klägers hat das SG ein weiteres orthopädisches Gutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) bei Prof. Dr. R. eingeholt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 27.01.2006 im Wesentlichen die gleichen Diagnosen wie die Vorgutachter gestellt und die RMR unter Abwägung des Für und Wider ebenfalls nicht als Unfallfolge beurteilt. Gegen ein unfallbedingtes Zustandekommen der RMR spreche zum Einen der zeitliche Aspekt. Dr. B. habe am 02.04.2003 in zeitlicher Nähe zum Ereignis keinen Schulterbefund erhoben (Schulter und Ellenbogen waren frei beweglich); dies bedeute, dass Bizepssehne und Rotatorenmanschette nicht zeitgleich unter Zug gestanden hätten. Weiter sprächen die intraoperativ festgestellten weit zurückgezogenen Sehnenenden gegen eine frische, vier Monate alte Verletzung. Der Kläger hat ein weiteres für die S. I. Versicherung erstelltes Gutachten von Dr. S. vom 09.06.2005 mit ergänzender Stellungnahme vom 16.11.2005 (Blatt 196, 208 SG) vorgelegt, in dem die RMR gänzlich als Unfallfolge angesehen wurde. Mit Gerichtsbescheid vom 21.07.2006 hat das SG die Klage gestützt auf die Gutachten von Prof. Dr. R. und Dr. B. abgewiesen.

Gegen den am 26.07.2006 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 11.08.2006 Berufung eingelegt. Zur Begründung hat er vorgetragen, die Voraussetzungen für den Erlass eines Gerichtsbescheids hätten nicht vorgelegen, weil der Sachverhalt besondere Schwierigkeiten aufweise und im Übrigen noch nicht geklärt sei. Das SG habe sich mit den Argumenten des Klägers nicht auseinandergesetzt. Dem Gutachten des Prof. Dr. R. könne nicht gefolgt werden, da es von einem falschen Unfallhergang ausgehe und den histologischen Befund nicht berücksichtige.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 21. Juli 2006 sowie den Bescheid der Beklagten vom 26. März 2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 29. September 2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm unter Anerkennung einer Rotatorenmanschettenruptur des rechten Schultergelenks als Folge des Unfalls vom 21. Februar 2003 eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 20 vom Hundert zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat weiter Beweis erhoben und Dr. E., Facharzt für Allgemeinmedizin H. und Dr. Reichel als sachverständige Zeugen schriftlich befragt, von Dr. B. die vollständigen Behandlungsunterlagen, von der Allianzversicherung (private Unfallversicherung des Klägers) die medizinischen Unterlagen, die Akten des LG Konstanz 3 O 316/06 B im Rechtsstreit des Klägers mit der Signal Iduna Versicherung (ebenfalls private Unfallversicherung des Klägers) beigezogen, eine Auskunft bei der AOK H.-B. und der C. Krankenversicherung eingeholt und letztlich Prof. Dr. R. nach § 109 SGG ergänzend befragt. Dr. E. hat über eine einmalige Behandlung am 24.02.2003 berichtet. Die bewegungsabhängigen Schmerzen hätten seit ca. einer Woche bestanden. Die Beweglichkeit der rechten Schulter sei in allen Richtungen

schmerzhaft eingeschränkt gewesen. Bei Hämatom und Muskelwulst lateral am Oberarm habe der Verdacht auf Muskelfaserriss bestanden. Der Allgemeinmediziner H. hat mitgeteilt, bezüglich einer Schulterproblematik sei nichts bekannt, er habe den Kläger erstmals am 09.12.2003 behandelt. Dr. R. hat den Kläger erstmals nachoperativ am 17.07.2003 behandelt. Im Anamneseblatt von Dr. B. von der Untersuchung vom 02.04.2003 hat der Kläger Beschwerden seit ca. 6 Wochen nach einem Arbeitsunfall angegeben. Die AOK H.-B. hat mitgeteilt, Leistungsdaten über die bis 30.09.1988 bestehende Versicherung lägen nicht mehr vor. Die C. Krankenversicherung hat angegeben, dass der Kläger während der Mitgliedschaft vom 01.08.1990 bis 31.05.2002 Leistungen nicht beansprucht hätte. Aus den medizinischen Unterlagen der Allianzversicherung hat sich nichts Neues ergeben. Die Akten des LG Konstanz 3 O 316/06 B haben im Wesentlichen den histologischen Bericht über das Operationsmaterial vom 01.07.2003 enthalten. Prof. Dr. R., der das gesamte Aktenmaterial und die zahlreichen bildgebenden Dokumente nochmals ausgewertet hat, hat auf Unstimmigkeiten zu Unfalldatum und -hergang hingewiesen, weshalb er seine Begutachtung nicht auf die Analyse des unbekannten Ereignisablaufs gestützt hat, sondern auf die unfallnahe Befundlage, die bei einer Zerreißung von Gewebe im Bereich der Schulter eine massive Funktionseinschränkung (Drop Arm) mit Gebrauchsunfähigkeit der Schulter in den Vordergrund gestellt haben müsste, nicht aber - wie geschehen - den Befund am Ellenbogen und Oberarm. Selbst bei der ersten Kernspintomographie am 11.04.2003 sei bei erheblichen umformenden Veränderungen "nur" ein umschriebener Lochdefekt und keine Zerreißung der Supraspinatussehne nachgewiesen worden. Erst im weiteren Verlauf sei es dann - ohne neues Unfallereignis - zu einer Zerreißung der Supraspinatussehne, die sich bis zur Operation dann deutlich zurückgezogen hatte, gekommen. Der klinische Befund zwischen Unfalltag und 1. Kernspintomographie und dann zwischen Kernspintomographie und 1. Operation spreche eindeutig gegen eine Muskel- oder Sehnenzerreißung am 21.02.2003. Der histologische Befund könne in Anbetracht der zwischenzeitlich erheblichen Verwachsungen, die sich aus dem Operationsbericht ergäben, nichts mehr zur Beurteilung beitragen. Der kernspintomographische Befund vom 16.04.2003 belege keinen Abriss der körperformen Bizepssehne, der im Übrigen in aller Regel zur unverzüglich operativen Behandlung zwingt. Zweifellos bestehe ein Teilabriss der gemeinsamen Bizepssehne im Ellenbogen rechts mit Höherverlagerung des Bizepsbauches, ein Zusammenhang mit dem Ereignis vom 21.02.2003 sei nach heutiger Aktenlage unwahrscheinlich.

Wegen der Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Prozessakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers hat keinen Erfolg.

Die statthafte (§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG -) sowie frist- und formgerecht (§ 151 SGG) eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat die Klage zur Recht abgewiesen. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 26.03.2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 29.04.2004 ist nicht rechtswidrig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung der RMR als Unfallfolge und daraus resultierender Entschädigung.

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist der zuvor genannte Bescheid in Gestalt des Widerspruchsbescheids, mit dem die Beklagte die Feststellung der RMR als Unfallfolge abgelehnt hat. Auf diesen im Wege der Anfechtungs- und Feststellungsklage (§§ 54 Abs. 1 i.V.m. § 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG) geltend gemachten Anspruch sind die Vorschriften des Sozialgesetzbuchs Siebtes Buch (SGB VII) anwendbar.

Nach § 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII haben Versicherte Anspruch auf Rente, wenn ihre Erwerbsfähigkeit in Folge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist. Gemäß § 72 SGB VII beginnt eine Rente nach dem Ende des Anspruchs auf Verletztengeld, das bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit bzw. Rehabilitation (s. § 46 SGB VII) gezahlt wird. Versicherungsfälle sind gem. § 7 Abs. 1 SGB VII Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Nach § 8 Abs. 1 SGB VII sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten in Folge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 und 6 begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Unfallereignis) und die Gesundheitsstörung, derentwegen Entschädigungsleistungen begehrt werden, erwiesen sein, d. h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. BSGE 58, 80, 83; 61, 127, 128). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung (haftungsbegründende Kausalität) sowie der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. BSGE 58, 80, 83; 61, 127, 129); das bedeutet, dass unter vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalles mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (vgl. BSGE 55, 285, 286). Nach der Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben, was nach der Auffassung des praktischen Lebens abzuleiten ist (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 B 2 U 1/05 R).

Der Kläger hat - das ist zwischen den Beteiligten unbestritten - als selbständiger Schreiner zum Zeitpunkt des Unfalls eine versicherte Tätigkeit verrichtet. Nachgewiesen ist auch das Unfallereignis, wobei der Senat als Unfalldatum den 21.02.2003 - nicht 12.03.2003 - feststellt. Denn aus den Angaben des Klägers (im Befundbogen) gegenüber Dr. B. am 31.03.2003, dass der Beschwerdebeginn ca. 6 Wochen zurückliege, muss der Schluss gezogen werden, dass vom Arzt im H-Arztbericht vom 02.04.2003 ein falsches Unfalldatum mitgeteilt worden ist. Im Übrigen steht das Datum 21.02.2003 auch in Übereinstimmung mit den Angaben gegenüber den privaten Unfallversicherungsträgern Allianz und Signal Iduna. Hinsichtlich des Gesundheitsschadens hat die Beklagte eine Bizepssehnenruptur rechts als Unfallfolge festgestellt; darüber hinaus steht auf Grund der vorliegenden ärztlichen Berichte fest, dass beim Kläger auch eine RMR gegeben ist.

Der geltend gemachte Anspruch scheitert aber daran, dass entsprechend den oben genannten Grundsätzen nicht mit Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann, dass die beim Kläger vorliegende RMR rechtlich wesentlich auf den Unfall vom 21.02.2003 zurückzuführen ist. Der Senat stützt seine Entscheidung auf die im Ergebnis übereinstimmenden Gutachten von PD Dr. T., Dr. B. und Prof. Dr. R. ... Kein im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung mit der Sache befasster Gutachter - auch nicht der Wahlgutachter des Klägers - konnte nach der im Unfallversicherungsrecht herrschenden Lehre der wesentlichen Bedingung einen kausalen Zusammenhang zwischen der RMR und dem Unfall herstellen. Schon ein Unfallhergang, der Rückschlüsse auf eine Zugbelastung der Rotatorenmanschette - als Voraussetzung für eine RMR-Ruptur - zuließe, ist dem Akteninhalt aufgrund der unterschiedlichen Schilderungen des Unfallhergangs nicht zu entnehmen. PD Dr. T. und insbesondere Dr. B., der den Kläger nach dem genauen Unfallhergang befragt hat, gehen von einer verstärkten Abduktion und Flexion

im Schultergelenk ohne Verrenkung aus, die sie für die Verursachung einer RMR als ungeeignet ansahen. Die Gutachter nennen zahlreiche weitere Gründe, die gegen eine traumatische Ruptur sprechen. So ist ein klinisch relevanter Erstbefund mit Drop-Arm-Syndrom nicht belegt; bis zur Überweisung in das Klinikum Konstanz hat "lediglich" ein Befund am Ellenbogen und Oberarm, nicht aber im Bereich der Schulter, zur Diskussion gestanden. Bei der Operation hat sich ein stark retrahierter Muskel mit fettiger Degeneration und stumpfen abgerundeten mit der Umgebung verwachsenen Rändern gezeigt, die Röntgenbilder haben einen Oberarmkopfhochstand und eine Arthrose im Acromioklavikulargelenk belegt. Deshalb haben die Sachverständigen auf Grund des fehlenden Erstschadensbildes (kein Schulterbefund, insbesondere kein Drop-Arm-Syndrom, was bei einer RMR-Ruptur zu erwarten gewesen wäre), der nicht belegten sofortigen Arbeitseinstellung als Folge der massiven Funktionsbeeinträchtigung durch die RMR-Ruptur, der nachgewiesenen degenerativen Veränderungen und dem zweiphasigen Krankheitsverlauf einen wahrscheinlichen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfall am 21.02.2003 und der RMR-Ruptur nicht bejaht. Wesentlich ist auch die Feststellung von Prof. Dr. R. in seinem Gutachten vom 20.11.2007, in dem er den vollständigen Akteninhalt und alle Aufnahmen in bildgebenden Verfahren noch einmal ausgewertet hat, dass in den Aufnahmen der Schulterartrographie und Kernspintomographie der rechten Schulter vom 11.04.2003, also zwischen Unfall und Operation, keine (großflächige) Zerreißung - wie im OP-Bericht vom 01.07.2003 beschrieben -, sondern "nur" ein Lochdefekt der Supraspinatussehne nachgewiesen worden ist, weshalb es erst im weiteren Verlauf zu einer Zerreißung gekommen sein muss. Die histologische Untersuchung des Operationsmaterials ist, da der zeitliche Abstand zum Unfallereignis zu lang war, nicht verwertbar. Dem "leeren" Vorerkrankungsverzeichnis kommt demgegenüber keine Bedeutung zu, da Symptomlosigkeit der Schulter keine Aussage über den Grad der Degeneration der RMR zulässt. Insgesamt sind die Feststellungen der Gutachter für den Senat nachvollziehbar und plausibel, zumal sie mit der medizinischen Literatur in Übereinstimmung stehen (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl., S.503 ff). Abschließend weist der Senat darauf hin, dass neben PD Dr. T., Dr. B. und Prof. Dr. R. auch die Sachverständigen im Zivilrechtsstreit Dr. P. und Dr. H. eine Verursachung der RMR-Ruptur durch den Unfall vom 21.02.2003 nicht bejaht haben. Eine für den Kläger günstige Kausalitätsbeurteilung haben lediglich Prof. Dr. R. und Dr. S. getroffen. Soweit deren Gutachten im Rahmen der privaten Unfallversicherung erstattet worden sind, können sie schon deshalb nicht zur Kausalitätsbeurteilung herangezogen werden, weil hier die Beurteilung einer anderen Kausalitätstheorie (Äquivalenztheorie) folgt; im Übrigen enthält das Gutachten des Prof. Dr. R. vom 26.09.2003 überhaupt keine Ausführungen zur Kausalität zwischen dem Gesundheitsschaden (RMR) und dem Unfall vom 21.02.2003; dessen Ausführungen hierzu in der Arztanfrage vom 10.11.2003 lassen eine ausführliche Diskussion der Gesichtspunkte, die für bzw. gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen, gänzlich vermissen. In seiner gutachtlichen Stellungnahme vom 27.01.2006 (für die S. I.) hat er dagegen die Zusammenhangsfrage bejaht unter Berufung auf die Beschwerdefreiheit vor dem Unfall, die NMR-Untersuchung vom 11.04.2003 und den histologischen Bericht. Dies überzeugt den Senat im Hinblick insbesondere auf die Ausführungen der Sachverständigen Prof. Dr. R., PD Dr. T., Dr. B. - siehe oben - nicht.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Die gesetzlichen Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 1 und 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-03-13