

L 9 U 1876/05

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 6 U 2673/01
Datum
14.02.2005
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 U 1876/05
Datum
20.02.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 14. Februar 2005 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten Leistungen aufgrund der Folgen eines Arbeitsunfalls.

Der 1943 geborene Kläger, der zum Unfallzeitpunkt bei der Firma R. und W., S., als Heizungsbauer versicherungspflichtig beschäftigt war, stürzte seinen Angaben in der erstmaligen Beschreibung des Unfallhergangs gegenüber dem Durchgangsarzt der Beklagten, dem Orthopäden Dr. M., S. am 17. September 1999 zufolge am 27. August 1999 vormittags gegen 10:00 Uhr beim Tragen von zwei Wassereimern bei einem Kunden eine Treppe hinunter. Dabei sei er gegen ein Treppengeländer geprallt; der Wassereimer habe ihm dabei den Arm verzerrt. Abschließend habe er weitergearbeitet. Am 17. September 1999 stellte Dr. M. die Diagnose eines Impingementsyndroms der linken Schulter nach Prellung. Am 28. September 1999 äußerte er nach sonografischer Darstellung der linken Schulter in mehreren Ebenen den Verdacht auf einen Supraspinatusriss der linken Schulter (Bericht vom 29. September 1999).

Am 5. Oktober 1999 führte der Radiologe Dr. K. eine kernspintomographische Untersuchung der linken Schulter durch. Dabei traten regelhafte Artikulationsverhältnisse in dem deutlich degenerativ bedingt verplumpten AC-Gelenk bei hochstehendem Humeruskopf zu Tage. Die Beurteilung lautete: bei Zeichen der fortgeschrittenen Degeneration Rissbildung der Supraspinatussehne im ventralen Anteil, deutliches Impingement mit Einengung des subacromialen Raumes und AC-Gelenkarthrose.

Im durchgangsarztlichen Nachschaubericht vom 12. Oktober 1999 stellte Prof. Dr. H. die Diagnose: Rotatorenmanschettendefekt beidseitig, links symptomatisch nach Prellung am 27. August 1999. Dabei habe der Kläger u. a. angegeben, seit etwa einem Jahr immer wieder Probleme mit der linken Schulter gehabt zu haben. Die durchgeführte Ultraschalluntersuchung habe auf der linken Schulterseite einen Supraspinatussehnenendefekt von etwa 2 cm Größe bei leicht retrahierter Sehne gezeigt. Ergussbildungen oder Kalkansammlungen in der Restsehne seien dagegen nicht festzustellen gewesen. Die Kontrolluntersuchung der Gegenseite habe gleichfalls einen Defekt etwa gleicher Größe und gleichen Ausmaßes gezeigt, auch hier ohne Kalkansammlung oder Ergussbildung. Angesichts der altersbedingten degenerativen Veränderungen und Defektbildung sei ein Zusammenhang mit dem geschilderten Unfall auszuschließen. Eine stationäre Behandlung sei zu Lasten der Krankenkasse durchzuführen; das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren sei abzubrechen.

Vom 13. bis zum 19. Oktober 1999 unterzog sich der Kläger sodann einer stationären schulter-arthroskopischen Behandlung im Zentrum für Chirurgie im K.hospital, S ... Der Operationsbericht von Dr. W. vom 14. Oktober 1999 teilte als Diagnose eine acht Wochen alte Rotatorenmanschettenruptur links (Supraspinatussehne) mit. Im Entlassungsbericht vom 19. Oktober 1999 wurde folgende Diagnose mitgeteilt: Impingementsyndrom der rechten Schulter und kleiner, ca. 2 cm großer und frischer Rotatorenmanschettendefekt links im Supraspinatus-Sehnen-Bereich.

Im von Prof. Dr. H. und Dr. W., K.hospital, unter dem 23. Dezember 1999 verfasstem Nachschaubericht lautete die Diagnose: Riss der Rotatorenmanschette links im Rahmen des Unfalls vom 27. August 1999 und asymptomatischer Rotatorenmanschettendefekt rechts. Der Riss der Rotatorenmanschette links sei relativ frisch und könne zum Unfallzeitpunkt entstanden sein; insoweit handele es sich um keinen chronischen Defekt. Entgegen der Ansicht im Zwischenbericht vom 12. Oktober 1999 müsse davon ausgegangen werden, dass es sich um eine frische Ruptur handele, die zu Lasten des Unfalls vom 27. August 1999 gehe.

Daraufhin holte die Beklagte ein Vorerkrankungsverzeichnis des Klägers bei dessen Krankenkasse, der AOK S., ein. Das unter dem 7. Februar 2000 vorgelegte Verzeichnis wies u. a. folgende Vorerkrankungen des Klägers im Schulter-Arm-Bereich aus, die Arbeitsunfähigkeitszeiten begründeten: - 27. bis 30. April 1987 Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalgie - 17. bis 21. Februar 1988 Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom - 10. bis 13. November 1988 Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom - 16. bis 18. Juni 1989 Schulter-Arm-Syndrom - 16. September bis 14. Oktober 1993 Gonarthrose, Supraspinatussyndrom, Gelenkarthrose links - 6. bis 14. Mai 1999 Lumboischialgie, Epicondylitis rad. hum. rechts

Nunmehr zog die Beklagte den auf den 8. November 1993 datierenden ärztlichen Entlassungsbericht der Fachkliniken H. bei. Darin wurden für den dort vom 16. September bis zum 14. Oktober 1993 stationär behandelten Kläger folgende Diagnosen gestellt: - Beginnende Pan-Gonarthrose beidseitig, links nach Innenmeniskusoperation, rechts bei lateraler Instabilität, - Supraspinatus-Tendopathie und AC-Gelenksarthrose sowie - Cervicovertebralsyndrom und Lumbovertebralsyndrom bei Fehllhaltung und degenerativer Veränderung. Weiter hieß es in dem Entlassungsbericht: In der Anamnese habe der Kläger angegeben, schon seit Jahren ständig Schmerzen im linken Schultergelenk und in den beiden Kniegelenken zu haben.

Nach zusätzlicher Beiziehung der von Dr. M. am 17. Januar 2000 gefertigten Röntgenaufnahmen beauftragte die Beklagte sodann den Unfallchirurgen Dr. C., K.-O.-Krankenhaus, S., mit der Untersuchung und Begutachtung des Klägers. Im unter dem 7. Juni 2000 verfassten Gutachten teilte Dr. C. folgende Diagnose mit: - Schulterprellung links bei degenerativem Rotatorenmanschettenvorschaden und degenerativer Verschleißbildung am linken Schultergelenk. Unfallursächlich für die Schulterprellung links sei die Anprallverletzung bzw. der Sturz auf die linke Schulter gewesen. Diese habe zu einer vorübergehenden Schmerzhaftigkeit mit Bewegungs- und Funktionseinschränkung geführt. Gleichwohl habe der Kläger drei Wochen weitergearbeitet und sich erst dann in ärztliche Behandlung begeben. Sonographisch und kernspintomographisch seien sodann degenerative Veränderungen des linken Schultergelenks nachzuweisen gewesen. Die Arthrose im linken Schultergelenk sowie der Rotatorenmanschettendefekt seien sicherlich unfallunabhängig. Auch der anlässlich des Unfalls vom 27. August 1999 festgestellte Rotatorenmanschettendefekt links sei nicht ursächlich auf das Unfallereignis zurückzuführen. Denn dieses Ereignis sei nicht in der Lage gewesen, eine Rotatorenmanschette zum Reißen zu bringen. Der Rotatorenmanschettendefekt links könne zwar zeitlich im Rahmen des Unfallereignisses eingetreten sein; es handele sich aber um ein zufälliges zeitliches Zusammentreffen zwischen Trauma und degenerativer Rissbildung. Der Unfallchirurg W. habe ihm gegenüber auf Nachfrage eingeräumt, dass auch er dies so sehe und sich im Operations- und Zwischenbericht insoweit missverständlich und unglücklich ausgedrückt habe. Unfallbedingte Schädigungen seien nicht nachzuweisen, die Schultergelenksprellung sei abgeklungen. Die fortbestehenden Restbeschwerden und Bewegungseinschränkungen seien auf den degenerativen Vorschaden zurückzuführen. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) betrage 10 v.H.

Auf der Grundlage der gutachtlichen Feststellungen von Dr. C. lehnte es die Beklagte mit Bescheid vom 27. Juli 2000 ab, dem Kläger Leistungen zu gewähren. Bei den erhobenen Befunden handele es sich nicht um Unfallfolgen, sondern um eine schicksalhafte Erkrankung, die sich unfallunabhängig entwickelt habe.

Den dagegen am 25. August 2000 unter Hinweis auf die Schwere des am 27. August 1999 erlittenen Sturzes und die klaren, durch nachträgliche telefonische Auskünfte von Dr. W. nicht abzuändernden Feststellungen im Entlassungsbericht des K.hospitals vom 19. Oktober 1999 erhobenen Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 2. Mai 2001 als unbegründet zurück.

Die dagegen am 1. Juni 2001 zum Sozialgericht (SG) Stuttgart erhobene Klage (S 6 U 2673/01) begründete der Kläger erneut unter Hinweis auf die durch Zeugen zu bestätigende außerordentliche Schwere des Sturzes und die Feststellungen im Entlassungsbericht vom 19. Oktober 1999 und im Nachschaubericht vom 27. Dezember 1999. In letzterem sei ein chronischer Defekt ausdrücklich verneint worden.

Auf Frage des Gerichts ließ der Kläger mitteilen, vor der Behandlung durch Dr. M. nach dem am 27. August 1999 erlittenen Unfall in keiner anderen ärztlichen Behandlung gewesen zu sein. Arbeitsunfähigkeit sei dem entsprechend auch erstmals von Dr. M. attestiert worden.

Daraufhin veranlasste das SG auf Antrag des Klägers die wahlärztliche unfallchirurgische Untersuchung und Begutachtung des Klägers durch Prof. Dr. T., R.-B.-Krankenhaus, S ... Im unter dem 12. Dezember 2001 verfassten Gutachten beschrieb Prof. Dr. T. den ihm vom Kläger geschilderten Unfallhergang wie folgt: Der Kläger sei am Unfalltag im Keller eines Hauses beschäftigt gewesen, um Wasser aus einer Heizungsanlage mit Eimern abzutransportieren. Er habe zwei 10 l Eimer benutzt, mit denen er eine Treppe habe hinauf und wieder hinunter gehen müssen. Beim Abtransport der letzten beiden Eimer sei er beim Treppabsteigen mit dem Fuß ausgerutscht und rücklings gestürzt. Dabei sei er am Geländer mit der linken Schulter angeschlagen, auf das Gesäß gefallen und noch einige Stufen die Treppe hinuntergerutscht. Sofort nach dem Unfall habe die linke Schulter über einen Zeitraum von 3-4 Tagen stark geschmerzt. Wegen der Schmerzen habe er sich eine halbe Stunde hinsetzen müssen; anschließend habe er das Werkzeug aufgeräumt und Feierabend gemacht. Ganz rückgebildet habe sich der Schmerz aber nie mehr. Prof. Dr. T. stellte die Diagnose: - Verheilte Riss der Supraspinatussehne vom 27. August 1999. Bei der Untersuchung seien weder am linken noch am rechten Schultergelenk typische Zeichen einer Enge zwischen Oberarmkopf und Schulterhöhe zu finden gewesen. Der linksseitige Riss der Sehne des Obergrätenmuskels sei nahezu folgenlos verheilt. Eine MdE bestehe nicht. Der Riss der Supraspinatussehne sei mit hinreichender Sicherheit auf den Sturz vom 27. August 1999 zurückzuführen. Der Vorgutachter Dr. C. sei lediglich von einem Anpralltrauma der Schulter ausgegangen. Tatsächlich habe aber ein komplexes Sturzereignis stattgefunden, mit einer deutlichen Überraschungskomponente bei einem Sturz nach hinten und einem Anpralltrauma an der Schulter. Der Sturz nach hinten auf den gestreckten außen- oder innenrotierten Arm sei geeignet, einen Riss der Rotatorenmanschette herbeizuführen. Der vorliegende Verletzungsmechanismus sei wesentliche Teilursache für die Ruptur der Rotatorenmanschette bei vorbestehender Degeneration. Der Unfall stelle kein Gelegenheitstrauma dar. Deshalb seien sämtliche ärztlichen Behandlungen nach dem 27. August 1999 wegen der Beschwerden an der linken Schulter als spezifische Unfallfolgen anzuerkennen.

Nunmehr beauftragte das Sozialgericht die Orthopäden Prof. Dr. F. und Dr. E., F.-A.-Universität E.-N., mit der gutachtlichen Untersuchung des Klägers. Im Gutachten vom 14. Januar 2004 gaben die Gutachter zunächst die ihnen gegenüber gemachten Angaben des Klägers zum Unfallhergang wie folgt wieder: Der Kläger sei am 27. August 1999, in der rechten und linken Hand je einen mit Wasser gefüllten 10 l Eimer tragend, beim Herabgehen auf einer Treppe nach hinten weggerutscht. Dabei habe der Kläger die Wassereimer fallen gelassen. Der genaue Unfallmechanismus sei dem Kläger aktuell nicht mehr Erinnerung; der Kläger wisse aber noch, dass er mit der linken Schulter an das Treppengeländer geprallt sei und versucht habe den Sturz abzufangen. Ob der Kläger hierbei mit dem linken Ellenbogengelenk oder mit der linken Hand auf der Treppe aufgeschlagen sei, sei ihm nicht mehr Erinnerung. Auch könne der Kläger nicht mehr genau sagen, in welcher

Stellung sich der linke Arm im Augenblick des Aufpralls auf der Treppe befunden habe; er wisse nur noch, dass er beim Sturz nach vorne weggeglitten und anschließend noch einige Treppenstufen hinuntergerutscht sei. Weil die Beschwerden nicht nachgelassen hätten, habe er die berufliche Tätigkeit an diesem Tag abgebrochen. Die Gutachter teilten folgende Diagnosen mit: - Leichtgradige Bewegungseinschränkung und Kraftminderung am Schultergelenk links mit subacromialem Impingementsyndrom bei Bursitis subacromialis subdeltoidea und knöcherner Einengung des Subacromialraumes bei transossärer Rotatorenmanschettenrefixation nach McLaughlin mit subacromialer Dekompression vom 14. Oktober 1999, - Asymptomatische Supraspinatussehnenruptur am Schultergelenk rechts, - Acromioclaviculargelenksarthrose beidseitig, links mehr als rechts mit geringgradiger Schmerzhaftigkeit, - Arthrodeese des rechten Handgelenks im September 2002 bei schwerer Handgelenksarthrose mit verbleibender starker Schmerzhaftigkeit, - Chronische Cervicobrachialgie beidseitig bei beginnender Spondylarthrose und Unc-arthrose der Halswirbelsäule ohne radikuläre Symptomatik und - Rezidivierende Lumbalgie ohne radikuläre Symptomatik. Nach Aktenlage seien beim Kläger zwar bereits vor dem Unfallereignis Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen des linken Schultergelenks dokumentiert, wegen derer er auch ärztlich behandelt worden sei. Es sei jedoch zu keinem Zeitpunkt eine Ruptur oder Läsion der Rotatorenmanschette beschrieben worden. Auch sei der Kläger bis unmittelbar vor dem Unfallereignis in der Lage gewesen auch schwerere körperliche Tätigkeiten zu verrichten. Nach dem Ereignisablauf sei ein Unfallmechanismus durchaus denkbar und wahrscheinlich, der zu einer unfallbedingten Verletzung der Rotatorenmanschette hätte führen können. Der isolierte oder zusätzliche Sturz auf den nach hinten gestreckten Arm mit Aufprall auf die Hand oder den Ellenbogen seien wesentlich wahrscheinlicher als ein reines Anpralltrauma der linken Schulter am Treppengeländer. Das Verletzungsbild im zeitlichen Verlauf sei uneinheitlich und spreche weder für noch gegen eine rein unfallbedingte Rotatorenmanschettenruptur. Der Operationsbefund spreche eher für das Vorliegen einer traumatisch bedingten Rotatorenmanschettenruptur. Nach Abwägung aller Umstände sei mit der geforderten Sicherheit davon auszugehen, dass das Unfallereignis vom 27. August 1999 als rechtlich wesentliche Teilursache für die Entstehung des Rotatorenmanschettendefekts der linken Schulter zu werten sei. Die eingetretene Sehnenverletzung wäre wahrscheinlich nicht durch ein alltäglich vorkommendes Ereignis zu annähernd der selben Zeit und annähernd in gleichem Ausmaß eingetreten. Ein Vorschaden sei als wesentliche Ursache im Sinne eines Vollbeweises nicht nachzuweisen.

Die Beklagte trat den Feststellungen des Gutachters E. unter Hinweis auf den zur Auslösung einer unfallbedingten Ruptur ungeeigneten Unfallmechanismus und die Tatsache, dass sich der Kläger erst 21 Tage nach dem Unfallereignis in ärztliche Behandlung begeben habe, entgegen.

Mit Urteil vom 14. Februar 2005 wies das Sozialgericht die Klage sodann als unbegründet ab. Zur Begründung führte das Sozialgericht aus, die Feststellungen der Gutachter Prof. Dr. F. und Dr. E. seien aufgrund der Tatsache nicht überzeugend, dass der Kläger am Unfalltag - wenn auch mit gewissen Schmerzen - weitergearbeitet und sich erst einige Wochen später in ärztliche Behandlung begeben habe. Eine unfallbedingte Rotatorenmanschettenschädigung hätte aufgrund der damit einhergehenden großen Schmerzsymptomatik zur sofortigen Arbeitseinstellung und zu einem Arztbesuch am Unfalltag oder am Folgetag führen müssen. Das Urteil wurde den Bevollmächtigten des Klägers am 12. April 2005 zugestellt.

Am 10. Mai 2005 hat der Kläger Berufung gegen das Urteil eingelegt.

Der Kläger ist der Auffassung, dass Sozialgericht habe sich einseitig auf das einzige gegen einen Arbeitsunfall sprechende Indiz - das Kläerverhalten nach dem Unfall - bei der Urteilsfindung gestützt, ohne sich mit den zahlreichen weiteren von den Gutachtern Prof. Dr. F. und Dr. E. für Unfallfolgen sprechenden Indizien zu befassen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 14. Februar 2005 sowie den Bescheid der Beklagten vom 27. Juli 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. Mai 2001 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, 1) festzustellen, dass die Gesundheitsstörung Impingementsyndrom der linken Schulter mit kleinem Rotatorenmanschettendefekt links im SSP-Sehnen-Bereich/Riss der Rotatorenmanschette links Folge des Arbeitsunfalls vom 27. August 1999 ist, 2) die vom ihm bezahlten Kosten aus dem Unfall vom 27. August 1999, insbesondere die Rechnung über Eigenbeteiligung vom 1. Dezember 1999 sowie die ihm entstandenen Kosten für Krankenhaustagegeld und Krankengymnastik zu ersetzen und 3) ihm ab 4. November 1999 Verletztengeld und ab dem 3. Mai 2001 Verletztenrente in gesetzlicher Höhe zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Auffassung, über die fehlende sofortige Arbeitseinstellung und den verspäteten Arztbesuch hinaus sprächen eine ganze Reihe von weiteren Tatsachen gegen einen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfall und dem Rotatorenmanschettendefekt der linken Schulter des Klägers. Dies seien der Rotatorenmanschettendefekt an der rechten Schulter, die vorbestehende Supraspinatus-Tendopathie und AC-Gelenk-Arthrose, die röntgen-diagnostischen Ergebnisse anlässlich der ersten Untersuchung des Klägers nach dem Unfallereignis am 19. September 1999, der MRT-Befund vom 5. Oktober 1999 sowie das Fehlen einer Pseudoparalyse der Schulter und eines Drop-Arm-Syndroms.

Der Senat hat den Orthopäden Dr. H., S., mit der Untersuchung und Begutachtung des Klägers beauftragt. In seinem Gutachten vom 16. März 2006 hat Dr. H. folgende Diagnosen mitgeteilt: - Geringfügige endgradig schmerzhaftige Bewegungsstörung des linken Schultergelenks nach Refixation der eingerissenen Supraspinatussehne am Oberkopfarm, - Chronisches degeneratives Hals-Wirbel-Säulen- und Lenden-Wirbel-Säulen-Syndrom ohne neurologische Begleiterscheinungen, - Chronische belastungsabhängige Kniebeschmerzen beidseitig nach offener Innenmeniskusentfernung links und arthroskopischer Meniskusteilentfernung rechts sowie - Knöchern solide versteifte Handgelenk ohne lokale Reizerscheinungen. Der vom Kläger auch ihm geschilderte Verletzungsmechanismus spreche gegen eine traumatische Zerreißung der Rotatorenmanschette. Beim Sturz habe der Kläger zwar eine Anstoßverletzung des linken Schultergelenks von hinten erlitten. Dabei sei der Arm schon durch das Gewicht des Wassereimers aber nach unten gerichtet gewesen. Dadurch sei es zu einer Verrenkung des Schultergelenks mit Sicherheit nicht gekommen. Eine reine Anstoßverletzung von hinten bei nach unten hängendem Oberarm erscheine unter pathophysiologischen Gesichtspunkten ungeeignet, eine traumatische Sehnenzerreißung im Bereich der Rotatorenmanschette auszulösen. Das Verhalten des Klägers nach dem Unfall - Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe erst drei Wochen nach

dem Ereignis - spreche gegen einen unfallbedingten Sehnenriss. Der Angabe des Klägers, er habe seine Arbeitskollegen in dem kleinen Anstellungsbetrieb nicht im Stich lassen wollen, stehe der "Kontoauszug der Krankenkasse" gegenüber, der nicht den Eindruck aufkommen lasse, als sei der Kläger auffällig selten arbeitsunfähig gewesen. Im ersten klinischen Untersuchungsbefund seien weder Hinweise auf eine frische Rotatorenmanschettenruptur noch Hinweise auf eine alte Sehnenschädigung auszumachen. Die kernspintomographischen Befunde - deutlich degenerativ verändertes Schultergelenk, Einengung des Subacromialraumes, keine Schäden im Bereich des Labrums - sprächen deutlich gegen eine primär unfallbedingte Sehnenschädigung. Röntgenologisch hätten sich zwar Anhaltspunkte für eine chronische Degeneration der Rotatorenmanschette ergeben, klare Hinweise auf eine lang bestehende Rotatorenmanschettenruptur hätten sich dagegen nicht gefunden. Der operative Befund sei letztlich ambivalent; während der seröse Erguss mit Blutbeimengungen durch die Punktion eher gegen eine frische Verletzung spreche, deuteten die nicht abgerundeten, sondern strukturierten Sehnenränder eher auf eine frische Verletzung. Allerdings sei zu berücksichtigen, dass die Arthroskopie erst ungefähr sieben Wochen nach dem Unfall durchgeführt worden sei. Eine histologische Untersuchung des Sehngewebes sei unterblieben. Im Ganzen seien die Argumente für eine ältere Verletzung stärker als diejenigen für eine unfallbedingt traumatische Sehnenzerreiung. Dementsprechend seien die Körperschäden an der linken Schulter des Klägers nicht auf den Unfall vom 27. August 1999 zurückzuföhren. Daher sei auch keine relevante MdE festzustellen. Nachvollziehbar wäre eine zwei- bis dreitägige Arbeitsunfähigkeit nach Prellung der linken Schulter gewesen. De facto habe sich dem Unfalltag ein Wochenende angeschlossen, das ohnehin arbeitsfrei gewesen sei.

Während die Beklagte sich zustimmend zu den Feststellungen des Gutachters Dr. H. geäußert hat, ist der Kläger den Ausführungen von Dr. H. unter Bezugnahme auf die abweichenden Feststellungen der Vorgutachter Prof. Dr. T. und Prof. Dr. F. und die Angaben des den Kläger operierenden Chirurgen (Dr. W.) entgegen getreten. Es dürfe nicht von der "Theorie des letzten Wortes" ausgegangen werden, nur weil der letzte Gutachter zu einem für den Kläger ungünstigen Ergebnis gelange.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Akten der Beklagten, die Akten des Sozialgerichts Stuttgart - S 1 U 2673/01 - und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

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

Die Berufung ist aber nicht begründet. Das angefochtene Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 14. Februar 2005 ist rechtmäßig. Das Sozialgericht hat die Klage im Ergebnis zu recht als unbegründet abgewiesen. Auch der Senat vermag nicht festzustellen, dass zwischen dem Sturz den der Kläger am 27. August 1999 erlitten hat und dem Riss der Supraspinatussehne links ein im rechtlichen Sinne wesentlicher ursächlicher Zusammenhang besteht. Der Kläger hat daher auch keinen Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung.

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

Arbeitsunfälle sind gem. [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tode föhren. Für die Kausalität zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden gilt die Theorie der wesentlichen Bedingung. Diese setzt zunächst einen naturwissenschaftlichen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden voraus und in einem zweiten wertenden Schritt, dass das Unfallereignis für den Gesundheitsschaden wesentlich war (BSG [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#)). Während für die Grundlagen der Ursachenbeurteilung - versicherte Tätigkeit, Unfallereignis, Gesundheitsschaden - eine an Gewissheit grenzende Wahrscheinlichkeit erforderlich ist, genügt für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden eine hinreichende Wahrscheinlichkeit. Die hinreichende Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn bei vernünftiger Abwägung aller Umstände die für den wesentlichen Ursachenzusammenhang sprechenden so stark überwiegen, dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann und ernstliche Zweifel ausscheiden; die bloße Möglichkeit einer wesentlichen Verursachung genügt nicht (BSG, Urteil vom 7. September 2004 - [B 2 U 34/03 R](#) m. w. N.). Dabei müssen auch körpereigene Ursachen erwiesen sein, um bei der Abwägung mit den anderen Ursachen berücksichtigt werden zu können; kann eine Ursache jedoch nicht sicher festgestellt werden, stellt sich nicht einmal die Frage, ob sie im konkreten Einzelfall auch nur als Ursache im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinn in Betracht zu ziehen ist ([BSGE 61, 127](#) ff.). Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Das schließt die Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet war, eine bestimmte körperliche Störung hervorzurufen (vgl. Urteil des BSG vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R - JURIS](#)). An diesem Prüfungsmaßstab orientiert, stellt der Senat zunächst fest, dass der Kläger am 27. August 1999 bei seiner versicherten Tätigkeit einen Unfall erlitten hat, indem er, wie er gegenüber Dr. M. am 17. und am 28. September 1999 angegeben hat, beim Tragen von zwei Wassereimern beim Treppabwärtsgehen stürzte und mit der linken Schulter gegen ein Treppengeländer prallte. Von einem "nach hinten wegrutschen" hat der Kläger erstmals gegenüber dem Gutachter Prof. Dr. T. anlässlich seiner Untersuchung am 5. Dezember 2001 - also mehr als zwei Jahre nach dem Unfallereignis - gesprochen. Prof. Dr. T. und später Prof. Dr. F. haben daraus einen Unfallhergang konstruiert, nach dem es wahrscheinlich sei, dass der Kläger nach vorne wegrutschte und deshalb mit dem Körper nach hinten stürzte. Weiterhin folgert Prof. Dr. F. daraus, dass es denkbar und wahrscheinlich sei, dass der Kläger hierbei die zwei jeweils über 10 kg schweren Eimer losließ und dann auf die Treppe stürzte. Weiter sei wahrscheinlich, dass der Kläger bei alldem entweder auf die nach hinten ausgestreckte linke Hand oder den linken Ellenbogen gestürzt sei, da er sich auf einer Treppe nach unten befunden habe. Bei einem solchen Unfallhergang sei der Sehnenabriss denkbar. Dieser Unfallhergang mag denkbar sein, bewiesen ist er aber nicht und beweisen lässt er sich auch nicht mehr, hat doch der Kläger selbst gegenüber den Gutachtern Prof. Dr. F. und Dr. E. angegeben, nicht mehr genau sagen zu können, "in welcher Stellung sich der linke Arm im Augenblick des Aufpralls auf die Treppe" befunden hat. Zu Recht hat Dr. H. deshalb in seinem Gutachten vom 16. März 2006 ausgeführt, dass der betroffene Arm des Klägers durch das Gewicht des mit 10 Litern gefüllten Wassereimers nach unten gerichtet war, sodass es beim Sturz nicht zu einer Verrenkung des Schultergelenks gekommen sein könne.

Des Weiteren stellt der Senat auf der Grundlage des Befundberichts von Dr. Knittel vom 5. Oktober 1999, des Operationsberichts von Oberarzt Dr. W. vom 14. Oktober 1999 und des Berichts von Prof. Dr. H. vom 23. Dezember 1999 fest, dass beim Kläger bei der Operation am 14. Oktober 1999 eine relativ frische Ruptur der Supraspinatussehne in Form eines direkten Ausriss aus dem Tuberculum festgestellt und operativ saniert wurde.

Einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dieser Schädigung und dem am 27. August 1999 erlittenen Arbeitsunfall in seinem nachgewiesenen Ablauf vermag der Senat auf der Grundlage sämtlicher medizinischen Unterlagen und der behördlich und gerichtlich veranlassten fachchirurgischen und fachorthopädischen Gutachten auch im Berufungsverfahren nicht mit der dafür erforderlichen Wahrscheinlichkeit festzustellen.

Dr. H. hat die für die haftungsausfüllende Kausalität maßgeblichen Kriterien für die Abgrenzung von unfallbedingt traumatischen Rotatorenmanschettenrupturen von degenerativ bedingten Spontanrupturen nicht nur abstrakt zutreffend beschrieben und zusammengestellt, sondern ebenso nachvollziehbar wie schlüssig auf den konkreten Fall des Klägers angewandt und erörtert. Der Kriterienkatalog reicht vorliegend von der Vorgeschichte der betroffenen linken Schulter, über den Verletzungsmechanismus, das Verhalten des Verletzten nach dem Unfallereignis, die klinischen, histologischen, röntgenologischen und kernspintomographischen Untersuchungsbefunde bis hin zum Operationsbericht. Unter Berücksichtigung der Vielzahl der relevanten Sachkriterien ist dem Kläger einzuräumen, dass die allein auf das Verhalten des Klägers nach dem Unfallereignis gerichtete Argumentation des Sozialgerichts im angefochtenen Urteil zu kurz greift. Die Tatsache, dass der Kläger erstmals drei Wochen nach dem Unfall vom 27. August 1999 ärztliche Hilfe in Anspruch genommen hat, spricht zwar gegen einen unfallbedingten Sehnenriss, liefert vor dem Hintergrund, dass - so Dr. H. - die ärztliche Erfahrung zeigt, dass es immer wieder Patienten gibt, die auch nach gravierenden, nach ärztlicher Erfahrung schmerzhaften Verletzungen keine - oder erst mit deutlicher Verzögerung - ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, für sich genommen kein allein schlagendes Argument zur Beantwortung der vorliegend aufgeworfenen Frage unfallversicherungsrechtlich haftungsausfüllender Kausalität.

Neben der Tatsache, dass der Kläger erst am 17. September 1999 und damit drei Wochen nach dem Unfallereignis vom 27. August 1999 einen Arzt aufgesucht hat, sprechen für den Senat - in Übereinstimmung mit Dr. H. - vor allem drei weitere Gründe dagegen, den geltend gemachten Treppensturz auch nur als wesentliche Teilursache für diesen Sehnenriss anzuerkennen.

Eine gewichtige Tatsache in diesem Zusammenhang ist, dass der im Unfallzeitpunkt - dem 27. August 1999 - 55jährige Kläger - wie von ihm selbst im Rahmen einer stationären Behandlung in den Fachkliniken H. im September/Oktober 1993 angegeben - bereits damals Probleme im Bereich der linken Schulter gehabt hatte (Entlassungsbericht H. vom 8. November 1993). Dazu passen die im Vorerkrankungsverzeichnis der AOK S. vermerkten Angaben über Schulter-Arm-Syndrom bedingte Arbeitsunfähigkeitszeiten des Klägers in den Jahren zwischen 1987 und 1993 ebenso wie die Angabe des Klägers anlässlich der durchgangsärztlichen Nachschau am 7. Oktober 1999, er habe "seit etwa einem Jahr immer wieder weniger Probleme mit der linken Schulter gehabt" und "auch rechtsseitig habe er manchmal geringe Schultergelenksprobleme". Diese Aussage korreliert mit der Feststellung im durchgangsärztlichen Bericht vom 12. Oktober 1999, die rechte Schulter zeige im Verhältnis zur linken Schulter eine symmetrische Befundlage, nämlich beidseits einen Supraspinatussehnenedefekt von etwa 2 cm, jeweils ohne Kalkansammlung oder Ergussbildung. Diese Umstände gewinnen besonderes Gewicht vor der empirisch belegten Tatsache, dass Rotatorenmanschettenrupturen - ähnlich Rupturen der Achillessehne - bei Menschen, die 50 Jahre und älter sind, spontan auftreten können (vgl. Mehrhoff/ Meindl/ Muhr, Unfallbegutachtung 11. Auflage, S. 233; Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, S. 505).

Des Weiteren weisen die röntgenologischen und kernspintomographischen Befunde auf einen degenerativen Sehnen Schaden hin. Diese Befunde als das - neben dem Alter der Klägers, dem Klägerverhalten nach dem Unfall und der Vorschädigung seiner beiden Schultern - dritte Indiz sprechen aus folgendem Grund gegen eine primär unfallbedingte Sehnen Schädigung: Sowohl die geringe Flüssigkeitsansammlung bei der Gelenkergussbildung als auch die Einengung des Sub-acromialraumes bei diffusen Signalveränderungen im Sehnenverlauf - allesamt kernspintomographisch nachgewiesen - deuten nach den Ausführungen von Dr. H. (Gutachten vom 16. März 2006) auf eine chronisch degenerierte Sehne hin. Kernspintomographisch nachgewiesene Zeichen fortgeschrittener Degeneration mit Rissbildung der Supraspinatussehne im ventralen Anteil und ein deutliches Impingement mit Einengung des subacromialen Raumes hat auch der Wahlgutachter des Klägers, Prof. Dr. T. (Gutachten vom 12. Dezember 2001, Bl. 2), ausdrücklich bestätigt. Soweit die weiteren Vorgutachter, Prof. Dr. F. und Dr. E. (Gutachten vom 14. Januar 2004, Bl. 35 ff.), radiologisch einerseits leicht bis mittelgradig ausgeprägte degenerative Veränderungen des Schultergelenks bei leichter Dezentrierung des Humeruskopfes feststellen, andererseits den röntgenologisch und kernspintomographisch erhobenen Befunden aber einen Beweiswert in die eine oder andere Richtung absprechen, ist dem Senat dies insbesondere vor dem Hintergrund der abweichenden übereinstimmenden Ausführungen der Gutachter Dr. H. und Prof. Dr. T. nicht nachvollziehbar.

Schließlich ist auch der oben dargestellte nachgewiesene Unfallhergang in Form eines Anpralltraumas nicht geeignet, einen Supraspinatussehnenriss hervorzurufen (vgl. Mehrhoff aaO S. 233), wenngleich Dr. H. darauf hinweist, dass dem Kriterium des Verletzungsmechanismus angesichts fehlender experimenteller Untersuchungen zur Frage geeigneter und ungeeigneter Unfallmechanismen nicht allzu viel Gewicht beizumessen ist.

Auch die ersten klinischen Untersuchungsbefunde vom 17. September 1999 und 12. Oktober 1999 sind ebenso wie der operative Befund (Operationsbericht vom 19. Oktober 1999) letztlich wenig aussagekräftig. Während der seröse Erguss mit mutmaßlich von der Punktion stammenden geringen Blutbeimengungen eher gegen eine frische Verletzung spricht, deuten die Rissränder der gerissenen Sehne eher auf eine frische Verletzung hin. Eine rechtzeitige Entnahme von Sehngewebe zur histologischen Untersuchung unterblieb, so dass letzte Klärung - mangels Nachholbarkeit infolge Zeitablaufs - auch insoweit nicht mehr zu gewinnen ist.

Nach alledem überwiegen die Gründe, die gegen eine unfallbedingte Sehnenzerreiung sprechen, diejenigen deutlich, die eine solche wahrscheinlich erscheinen lassen. Das schließt es aus, die begehrten Unfallfolgen - Impingementsyndrom der linken Schulter mit kleinem Rotatorenmanschettendefekt links im Supraspinatus-Sehnenbereich sowie Riss der Rotatorenmanschette links - festzustellen und dem Kläger aufgrund dessen die begehrten unfallversicherungsrechtlichen Leistungen zuzusprechen

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-09-18