L 3 U 148/07

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 67 U 295/05
Datum
20.04.2007
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 3 U 148/07
Datum
13.01.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 20. April 2007 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig sind die Folgen eines Arbeitsunfalls und die Gewährung von Entschädigungsleistungen.

Der 1951 geborene Kläger rutschte während seiner Tätigkeit als Schlosser am 14. Januar 2004 bei Teearbeiten aus und stürzte auf die linke Schulter. Der Durchgangsarzt Dr. A, Chefarzt der Abteilung für Chirurgie der Pklinik W, den der Kläger noch am selben Tag aufgesucht hatte, stellte eine leichte Schwellung am proximalen Oberarm/Schulter links, einen deutlichen Druckschmerz, eine schmerzbedingte Functio laesa, eine distal intakte Motorik, Sensibilität und Durchblutung, einen freien Ellenbogen, Klavikula ohne knöchernen Druckschmerz und das Acromion ohne Druckschmerz oder Stufenbildung fest. Er stellte die Diagnose einer Prellung der linken Schulter bei Verdacht auf Abriss des Tuberculum majus und bescheinigte Arbeitsunfähigkeit bis zum 25. Januar 2004 (Durchgangsarztbericht vom 15. Januar 2004). Am 16. Januar 2004 erfolgte eine MRT-Untersuchung des linken Schultergelenks, die ein traumatisch forciertes Impingementsyndrom III. Grades bei medial abgeflachtem Acromion und durch das AC-Gelenk mit lokaler Totalruptur der Rotatorenmanschette, eine muskuläre Kontusio des Musculus deltoideus, des Weiteren einen Zustand nach leichtgradiger Distension der vorderen Gelenkkapsel und Kontusio des Labrum glenoidale anterior sowie letztlich einen ausgeprägt posttraumatisch-reaktiven Erguss in der Bursa subacromialis-subdeltoidea im Sinne einer reaktiven Bursitis sowie mäßiggradig in der Bursa subcoracoidea, humeroglenoidal einschließlich des Axillarrecessus und in der proximalen Bizepssehnscheide ergab. Hinweise auf ossäre Traumafolgen fanden sich nicht. Der Kläger wurde daraufhin stationär in der Pklinik W behandelt. In seinem Bericht vom 03. Februar 2004 gab der Durchgangsarzt an, der Kläger leide an einer traumatischen Supraspinatussehnen- und alten Intervallruptur der linken Schulter. Als Therapie wurde eine arthroskopische partielle Synovektomie glenohumeral und eine Rotatorenmanschettenrekonstruktion offen durch Naht am 28. Januar 2004 durchgeführt. Der Operationsbericht vom 28. Januar 2004 enthielt einen Hinweis auf Rissränder wie bei einer alten Ruptur, während die Supraspinatussehnenruptur frisch imponiere. In einer Selbstauskunft gab der Kläger, der Rechtshänder ist, an, bei Isolierarbeiten ausgerutscht und ca. 1,60 m tief gefallen zu sein. Er sei mit der Schulter seitlich auf eine Betontreppenanlage gefallen. Die Beklagte zog ein Vorerkrankungsverzeichnis der Techniker Krankenkasse vom 08. März 2004 mit Vorerkrankungen seit 1992 bei. Darin enthalten waren Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen einer Periarthritis humero scapularis links vom 26. Mai bis zum 17. Juni 1994 sowie wegen eines Schulter-Arm-Syndroms vom 23. bis zum 27. Januar 1995 und vom 14. bis zum 17. Oktober 1995. Auf Anfrage der Beklagten übersandte die behandelnde Allgemeinärztin Dr. S den Bericht einer Röntgenuntersuchung u. a. des rechten Schultergelenks am 26. April 1999 mit dem Befund einer gelenkgerechten Stellung, kleinen paraartikulären Verkalkungen als Hinweis der Tendinopathie, Periarthritis humero scapularis und einem im Übrigen ossär unauffälligen Gelenkbefund. Die Röntgenuntersuchung des linken Schultergelenks am 26. Mai 1994 ergab einen normalen Skelettbefund ohne Anhalt für arthritische oder arthrotische Veränderungen und ohne Nachweis paraartikulärer Weichteilverkalkungen. In dem Befundbericht vom 24. März 2004 berichtete Dr. S, den Kläger seit dem 25. Mai 1994 wegen Schmerzen in der linken Schulter mit Bewegungseinschränkung zu behandeln. Sie habe die Diagnose eines Verdachts auf eine Periarthritis humero scapularis/Überlastungssyndrom mit Reizzustand gestellt.

Mit Bescheid vom 18. Mai 2004 erkannte die Beklagte den Unfall vom 14. Januar 2004 als Arbeitsunfall i. S. einer Prellung der linken Schulter an. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit sei vom 14. bis zum 27. Januar 2004 anzuerkennen. Die Gewährung von Leistungen ab dem 28. Januar 2004, insbesondere von Verletztengeld, Heilbehandlung und Verletztenrente werde abgelehnt, weil zwischen der Defektbildung der linken Schultersehnenplatte und dem Unfall vom 14. Januar 2004 kein ursächlicher

Zusammenhang bestehe. Dagegen legte der Kläger Widerspruch ein und führte aus, bis zum Unfallereignis habe er ohne Einschränkungen und Beschwerden seine Arbeitsaufgaben zur vollsten Zufriedenheit ausführen können.

Die Beklagte veranlasste daraufhin ein fachchirurgisches Zusammenhangsgutachten, das am 15. Februar 2005 von dem Chirurgen Dr. T von der Unfallbehandlungsstelle der Berufsgenossenschaften Berlin e. V. erstattet wurde. Dr. T kam zu dem Ergebnis, bei sicher ungeeignetem Unfallhergang mit magnetresonanztomografisch festgestellter Kontusionsverletzung des Musculus deltoideus könne mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, dass das Unfallgeschehen vom 14. Januar 2004 im Rahmen eines direkten Anpralltraumas zu einer Prellung des linken Schultergelenks geführt habe. Die Prellung eines Schultergelenks heile normalerweise an gesunden Gelenkstrukturen nach zwei Wochen folgenlos aus. Es werde deshalb die berufsgenossenschaftliche Übernahme der Kosten für Behandlungsbedürftigkeit vom 14. bis zum 27. Januar 2004 und für die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bis zum 27. Januar 2004 empfohlen. Alle Kosten ab dem 28. Januar 2004 gingen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei ausgeheilter Schultergelenksprellung links könnten keine weiteren Unfallfolgen mehr festgestellt werden. Demzufolge bestehe keine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE). Daraufhin wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 23. März 2005 zurück.

Dagegen hat sich der Kläger mit seiner bei dem Sozialgericht Berlin erhobenen Klage gewandt. Er hat die Auffassung vertreten, selbst wenn es einen degenerativen Vorschaden gegeben haben sollte, sei es jedenfalls durch den Unfall zu einer wesentlichen richtungweisenden Verschlimmerung gekommen. Insbesondere habe ein etwaiger Vorschaden nicht zur Rotatorenmanschettenläsion geführt. Diese sei vielmehr neben den übrigen Beeinträchtigungen auf das Unfallereignis zurückzuführen. Er habe auch vor dem Unfallereignis keine akuten Einschränkungen in der Gebrauchsfähigkeit des linken Schultergelenks verspürt.

Zur Ermittlung des Sachverhalts hat das Sozialgericht zunächst Befundberichte der chirurgischen Gemeinschaftspraxis Drs. B und K vom 18. August 2005 und 10. Oktober 2005 über eine Behandlung des Klägers vom 16. März 2004 bis zum 20. Juni 2005 wegen schmerzhafter Bewegungseinschränkungen der linken Schulter, dem u. a. der Bericht einer Kernspintomographie der linken Schulter am 22. Oktober 2004 beigelegt war, von Dr. S vom 05. September 2005 und den Radiologinnen Drs. F und S vom 05. Oktober 2005 eingeholt. Anschließend hat es den Orthopäden Dr. W mit der Untersuchung und Begutachtung des Klägers beauftragt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 29. Mai 2006 einen Zustand nach Rotatorenmanschettenrekonstruktion links und eine beginnende O-marthrose links diagnostiziert. Diese Gesundheitsstörungen seien nicht ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen. Aus anatomischen Gründen sei der isolierte, ausschließlich traumatische Supraspinatussehnenriss an sich nicht möglich. Die Verletzung selber könne nur dann zu einer primären Läsion dieser Strukturen führen, wenn eine vorbestehende Degeneration hinzugetreten sei. Im vorliegenden Fall seien zwar Prellmarken der umliegenden Strukturen, z. B. am Musculus deltoideus, erkennbar, jedoch keine tiefergehende Strukturschädigung im Bereich der Knorpels, z. B. Labrumdefekte, oder gar der knöchernen Gelenkanteile. Folglich sei allein schon aus der Verletzungskonstellation heraus ersichtlich, dass die traumatische Verursachung als relativ unwahrscheinlich einzustufen sei. Ausgehend von der Schilderung des Unfallhergangs sei zudem festzustellen, dass dieser ungeeignet gewesen sei, eine Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen. Denn gegen die direkte Krafteinwirkung auf die Schulter, z. B. durch einen Sturz, eine Prellung oder einen Schlag, sei die Rotatorenmanschette durch die Schulterhöhe (Acromion) im Deltamuskel umfassend anatomisch geschützt. Eine massive Rotation oder Anspannung der Sehne, die geeignet sein könne, eine Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen, sei hier nicht erkennbar. Auch ein nach hinten führendes Abspreizen sei im Zusammenhang mit dem Sturz nicht eingetreten. Vielmehr habe die Schulterprellung zu einer primären Krafteinleitung auf die Weichteile und den Deltamuskel geführt. Dies sei in der ersten Kernspintomographie gut erkennbar. So hätten sich Flüssigkeitsansammlungen im Deltamuskel i. S. einer Kontusion gefunden. Auch das darunter liegende Weichteilgewebe (Bursae) sei entzündlich mit Flüssigkeit gefüllt gewesen. Weiter sei zu berücksichtigen, dass die Degeneration in einem hohen Ausmaße ursächlich für die Entstehung von oft lange Jahre stummen Läsionen oder Partialläsionen im Bereich der Schultermanschette sei. So verweise die Literatur einheitlich darauf, dass bis zum 40. Lebensjahr die Defekte häufig symptomlos verliefen, jedoch bereits in etwa 5 % nachweisbar seien. Zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr nähmen die Partialläsionen zu. Ab dem 50. Lebensjahr schließlich träten die meisten behandlungsbedürftigen, nicht traumatischen Rotatorenmanschettenschäden auf. Allein aus diesen Erkenntnissen heraus sei ersichtlich, dass sich im vorliegenden Fall zunächst die Degeneration als Hauptursache in den Vordergrund schiebe. Bei zumindest nicht als spezifisch adäquat zu bezeichnendem Unfallmechanismus gelte die Degeneration zunächst als Regel und die traumatische Läsion als Ausnahme. Zusammenfassend sprächen für eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur die Arbeitseinstellung und der Arztbesuch am selben Tag mit sofortigem Schmerzmaximum, die intraoperativ beschriebenen frischen Läsionen im Bereich der Supraspinatussehne und zumindest die in den umliegenden Weichteilen liegenden Hinweise für, eine direkte Krafteinleitung auf die Schulter. Gegen einen Ursachenzusammenhang sprächen die kernspintomographisch kurz nach dem Unfall gefundenen Veränderungen im Bereich des Acromions sowie die als eindeutig vorbestehend zu wertende Schulterengpasssymptomatik Grad III. Auch seien die unteren Anteile des AC-Gelenks bereits verändert gewesen, was eine Schulterengpasssymptomatik erkläre. Die sich aus den Röntgenaufnahmen ergebenden Hinweise dafür, dass im Bereich der Sehnenansätze (Tuberculum majus) bereits längere Zeit entzündliche (aber a-symptomatische) Vorgänge abgelaufen seien, sprächen ebenfalls gegen einen Ursachenzusammenhang. Dies dokumentiere sich in einer Verdichtung des Rotatorenmanschettenansatzes im Tuberculum majus. Intraoperativ sei eine tiefe Supraspinatussehnenruptur mit als eindeutig älter bewerteten Rissrändern erwähnt worden. Der Kläger sei zum Unfallzeitpunkt 52 Jahre alt gewesen, was nach den vorgenannten theoretischen Ausführungen eine vorbestehende, stumme Degeneration wahrscheinlich mache. Das Unfallereignis als solches entspreche nicht dem typischen, geeigneten Hergang zur Schädigung einer Muskelmanschette. Es fehlten eindeutige Hinweise für eine komplexe Läsion der umliegenden Strukturen. Letztlich habe zumindest etwa zehn Jahre vor dem Ereignis Behandlungsbedürftigkeit wegen Schulterbeschwerden links bestanden. Somit sprächen wesentlich mehr Argumente für eine degenerative vorbestehende Schadensanlage als für eine traumatisch bedingte Schädigung. Auch eine wesentliche Teilursächlichkeit könne aus den gleichen Gründen heraus nicht angenommen werden. Nur im Fall eines adäquaten Unfallereignisses würde das Geschehen selber den Status einer Teilursächlichkeit gewinnen können. Es sei somit zu einer schmerzhaften Schulterprellung gekommen, die für mehrere Wochen behandlungsbedürftig gewesen sei. Wegen einer Schulterprellung wäre eine Behandlungsbedürftigkeit von zwei bis vier Wochen erforderlich gewesen, nicht jedoch der operative Eingriff. Eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit habe somit bis zum Zeitpunkt der Arthroskopie am 28. Januar 2004 bestanden. Bei seiner Untersuchung seien keine Unfallfolgen mehr erkennbar gewesen. Unabhängig von der Frage der Verursachung des festgestellten Schadens an der Muskelmanschette seien die heute noch erkennbaren Funktionsdefizite als marginal zu bezeichnen. Am entlasteten Patienten seien bis auf eine als leichtgradig zu bezeichnende Innenrotationseinschränkung überhaupt keine Funktionsdefizite messbar gewesen. In Kenntnis dessen, dass es unter schweren Belastungen an der voroperierten Schulter bei nachgewiesenem Muskelmanschettendefekt zur verstärkten Beschwerden kommen

könne, entspräche dies einer MdE von 10 v. H.

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 07. Juli 2006 hat Dr. ausgeführt, der vorhandene degenerative Vorschaden an der Muskelmanschette überschreite das Altersmaß. Er habe zwar dargestellt, dass sich bei über 50jährigen die asymptomatischen Läsionen an der Muskelmanschette häuften, jedoch stelle dies nicht den Altersdurchschnitt dar. Dieser Sachverhalt biete lediglich die Erklärung dafür, dass die Muskelmanschette zeitlebens einer belastungsunabhängigen Alteration unterliege. Es sei eindeutig festzuhalten, dass in einem wesentlichen Ausmaß die Ruptur bereits zum Zeitpunkt des Sturzes bestanden habe. Weder durch den Operateur noch durch ihn als Gutachter sei es nachträglich möglich zu entscheiden, ob eine zusätzliche partielle frische Läsion eingetreten sei. Für den externen Beurteiler sei es hierfür erforderlich, klare Angaben durch den Operateur zu bekommen. Nur dieser könne anhand seiner makroskopischen intraoperativen Eindrücke eine nähere Zuordnung vornehmen. Auch histologische Gewebsproben, die hier nicht vorlägen, würden eventuell zum Nachweis frischer Einblutungen im Resektat einen Hinweis für eine akute Veränderung liefern. Es sei also nicht ausgeschlossen, dass es durch die Kontusion der Schulter zu einer zusätzlichen partiellen Zerreißung von Gewebe gekommen sei. Für den Gesamtaspekt besitze dieser Sachverhalt jedoch keine erhebliche Bedeutung, da zum einen der Vorschaden als solcher eindeutig gewesen sei, er in der Gewichtung deutlich überwiege und das Unfallgeschehen als solches eine zuvor gesunde Manschettenstruktur nicht hätte schädigen können. So wäre auch der Nachweis von frischen Einblutungen am ruptierten Sehngewebe kein Beleg dafür, dass das Gewebe zuvor gesund gewesen sei. Eine möglicherweise im Zusammenhang mit dem Unfall auftretende partielle Zerreißung von Anteilen der Supraspinatussehne wäre im Zusammenhang mit einem nicht adäquaten Unfallereignis ursächlich auch auf diesen Vorschaden zurückzuführen. Eine wesentliche Verschlimmerung eines zuvor bestehenden eindeutigen Vorschadens bestehe somit nicht.

Dem hat der Kläger erstmals entgegengehalten, er habe auf der Schräge einer zu errichtenden Rolltreppe gestanden, die ein Gefälle von ca. 70 bis 80° aufgewiesen habe. In der linken Hand habe er einen vollständig gefüllten 20-Liter-Eimer mit heißem Teer, ca. 250° heiß, und in der rechten Hand einen Teerbesen gehalten. Als er gerutscht sei, habe er sich mit dem linken Arm nicht abfangen können und während des Sturzes den 20-Liter-Eimer von sich schleudern müssen. Dies habe sicherlich schon vor dem Aufprall zu einer Belastung des Arms und der Schulter geführt. Ausgehend von seiner Körpergröße dürfte die Fallhöhe von der Schulter zum Boden berechnet ca. 1,70 m betragen haben.

Durch Urteil vom 20. April 2007 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, über den 27. Januar 2004 hinaus hätten keine rechtlich wesentlich durch den Unfall vom 14. Januar 2004 verursachten Gesundheitsstörungen des Klägers mehr bestanden, weshalb er weder weitere Maßnahmen der Heilbehandlung noch Verletztengeldzahlungen wegen unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit über diesen Zeitpunkt hinaus und auch keine Verletztenrente beanspruchen könne. Er habe sich bei dem Unfall eine bis zum 27. Januar 2004 folgenlos ausgeheilte Prellung der linken Schulter zugezogen. Seine darüber hinaus anhaltenden linksseitigen Schulterbeschwerden hätten ihre Ursache vor allem und ganz überwiegend in vor dem Unfall bereits bestehenden degenerativen Veränderungen des linken Schultergelenks. Dies ergebe sich aus den Gutachten des Dr. vom 15. Februar 2005 und des gerichtlichen Sachverständigen Dr. vom 29. Mai 2006 nebst ergänzender Stellungnahme vom 07. Juli 2006. Der Kläger habe nichts vorgetragen, was die Feststellungen und Bewertungen der Gutachter erschüttern könne. Soweit er in der mündlichen Verhandlung geäußert habe, dass er dem Gutachten keine nachvollziehbare und gründliche Gewichtung der ursächlichen Bedeutung des Unfallereignisses einerseits und der degenerativen Schäden des Schultergelenks andererseits entnehmen könne, könne die Kammer dies in Anbetracht der gerade insoweit besonders ausführlichen und gründlichen Darlegungen bereits im Gutachten von Dr. , erst Recht aber im Gutachten von Dr. , nicht nachvollziehen. Dass mit dem streitgegenständlichen Unfallereignis eine nicht unerhebliche Gewalteinwirkung auf das Schultergelenk verbunden gewesen sei, könne zwar wegen des Sturzes auf das Schultergelenk durchaus bejaht werden. Hierbei handele es sich jedoch um eine Gewalteinwirkung im Sinne einer Prellung, die im Hinblick auf die gegen solche äußeren Einwirkungen durch die umgebenden Schultergelenkstrukturen bestens geschützte Rotatorenmanschette ohne große Relevanz sei. Eine relevante Gewalteinwirkung im Sinne einer Zugbelastung auf das Schultergelenk, die insbesondere die Supraspinatussehne besonderen Belastungen aussetze, sei mit dem streitgegenständlichen Sturz auf die Schulter bei angelegtem Arm gerade nicht verbunden. Die unfallbedingte Prellung sei bis zum 27. Januar 2004, dem Tag vor der am 28. Januar 2004 durchgeführten Arthroskopie, bereits vollständig abgeheilt.

Zur Begründung der eingelegten Berufung macht der Kläger geltend, das Sozialgericht habe verkannt, dass es bei dem Arbeitsunfall zu einer Ruptur der Supraspinatussehne gekommen sei. Dies werde durch die medizinischen Unterlagen, insbesondere durch die MRT-Aufnahme vom 16. Januar 2004, die frische Spuren einer Ruptur zeigten, belegt. Aus den Spuren ergebe sich, dass eine erhebliche Gewalteinwirkung auf die Sehne stattgefunden habe. Die Supraspinatussehnen rissen nicht einfach ohne Grund. Zudem sei die Sachverhaltsermittlung vorliegend unvollständig gewesen. Die Frage, ob die Ruptur durch das plötzliche und unerwartete Wegschleudern des 20 kg schweren Eimers während des Sturzvorganges aufgetreten sein könne, sei zu klären. Dies gelte umso mehr, als eine solche Ursache der Ruptur durchaus nahe liege und eine Ruptur darüber hinaus selbst bei einer vorgeschädigten Sehne einen gewissen Kraftaufwand erfordere, der durch den reinen Aufprall auf die Schulter, wie gutachterlich ausführlich beschrieben, nicht aufgetreten sein könne.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 20. April 2007 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 18. Mai 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23. März 2005 zu verurteilen, ihm unter Anerkennung einer Ruptur der Supraspinatussehne links und linksseitiger Schulterbeschwerden als Folgen des Arbeitsunfalls vom 14. Januar 2004 Verletztengeld über den 27. Januar 2004 hinaus und im Anschluss daran eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 v. H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist darauf, dass der Kläger bisher zu keiner Zeit angegeben habe, einen ca. 20 kg schweren Teereimer weggeschleudert zu haben und es dadurch zu einer Sehnenverletzung gekommen sei.

Auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Senat ein Gutachten von dem Facharzt für Chirurgie Dr. vom 15. Mai 2008 eingeholt. Dieser ist von folgendem Sachverhalt ausgegangen: Der Kläger sei beim Verrichten von Teerarbeiten auf einer Schräge mit dem rechten Fuß weggerutscht. Dabei habe er den schweren Teereimer, den er in der linken Hand getragen habe, von sich gestoßen, sei dann gestürzt und von vorne links auf den seitlich angelegten Arm gefallen. An eine bestimmte Abwehrbewegung könne sich der Kläger nicht mehr erinnern. Dr. hat den Folgezustand einer Rotatorenmanschettenruptur des linken Schultergelenks im Bereich der Supraspinatussehne mit operativer Versorgung am 28. Januar 2004, ein Impingementsyndrom im Schultergelenk links sowie eine schmerzhaft Belastungs- und Funktionseinschränkung des linken Schultergelenks ohne wesentliche Einschränkung der Bewegungsfähigkeit festgestellt. All dies sei mit Wahrscheinlichkeit und hier im Sinne der richtungweisenden Teilursache durch den Arbeitsunfall vom 14. Januar 2004 verursacht worden. Bei dem Unfall sei es zu einem Sturz auf das linke Schultergelenk gekommen. Durch das Ausrutschen mit dem rechten Bein auf einer glatten Schräge, dabei Fortschleudern eines teergefüllten Eimers und dann Sturz auf das linke Schultergelenk sei es zu einer erheblichen Krafteinwirkung gekommen. Es sei dabei nicht genau beschrieben und auch nicht zu erfragen gewesen, ob sich der Kläger instinktiv im Sinne einer Abwehrreaktion abgestützt habe und dabei mit nach vorn oder hinten geneigtem angelegten Arm auf die Schulter gestürzt sei. Auf alle Fälle sei bei diesem Sturz mit Sicherheit eine Anspannungsreaktion der Muskulatur des linken Arms vorhanden gewesen. Es sei sofort nach dem Unfall zu einer erheblichen schmerzhaften Funktionseinschränkung im Bereich des linken Schultergelenks gekommen, so dass sich der Kläger auch zeitnah in die chirurgische Behandlung in der Pklinik W begeben habe. Aufgrund der erheblichen weiter bestehenden Schmerzsymptomatik sei zeitnah eine MRT-Untersuchung des linken Schultergelenks durchgeführt worden, in der eindeutig unfallbedingte Veränderungen sichtbar gewesen seien wie hämatöse Gewebeeränderungen sowie eine Zunahme der Flüssigkeit in den präformierten Räumen im Sinne einer entweder entzündlichen oder durch Einblutung entstandenen Veränderung. Bei der Arthroskopie sei die Situation einer wohl frischen Ruptur im Bereich des direkten Sehnenansatzes der Rotatorenmanschette sichtbar gewesen. Dies sei auch ca. 14 Tage nach Eintreten eines Traumas gut möglich. Ihm sei bewusst, dass in den Ausführungen in der unfallmedizinischen Literatur Mechanismen beschrieben seien, die für oder gegen eine mögliche Unfallbeteiligung bezüglich einer Rotatorenmanschettenruptur sprächen. In diesem Falle sei ein Sturz auf den ausgestreckten Arm zwar nicht beschrieben, aber aus seiner Sicht und seiner langjährigen Erfahrung als Schulteroperateur und Schulterarzt sei die rein deskriptive Beschreibung nicht immer geeignet, das Gesamtausmaß der Schädigungen zu beurteilen. Aus seiner Erfahrung sei der wesentliche Schlüssel zur Beurteilung einer Rotatorenmanschettenverletzung, den funktionellen Befund des betroffenen Gelenks vor dem Sturz und die funktionellen Fähigkeiten vor dem Unfallereignis in einem Zusammenhang mit der klinischen Untersuchung, Diagnostik und späteren Entwicklung nach dem Unfallereignis zu vergleichen. Es sei nicht nur streng der Blick auf die eventuell nachgewiesenen degenerativen Veränderungen zu richten, dies vor allem aus dem sicheren Wissen heraus, dass alle Patienten über 50 Jahre degenerative Veränderungen in nahezu allen Gelenken und vor allem auch im Schultergelenk aufwiesen. Aus diesem Grund sei dieser Umstand zwar mit zu berücksichtigen, aber in seiner Wertigkeit nicht den anamnestischen, klinischen und diagnostischen Befunden gleichzusetzen. In der Gesamtbeurteilung müsse er deshalb zu dem Schluss kommen, dass möglicherweise ein nicht symptomatischer Vorschaden vorgelegen habe, aber der Unfall vom 14. Januar 2004 durchaus geeignet gewesen sei, die Verletzung der Rotatorenmanschettenruptur zumindest als richtungweisende Teilursache verursacht zu haben. Arbeitsunfähigkeit wegen der Unfallfolgen habe bis zum 01. Juni 2004 bestanden. Behandlungsbedürftigkeit müsse auch über den 01. Juni 2004 hinaus als notwendig erachtet werden. Zwar sei der Kläger ab diesem Zeitpunkt arbeitsfähig geschrieben worden, aber in der Folgezeit hätten physiotherapeutische Maßnahmen wegen der weiter bestehenden Beschwerden durchgeführt werden müssen. Die MdE habe bis zur Beendigung des stationären Aufenthalts in der Pklinik W am 04. Februar 2004 100 v. H. und danach bis zur Beendigung der Arbeitsunfähigkeit am 31. Mai 2004 50 v. H. betragen. Nunmehr betrage die MdE 15 v. H.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, jedoch unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 18. Mai 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23. März 2005 erweist sich als rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Dieser hat keinen Anspruch auf Gewährung von Verletztengeld über den 27. Januar 2004 hinaus und im Anschluss daran auf Gewährung von Verletztenrente wegen des Arbeitsunfalls vom 14. Januar 2004, denn dieser hat über den 27. Januar 2004 hinaus keine Folgen hinterlassen.

Verletztengeld wird nach [§ 45 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) erbracht, wenn Versicherte infolge des Versicherungsfalles arbeitsunfähig sind oder wegen einer Maßnahme der Heilbehandlung eine ganztägige Erwerbstätigkeit nicht ausüben können und unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Heilbehandlung Anspruch auf Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen oder bestimmter Lohnersatzleistungen hatten. Gemäß [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Die MdE richtet sich gemäß [§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#) nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens.

Gemäß [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen ([§ 8 Abs. 1 S. 2 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 Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität). Das Entstehen von länger andauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls, sondern erst für die Gewährung einer Verletztenrente (BSG, Urteile vom 12. Dezember 2006 - [B 2 U 1/06 R](#) - und 04. September 2007 - [B 2 U 28/06 R](#) -, jeweils in Juris und m. w. N.).

Alle rechtserheblichen Tatsachen müssen im Sinne des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen

werden, mit Ausnahme derjenigen, die einen Ursachenzusammenhang (Unfallkausalität, haftungsbegründende und haftungsausfüllende Kausalität) ergeben. Der ursächliche Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht ist dagegen nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen, so dass hierfür grundsätzlich die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit - nicht allerdings die bloße Möglichkeit - ausreicht (vgl. hierzu Urteile des BSG in [SozR 3-2200 § 551 Nr. 16](#) m. w. N., [SozR 2200 § 551 Nr. 1](#) und [SozR 4-5670 Anl. 1 Nr. 2402 Nr. 1](#)). Eine Möglichkeit verdichtet sich dann zur Wahrscheinlichkeit, wenn nach der geltenden medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen einen Zusammenhang spricht und ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ausscheiden (BSG in [Breithaupt 1963, 60, 61](#)). Voll bewiesen sein müssen aber auch hinsichtlich des Ursachenzusammenhangs immer die Ursache selbst und der ihr zuzurechnende Erfolg; die hinreichende Wahrscheinlichkeit bezieht sich nur auf die kausalen Zwischenglieder. Zu den voll zu beweisenden Tatsachen gehören damit z. B. die Erfüllung des Versicherungsschutztatbestands nach [§§ 2 ff SGB VII](#), die Verrichtung der versicherten Tätigkeit, das äußere Ereignis, ein Körperschaden und die Plötzlichkeit als Unfallmerkmale.

Unstreitig hat der Kläger am 14. Januar 2004 während seiner versicherten Tätigkeit einen Arbeitsunfall erlitten und sich hierbei als Körperschaden eine Prellung der linken Schulter zugezogen, die Arbeitsunfähigkeit maximal bis zum 27. Januar 2004 bedingt, danach jedoch keinerlei Folgen und damit auch keine MdE hinterlassen hat. Die beim Kläger aufgetretene Supraspinatussehnenruptur links sowie die nach der am 28. Januar 2004 durchgeführten Schulteroperation mit Rotatorenmanschettenrekonstruktion andauernden linksseitigen Schulterbeschwerden sind, wie das Sozialgericht mit zu-treffender Begründung entschieden hat, nicht mit Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall vom 14. Januar 2004 zurückzuführen. Ein Kausalzusammenhang ist nicht hinreichend wahrscheinlich, wie der gerichtliche Sachverständige Dr. W-R nachvollziehbar dargelegt hat. Denn die überwiegenden Umstände sprechen gegen einen Ursachenzusammenhang zwischen der Supraspinatussehnenruptur (=Rotatorenmanschettenläsion) und dem Unfall vom 14. Januar 2004. Dies ist von dem Sachverständigen ausführlich und überzeugend dargestellt worden. Seine Überlegungen stimmen mit den Ausführungen in der unfallmedizinischen Literatur überein (vgl. [Schönberger/Mertens/Valentin, 8. Auflage 2009, Anmerkung 8.2.5. bis 8.2.5.7.](#); [Hansis und Mehrhoff "Rupturen der Rotatorenmanschette - traumatische und nicht-traumatische Zusammenhangstrennungen" in Die BG Februar 2000, Seite 98 ff](#); [Rompe/Erlenkämper in Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 5. A. 2009, S. 452 ff.](#)). Der Senat hat daher keine Bedenken, den schlüssigen Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen zu folgen.

Der Kläger kann sich nicht mit Erfolg auf das Gutachten des Dr. D vom 15. Mai 2008 berufen, der zu dem Ergebnis gelangt ist, bei dem Unfall vom 14. Januar 2004 handele es sich um eine richtungweisende Teilursache für die Rotatorenmanschettenruptur des linken Schultergelenks. Seine Abweichung von den Vorgutachtern Dr. T und Dr. W-R begründet Dr. D damit, dass diese dem Vorschaden eine zu große Bedeutung beigemessen hätten und die eindeutige klinische Sachlage und die Hinweise bei Diagnostik, Operation und Nachbehandlung nicht in entsprechender Weise gewertet hätten. Außerdem sei aus seiner Sicht das stattgehabte Trauma durchaus in der Lage gewesen, die eingetretene Schädigung hervorzurufen.

Die insgesamt sehr knappen und überwiegend theoretischen Ausführungen Dr. D zur traumatischen Rotatorenmanschettenruptur sind jedoch nicht geeignet, die Überzeugungskraft der Vorgutachten zu erschüttern. Eine Diskussion des Vorschadens und seiner Wertigkeit findet in dem gesamten Gutachten überhaupt nicht statt. Soweit sich der Sachverständige auf die klinische Sachlage und Hinweise bei Diagnostik, Operation und Nachbehandlung stützt, muss auch hier gesagt werden, dass sich der Sachverständige zwar ausführlich mit der theoretischen Bedeutung einer Histologie befasst, eine solche Histologie hier jedoch nicht durchgeführt worden ist und daher von ihm auch nicht ausgewertet werden konnte. Sie spielt damit bei der Diskussion des Ursachenzusammenhangs keine Rolle. Ebenfalls fehlt es an einer Auseinandersetzung mit dem Ergebnis der Operation. Zwar verweist Dr. D auf die Wichtigkeit der intraoperativen Beurteilung, er nimmt aber zu keiner Zeit Stellung zu dem Operationsbericht, obwohl dieser nicht nur eine frisch imponierende Supraspinatussehnenruptur sondern auch von Rissrändern wie bei einer alten Ruptur berichtet. Aus welchen Gründen Dr. D meint, die Vorgutachter würden dem Vorschaden eine zu große Bedeutung beimessen, führt er in seinem Gutachten nicht weiter aus. Das Ausmaß des Vorschadens wird weder erwähnt noch weiter beschrieben und bewertet. Erst recht fehlt jede Stellungnahme zur Einordnung des Vorschadens bei der Frage des Kausalzusammenhangs. Letztlich kann dem Sachverständigen in seiner nicht weiter begründeten Auffassung, dass der Unfallhergang geeignet gewesen sei, eine Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen, nicht gefolgt werden. Weder setzt sich der Sachverständige mit den Kriterien der Unfallmedizin zur Geeignetheit eines Traumas auseinander, noch mit dem tatsächlichen Geschehensablauf. Er übernimmt den vom Kläger erstmals nach der Begutachtung durch Dr. W-R geschilderten Hergang, wonach dieser vor seinem Sturz einen 20-Liter-Eimer mit heißem Teer getragen und diesen während des Sturzes von sich geschleudert habe, ohne dies zu hinterfragen oder den Ablauf näher zu analysieren. So ist dieser Unfallhergang nicht nachgewiesen, der Kläger hat auch nicht weiter begründet, warum er dieses Detail erstmals mehr als zweieinhalb Jahre nach dem Unfall schildert. Der Sachverständige unterstellt allerdings, dass bei dem Sturz mit Sicherheit eine Anspannungsreaktion der Muskulatur des linken Arms vorhanden gewesen sei und hält dies für geeignet, eine Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen. Er übersieht aber, dass der Kläger auch bei seiner Befragung - wie bereits zuvor - weiter angegeben hat, dass er mit angelegtem Arm auf die Schulter gestürzt sei, so dass eine nach den unfallmedizinischen Kriterien geeignete Anspannung der Muskulatur im Arm bzw. im Schulterbereich beim Aufprall gerade nicht erkennbar ist. Hier ist zudem zu berücksichtigen, und darauf hat bereits Dr. W-R hingewiesen, dass sich Flüssigkeitsansammlungen im Deltamuskel im Sinne einer Kontusion der Schulter gezeigt haben und auch das darunter liegende Weichteilgewebe - entzündlich - mit Flüssigkeit gefüllt gewesen ist. Dieser durch MRT gesicherte Erstbefund ist nur erklärbar bei einer direkten Prellung der Schulter bei angelegtem Arm. Dies schließt eine nach den unfallmedizinischen Kriterien für eine traumatische Genese einer Ruptur zu fordernde massive Rotation des Schultergelenks und Anspannung der Sehne beim Sturz/Anprall aus.

Die Tatsache, dass die Rotatorenmanschette im hohen Maße der Degeneration unterliegt und die meisten Rotatorenmanschettenschäden zwischen dem 50igsten und 60igsten Lebensjahr auftreten, bedeutet nicht, dass sie bei der Frage des Kausalzusammenhangs nicht zu berücksichtigen ist. Denn dieser theoretische Ansatz hat sich insoweit bei dem Kläger bestätigt, als er bereits einige Jahre vor dem Arbeitsunfall an Schulterbeschwerden litt, die ärztlich behandelt wurden und weswegen auch Arbeitsunfähigkeit bestand. In diesen Fällen stellt sich immer die Frage einer Gelegenheitsursache, die von Dr. D aber nicht in Betracht gezogen worden ist.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#), sie folgt der Entscheidung in der Hauptsache.

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2010-02-11