

## L 6 U 3877/08

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
6  
1. Instanz  
SG Karlsruhe (BWB)  
Aktenzeichen  
S 3 U 291/06  
Datum  
26.06.2008  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 6 U 3877/08  
Datum  
14.05.2009  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 26.06.2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der 1952 geborene Kläger begehrt die Feststellung einer Läsion der Rotatorenmanschette rechts als Folge des Arbeitsunfalls vom 01.07.2005 sowie die Gewährung von Verletztengeld und Verletztenrente.

Der Kläger erlitt am 01.07.2005 während seiner beruflichen Tätigkeit als Lagerarbeiter eine Rotatorenmanschettenverletzung. Er stellte sich noch am Unfalltag in der Orthopädischen Klinik der St.-V.-Kliniken K. vor. Im Durchgangsarztbericht vom 04.07.2005 beschrieben Dr. P./Prof. Dr. Sch. als Unfallhergang, dass der Kläger beim Hochheben einer ca. 10 Kilogramm schweren Palette plötzlich einschießende starke Schmerzen im Bereich der rechten Schulter verspürt habe. Unter "Befund" ist vermerkt: "re. Schulter äußerlich unauffällig bei stark muskulärem Patienten, Druckschmerz im Bereich des Sulcus intertubercularis und des Proc. coronoideus. Abduktionstest positiv, Supraspinatustest negativ, Arolag ca. 30°, Lift off positiv, Yergason deutlich positiv, Painful Arc zwischen 40 und 100°, passive Beweglichkeit der re. Schulter: Elevation bis 110°, ARO bis 80°, IRO bis re. Glutaeus". Die durchgeführte Röntgenuntersuchung der rechten Schulter ergab keinen Hinweis auf eine frische knöcherne Läsion. Geäußert wurde der Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenläsion. Dr. R., Chefarzt der Unfall- und Handchirurgie der St.-V.-Kliniken K., ging in seinem Nachschaubericht vom 04.07.2005 von der Verdachtsdiagnose einer Rotatorenmanschettenruptur bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen aus. Noch am selben Tag erfolgte in der Diagnostischen Gemeinschaftspraxis Dr. Sch. u. a. eine kernspintomographische Untersuchung der rechten Schulter. Dr. Sch. schrieb in seinem Arztbrief vom 04.07.2005 unter "Beurteilung": "Zeichen des primären Impingement bei flach angelegtem Acromion und knöchernen Anbauten mit AC-Arthrose. Dabei komplette Ruptur der Supraspinatussehne über die gesamte Breite mit Retraktion über gut 3 cm ohne Atrophie des Muskels. Lipom im Muskel infraspinatus scapularnah und chronische Tendinitis der Sehne ohne komplette Ruptur und subfasziale Läsionen die auf beginnende Verkalkungen hindeuten. Nach anterior verlagerte, stark tendinitisch veränderte Bizepssehne intraartikulär ohne Ruptur." Dies zu Grunde legend diagnostizierte Dr. B., Ambulanzärztin an der St.-V.-Kliniken K., in ihrem Nachschaubericht vom 05.07.2005 eine große Supraspinatussehnenruptur rechts.

Am 18.07.2005 erfolgte in den St.-V.-Kliniken K. eine diagnostische Arthroskopie und partielle Neer'sche Acromioplastik, eine offene Komplettierung der Neer'schen Acromioplastik und ein Rotatorenmanschetten-Repair. In seinem Operationsbericht vom 18.07.2005 beschrieb Dr. T. einen ausgedehnten weit retrahierten Rotatorenmanschettendefekt im Supraspinatus- und teilweise auch Infraspinatusbereich. Die Manschettenränder seien ausgefranst. Im mittleren Anteil bestehe ein abgerundeter lappenförmiger Riss. Das Tuberculum majus beziehungsweise die ehemalige Insertionszelle sei, ebenso wie der vordere Kapselbereich oberhalb der Supraspinatussehne, synovialisch verändert. Diese sei, ebenso wie das obere und mittlere glanshumorale Band, gut abgrenzbar. Auch das untere glanshumorale Band im Recessus axillaris sei zart abgrenzbar. Hier bestehe ebenfalls eine mäßige Gefäßinjektion der Synovia. Die lange Bizepssehne sei, ebenso wie der Bizepsanker, intakt. Das vordere Labrum sei leicht synovialitisch verändert, ansonsten aber intakt. Größere Knorpelschäden bestünden weder an der Humeruskopfkalotte noch am Glenoid. Prof. Dr. H./Prof. Dr. Sch., Ärzte für Pathologie am Institut für Pathologie der St.-V.-Kliniken K., beschrieben in ihrem Bericht vom 26.07.2005 ein Sehngewebe der rechten Rotatorenmanschette mit nicht ganz frischen bis älteren, circa 3 Wochen alten, Rissbildungen mit fibroblastärer Reparatur, herdförmig angelagertem Fibrin und stellenweise nekrotischem Gewebe sowie fokal mit geringen Residuen älterer Blutungen. Mit im Gefäß sei ein kleines Partikel aus spongiosen Knochengewebe mit Fettmark mit ausreifender Hämatopoese, überzogen von hyalinem Gelenkknorpel mit Rissbildungen und geringen degenerativen Veränderungen.

Zum Unfallhergang gab der Kläger gegenüber der Beklagten unter dem 08.08.2005 an, beim Sortieren und Stapeln von Europaletten sei die oberste Palette wegen Feuchtigkeit besonders schwer und rutschig gewesen, sodass sie beim Auflegen vom Stapel wieder zurück gerutscht sei. Beim Versuch, dies zu verhindern, sei es zu dem Unfall gekommen. Nach circa einer halben Stunde habe er den Arzt aufgesucht. Zu einem Sturz sei es nicht gekommen. Im Zeitpunkt des Unfalls habe er den rechten Arm nach oben gestreckt. Das Gewicht der Europaletten schätze er auf ca. 25 bis 30 Kilogramm ein. Die Palette sei aus einer Höhe von ca. 185 cm aufgefangen worden. Auf Anfrage der Beklagten teilte die B. Ersatzkasse unter dem 08.08.2005 mit, der Kläger sei vom 25.05.1992 bis zum 27.06.1992 wegen Schürfungen am Oberarm und Prellung der Schulter rechts arbeitsunfähig erkrankt gewesen. Weitere Angaben zu einer Erkrankung im Bereich der rechten Schulter könnten nicht gemacht werden.

Der Arzt für (Unfall-)Chirurgie und Sportmedizin Dr. Sch. führte in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 07.09.2005 aus, die kernspintomographische Diagnostik sei zeitnah erfolgt. Eine Signalerhöhung des Knochens bestehe nicht. Es bestehe eine weite Retraktion der Rotatorenmanschette. Zumindest für den Supraspinatus und auch für den Infraspinatus sei das Kriterium der Atrophie und Degeneration erfüllt. Zusätzlich sei eine hypertrophe Arthrose des Schultergelenks zu erkennen. Kernspintomographische Kriterien, die für den Zusammenhang sprächen, bestünden somit nicht. Der Erstbefund habe typische Impingementzeichen angegeben. Auch die passive Beweglichkeit sei eingeschränkt gewesen, was nicht typisch für eine frische Verletzung der Rotatorenmanschette sei. So spreche lediglich der feingewebliche Untersuchungsbefund eventuell für den Zusammenhang. Daher sei der Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Rotatorenmanschettenschaden nicht hinreichend wahrscheinlich.

Mit Bescheid vom 21.09.2005 anerkannte die Beklagte das Ereignis vom 01.07.2005 als Arbeitsunfall, lehnte eine Verletztenrente ab und entschied, Anspruch auf Heilbehandlung wegen der Folgen des Arbeitsunfalls sowie Arbeitsunfähigkeit bestehe (nur) bis zum 21.07.2005. Es liege kein Befund vor, der darauf schließen lasse, dass die festgestellte Zerreißung der Rotatorenmanschette mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall zurückzuführen sei. Dem kernspintomographischen Befund vom 04.07.2005 sei zu entnehmen, dass im Bereich der rechten Schulter erhebliche verschleißbedingte Veränderungen vorlägen. Darüber hinaus seien die erhobenen Erstbefunde nicht typisch für eine unfallbedingte Verletzung der Rotatorenmanschette. So sei die passive Beweglichkeit der rechten Schulter eingeschränkt, was für eine Rotatorenmanschettenverletzung nicht typisch sei. Somit habe der Arbeitsunfall lediglich zu einer Zerrung der rechten Schulter geführt.

Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein. Vor seinem Arbeitsunfall habe er keinerlei Beschwerden beziehungsweise Vorerkrankungen der rechten Schulter gehabt. Ferner sei die schwere Palette aus circa 2 Metern Höhe auf seinen ausgestreckten Arm gefallen, wobei seine Sehne gerissen sei. Daraufhin führte Dr. Sch. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 21.11.2005 aus, nach nochmaliger Durchsicht der Kernspintomogramme ließen sich eine komplette Ruptur des Supraspinatus mit Sehnenretraktion und beginnender fettiger Atrophie des Muskelbauches, eine komplette Ruptur der Infraspinatussehne mit nur geringer Sehnenretraktion, ein Gelenkerguss und eine periartikuläre Bursitis, keine Zeichen einer frischen knöchernen Verletzung, eine mäßige AC-Gelenkarthrose, nebenbefundlich ein Lipom im Infraspinatus und keine abgrenzbaren Pathologica im Bereich der erfassten Claviculaabschnitte beschreiben. Hinweise auf eine mögliche frische Schädigung fänden sich lediglich geringfügig im Bereich des Muskulus infraspinatus. Auch der Erstbefund vom 01.07.2005 spreche nicht für einen unfallbedingten Rotatorenmanschettenschaden. Angegeben werde ein "painful arc" bei eingeschränkter passiver Beweglichkeit. Als typisch für einen frischen unfallbedingten Sehnen Schaden der Rotatorenmanschette werde die passiv freie Beweglichkeit bei aktivem Funktionsverlust gesehen. Gerade der schmerzhafte Bogen sei Ausdruck der Arthrose des Schultergelenks und des degenerativen Leidens. Der kernspintomographische Befund bestätige das Verschleißleiden der rechten Schulter und den vorbestehenden Schaden durch Atrophie der Muskulatur und weite Retraktion der Sehne. Gleichzeitig finde sich kein erhöhtes Knochensignal im Bereich des Tuberculum majus. Auch der intraoperative Befund gebe keine frischen Unfallfolgen an. Zum Beispiel würden Blutungsreste, die nach 3 Wochen noch zu erwarten seien, nicht beschrieben. Ein blutiger Gelenkerguss habe nicht vorgelegen. Die Sehne werde weit retrahiert und die Zusammenhangstrennung als zum Teil lappenförmig abgerundet beschrieben. Dies seien typische Hinweise auf einen länger bestehenden Schaden. Lediglich der feingewebliche Untersuchungsbefund spreche für den Zusammenhang. Zusammenfassend könne somit weiterhin festgestellt werden, dass das angegebene Ereignis nicht die wesentliche Teilursache des nachgewiesenen Rotatorenmanschettenschadens der rechten Schulter gewesen sei. Unter dem 12.12.2005 führten Dr. R./Dr. T. aus, sowohl Unfallhergang wie auch die histologische Befundung der intraoperativ entnommenen Rotatorenmanschettenanteile aus dem Rupturrand sprächen für eine ausreichende Beteiligung des Unfallereignisses am Zustandekommen dieser Ruptur, auch wenn sicherlich degenerative Vorveränderungen vorlägen.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 22.12.2005 zurück. Dass der Kläger vor dem Unfallereignis im Bereich der rechten Schulter keinerlei Beschwerden und Einschränkungen gehabt habe, sei nicht ungewöhnlich, da die bei ihm diagnostizierte Erkrankung häufig das Ergebnis einer schicksalhaften Entwicklung beziehungsweise altersbedingten Abnutzung im Bereich der Schulter sei und im Regelfall stumm verlaufe.

Am 18.01.2006 erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG). Die Behauptung der Beklagten, der Rotatorenmanschettenriss sei schicksalhaft und auf Verschleißerscheinungen zurückzuführen, sei auf Grund des Arztbriefs des Prof. Dr. H. vom 19.07.2005, worin nur geringe degenerative Veränderungen festgestellt würden, widerlegt. Auch sei der Unfallhergang geeignet gewesen, eine Rotatorenmanschettenruptur hervorzurufen. Für den Riss der Rotatorenmanschette sei ein geeigneter Verletzungsmechanismus eine überfallartige, also eine passive ruckartige und plötzliche Krafteinwirkung und auch ein massives plötzliches Rückwärtsreißen des Armes.

Wegen einer erneuten Beschwerdezunahme erfolgte am 03.02.2006 eine Kernspintomographie des rechten Schultergelenks durch den Radiologen Dr. B. ... Es zeigte sich ein "kompletter zentraler Riss der Supraspinatussehne. Bilateral am Rand noch durchgehende Sehnenfasern, narbig verändert. Involution des Supraspinatusmuskels. Chronische Tendinitis der langen Bizepssehne an der cranialen Umschlagfalte. Läsion des apikoposterioren Labrums ohne Ablösung. Mäßige Tendinitis der Subscapularissehne. Reizerguss. Acromioclaviculararthrose. Lipom des M. infraspinatus. Kein Nachweis weiterer Strukturauffälligkeiten." Sodann wurde der Kläger vom 20.03.2006 bis zum 11.04.2006 in der Chirurgischen Klinik der St.-V.-Kliniken K. stationär behandelt. Im Rahmen dieser Behandlung erfolgte ausweislich des Arztbriefs des Dr. R. vom 09.05.2006 am 21.03.2006 eine diagnostische Schulterarthroskopie sowie ein offenes Rotatorenmanschettenrepair unter proximaler Ablösung der langen Bizepssehne und Einnähen in den großen Rotatorendefekt.

Sodann ließ das SG den Kläger untersuchen und begutachten. Der Facharzt für Orthopädie Dr. M. diagnostizierte in seinem fachorthopädischen Gutachten vom 22.08.2006 eine Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks bei Zustand nach Ruptur der

Rotatorenmanschette und operativer Rekonstruktionen, eine Muskelminderung des rechten Oberarmes, eine Narbenbildung und Zeichen gelenkumbildender Veränderungen des Schultergelenks beiderseits. Er gelangte zu der Einschätzung, dass mehr Gründe gegen eine traumatische Ruptur und für eine degenerativ bedingte Zusammenhangsdurchtrennung der Rotatorenmanschette sprächen. Die sehr genaue Analyse des Ereignisablaufes, die vom Kläger manuell mit dem gesunden linken Arm nachgestellt worden sei, ergebe keine Hinweise darauf, dass es zu einer traumatisch bedingten Dehnungsbeanspruchung der rupturierten Struktur, nämlich der Supraspinatussehne, gekommen sei. Dagegen spreche auch eine gleichzeitige Ruptur beziehungsweise Teilruptur zweier Sehnen der Rotatorenmanschette, die unterschiedliche Funktionen aufwiesen. Während der Supraspinatusmuskel im Wesentlichen ein Abspreizmuskel, geringer auch ein Innendrehmuskel sei, sei der Muskel infraspinatus ein Außendrehmuskel. Eine gleichzeitige Ruptur zweier unterschiedlich wirkender Muskeln durch das gleiche Trauma sei eigentlich nicht denkbar. Weiterhin sprächen die kernspintomographischen Befunde gegen eine traumatische Ruptur. Es habe nämlich primär eine Einengung des Subacromialraums, eine starke Retraktion der Sehnenenden, bestanden und es habe kein für eine traumatische Ruptur sprechendes Ödem im Knochen vorgelegen. Weiterhin sprächen die Befunde des Operationsberichtes gegen eine traumatische Verursachung der Zusammenhangsdurchtrennung. Dort werde nämlich ein primäres Engpassyndrom der Rotatorenmanschette beschrieben. Weiterhin seien die Sehnenenden weit retrahiert gewesen und wiesen abgerundete Rissenden auf. Auch der Erstbefund weise Anzeichen einer Impingementsymptomatik und kein sogenanntes "drop-arm-sign" auf. Der Verlauf sei zweiphasig und nicht decrescendoartig gewesen. Einzig und allein der histologische Befund sei ein Hinweis auf eine mögliche traumatische Ruptur, wobei aber zur Entscheidung der Kausalität grundsätzlich sämtliche Faktoren wertend herangezogen werden müssten und man sich nicht auf ein Faktum stützen könne. Auch die erneute Ruptur spreche für degenerative Veränderungen, die allerdings natürlich auch sekundär nach Primärverletzung entstanden sein könne.

Daraufhin holte das SG auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) das unfallchirurgische Gutachten des Dr. T. vom 15.08.2007 ein. Der Sachverständige führte aus, der vorliegende Unfallmechanismus sei geeignet, eine Rotatorenmanschettenläsion herbeizuführen. Die im Durchgangsarztbericht vom Unfalltag beschriebenen Tests seien durchaus mehrdeutig und schlossen weder eine degenerative Impingementsymptomatik aus, noch sprächen sie eindeutig für eine rein traumatische Ruptur der Rotatorenmanschette. Der Befund der am 04.07.2005 veranlassten Kernspintomographie sei mehrdeutig. Das beschriebene primäre Impingement bei flach angelegtem Acromion und knöchernen Anbauten bei AC-Gelenksarthrose spreche für eine anzunehmende degenerative Vorschädigung der Sehne. Außerdem lägen verschiedene Untersuchungen vor, die nachwiesen, dass subacromiale Engen bei knöchernen Hyperostosen in einem hohen Prozentsatz mit Rotatorenmanschettenläsionen degenerativer Art korrelierten. Der Retraktionsgrad der Supraspinatussehne mit 3 cm spreche zwar eher gegen als für eine frische Läsion, schließe eine frische Ruptur jedoch nicht aus. Der Ausschluss einer Muskelatrophie im Bereich der Supraspinatussehne wiederum lasse eher an ein zumindest nicht weit zurückliegendes Ereignis und damit einen traumatischen Schaden denken. Der im Rahmen der am 18.07.2005 durchgeführten Arthroskopie erhobene Befund sei ebenfalls mehrdeutig. Der abgerundete Lappenriss im mittleren Supraspinatusbereich spreche eher für ein älteres Geschehen. Die ansonsten beschriebenen, ausgefransten Defektränder sprächen eher für eine Ruptur neueren Datums. Die inspektorisch weite Retraktion der Sehnenränder, die als Indiz eher für eine ältere, degenerativ betonte Läsion sprächen, sei zu relativieren. Die feingewebliche Aufarbeitung der intraoperativ entnommenen Sehnenränder sei insoweit bemerkenswert, als Residuen älterer Blutungen konstatiert würden, wie sie bei degenerativen Rupturen nicht aufträten. Die in der Folge wieder auftretende Beschwerdesymptomatik mit degenerativer Reruptur der Rotatorenmanschette hänge nicht unwesentlich mit einer insuffizienten physiotherapeutischen Nachbehandlung zusammen. Zusammenfassend sprächen lediglich ein mehrdeutiger Erstbefund sowie ein ebenfalls nicht eindeutig richtungweisender Operationsbefund für eine rein oder überwiegend degenerative Genese des Defektes. Intraoperativer Befund wie Kernspintomographie-Befund legten das Vorhandensein degenerativer Veränderungen nahe, wie sie auch das Lebensalter des Klägers zum Zeitpunkt des Unfalls wahrscheinlich machten und die damit nicht zur Differenzierung degenerativ/traumatisch beitrügen. Sämtliche anderen Befunde und anamnestic Angaben sowie der eindeutige, sehr aussagekräftige histologische Befund sprächen dafür, dass das Unfallereignis zumindest eine wesentliche Teilursache für die Entstehung der Rotatorenmanschettenläsion darstelle und es ohne das Unfallereignis entweder überhaupt nicht oder erheblich anders oder zu erheblich anderer Zeit zu der beschriebenen Läsion gekommen wäre. Der bloße Nachweis von bildgebenden Veränderungen ohne eine entsprechende Beschwerdesymptomatik reiche nicht aus, einen Vorschaaden anzunehmen, der ausschließlich oder überwiegend die vorliegende Rotatorenmanschettenläsion mit den nachfolgenden Funktionseinbußen und der Beschwerdesymptomatik verursacht habe. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) betrage 20 vom Hundert (v. H.).

Hierzu führte Dr. Sch. in der von der Beklagten vorgelegten beratungsärztlichen Stellungnahme vom 04.10.2007 aus, der feingewebliche Untersuchungsbefund erlaube es nicht, den Zusammenhang uneingeschränkt zu bejahen. 17 Tage nach dem Ereignis müsse man eigentlich eine eindeutige Aussage erwarten, nämlich, dass es sich zweifelsfrei um eine frische unfallbedingte Zerreißen handle. Geringe Residuen älterer Blutungen als Hinweis für ein Trauma zu bewerten, sei nicht berechtigt, zumal der Operateur eben keine Blutergussbildung beschreibe. Auch bei degenerativen Läsionen werde man geringe Blutungsreste finden können. Zwischenzeitlich müsse das Versagen der Refixation als weiteres Indiz für einen vorbestehenden Schaden der Rotatorenmanschette gewertet werden.

Ferner erhob das SG das fachorthopädische Sachverständigengutachten des Prof. Dr. L., Abteilung Orthopädie, Sektion für Schulter- und Ellenbogenchirurgie, Orthopädische Universitätsklinik H., vom 14.02.2008. Der Sachverständige gelangte zu dem Ergebnis, es sei mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass beim Kläger eine bereits vorgeschädigte Rotatorenmanschette vorgelegen habe. Bei dem Unfallereignis könne es lediglich zu einer weiteren Partialruptur im Bereich der Rotatorenmanschette gekommen sein. Für einen Unfallzusammenhang spreche die angebliche Beschwerdefreiheit bis zum Zeitpunkt des Unfallereignisses, das Eintreten der Beschwerden unmittelbar nach dem Unfallereignis und der feingewebliche Untersuchungsbefund als Hinweis auf eine mögliche traumatische Ruptur der Supraspinatussehne. Gegen einen Unfallzusammenhang sprächen der für eine Schädigung der Rotatorenmanschette theoretisch nicht geeignete Verletzungsmechanismus, insbesondere bei gleichzeitiger Ruptur zweier Sehnen mit unterschiedlichem Wirkungsmechanismus, der Befund der Kernspintomographie vom 04.07.2005 mit knöchernem Engpassyndrom unter dem Schulterdach, starker Retraktion der Sehnenenden und Nichtvorliegen eines Ödems im Knochen, der Befund des Operationsberichtes mit einem primären Engpass-Syndroms unter dem Schulterdach, weit retrahierten Sehnenrändern mit abgerundeten Rissenden und das Nichtvorliegen eines Hämatoms sowie der im Durchgangsarztbericht vom Unfalltag beschriebene "painful arc" zwischen 40 und 100°.

Mit Urteil vom 26.06.2008 wies das SG die Klage ab. Dr. T. sei nicht auf den Gesichtspunkt eingegangen, dass es zu einer gleichzeitigen (Teil-)Ruptur zweier Sehnen der Rotatorenmanschette gekommen sei, die unterschiedliche Funktionen aufwiesen. Auch habe Dr. T. nicht dargelegt, in wie weit der fehlenden "drop-arm"-Symptomatik nicht die von den anderen Gutachtern beschriebene Bedeutung beizumessen sei. Ferner sei Dr. T. im Hinblick auf den gegen eine traumatische Verursachung sprechenden Kernspintomographiebefund vom 04.07.2005

lediglich zu der Schlussfolgerung gelangt, dieser Befund sei mehrdeutig. Ähnliches gelte für die Bewertung des Operationsberichtes durch Dr. T., in dem er lediglich zu der Auffassung gelangt sei, dass dies eher gegen als für eine frische Läsion spreche, jedoch eine frische Ruptur nicht ausschließe. Da die bei der Beurteilung traumatischer Rotatorenmanschettenläsionen maßgebenden Gesichtspunkte, nämlich Verletzungsmechanismus, Ergebnisse der zeitnah nach dem Unfall erfolgten Befunderhebungen und bildgebender Verfahren sowie Befundverlauf und operativer Befund vorliegend mehr gegen als für einen ursächlichen Zusammenhang sprächen, schließe sich das SG den Beurteilungen der Sachverständigen Dr. M. und Prof. Dr. L., nicht aber der Einschätzung des Dr. T., an.

Gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 14.07.2008 zugestellte Urteil des SG hat der Kläger am 13.08.2008 Berufung eingelegt. Mit dem Gutachten des Dr. T. habe er mit hinreichender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass der Arbeitsunfall die Rotatorenmanschettenruptur und deren Folgen verursacht habe.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 26.06.2008 aufzuheben, den Bescheid vom 21.09.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.12.2005 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, als Folge des Arbeitsunfalls vom 01.07.2005 eine Läsion der Rotatorenmanschette rechts anzuerkennen sowie Verletztengeld und Verletztenrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Nach neuesten medizinischen Erkenntnissen korreliert eine degenerative Veränderung einer Sehne nicht gleichzeitig mit einer klinischen Symptomatik, so dass trotz fehlender Beschwerdesymptomatik und Funktionseinschränkung eine Läsion vorhanden sein könne. Auch seien Spontanrupturen der Supraspinatussehne ohne äußere Verletzung auf Grund degenerativer Veränderungen möglich. Ferner sei das Unfallereignis nicht geeignet, die Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Akteninhalt verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144 SGG](#) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) zulässige Berufung des Klägers, über die der Senat mit der Zustimmung der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist unbegründet.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Feststellung einer Läsion der Rotatorenmanschette rechts als Folge des Arbeitsunfalls vom 01.07.2005 sowie auf die Gewährung von Verletztengeld und Verletztenrente.

Rechtsgrundlage sind die [§§ 7, 8, 45](#) und [56](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII).

Ein Anspruch auf Verletztengeld setzt unter anderem voraus, dass der Versicherte infolge des Versicherungsfalles arbeitsunfähig ist oder wegen einer Maßnahme der Heilbehandlung eine ganztägige Erwerbstätigkeit nicht ausüben kann ([§ 45 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#)).

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)), das heißt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)). Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit ([§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen ([§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)).

Aus diesen gesetzlichen Vorgaben hat die Rechtsprechung (zuletzt in BSG, Urteil vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#)) die folgenden Grundsätze entwickelt:

Für die Feststellung eines Arbeitsunfalls ist erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer beziehungsweise sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem Unfallereignis als einem zeitlich begrenzten, von außen auf den Körper einwirkendem Ereignis geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität). Erforderlich ist für die Gewährung von Verletztengeld, dass die zur Arbeitsunfähigkeit führende Erkrankung durch den Gesundheitserstschaden bedingt ist, und für die Gewährung einer Verletztenrente, dass längerandauernde Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens entstanden sind (haftungsausfüllende Kausalität) und eine hierdurch bedingte MdE um mindestens 20 v. H. erreicht wird.

Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, die Art und das Ausmaß des Unfallereignisses, der Gesundheitserstschaden und die hierdurch verursachten längerandauernden Unfallfolgen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Lässt sich ein Nachweis nicht führen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten.

Für die haftungsbegründende und die haftungsausfüllende Kausalität, welche nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen sind, ist grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit,

ausreichend, aber auch erforderlich. Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht, so dass auf diesen Grad der Wahrscheinlichkeit vernünftiger Weise die Entscheidung gestützt werden kann und ernste Zweifel ausscheiden. 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. Dies schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand ist die Grundlage, auf der die geltend gemachten Gesundheitsstörungen des konkreten Versicherten zu bewerten sind. Bei dieser einzelfallbezogenen Bewertung kann nur auf das individuelle Ausmaß der Beeinträchtigung des Versicherten abgestellt werden, aber nicht so wie er es subjektiv bewertet, sondern wie es objektiv ist. Die Aussage, der Versicherte sei so geschützt, wie er die Arbeit antritt, ist ebenfalls diesem Verhältnis von individueller Bewertung auf objektiver, wissenschaftlicher Grundlage zuzuordnen. Die Ursachenbeurteilung im Einzelfall hat anhand des konkreten individuellen Versicherten unter Berücksichtigung seiner Krankheiten und Vorschäden zu erfolgen, aber auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes.

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 mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs beziehungsweise Gesundheitsschadens abgeleitet werden. Wenn es mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen gibt, ist sozialrechtlich allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere/n Ursache/n keine überragende Bedeutung hat/haben. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur diese Ursache/n "wesentlich" und damit Ursache/n im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Ist die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen, so ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte.

Bei dieser Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen. Dass der Begriff der Gelegenheitsursache durch die Austauschbarkeit der versicherten Einwirkung gegen andere alltäglich vorkommende Ereignisse gekennzeichnet ist, berechtigt jedoch nicht zu dem Umkehrschluss, dass bei einem gravierenden, nicht alltäglichen Unfallgeschehen ein gegenüber einer Krankheitsanlage rechtlich wesentlicher Ursachenbeitrag ohne Weiteres zu unterstellen ist. Gesichtspunkte für die Beurteilung der besonderen Beziehung einer versicherten Ursache zum Erfolg sind neben der versicherten Ursache beziehungsweise dem Ereignis als solchem, einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, die konkurrierende Ursache unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens - aber eine Ursache ist nicht deswegen wesentlich, weil sie die letzte war -, ferner das Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, die Befunde und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie die gesamte Krankengeschichte. Ergänzend kann der Schutzzweck der Norm heranzuziehen sein.

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung gegebenenfalls in einem oder mehreren Schritten zu prüfende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Dies wird häufig bei einem klar erkennbaren Ursache-Wirkungs-Zusammenhang, vor allem wenn es keine feststellbare konkurrierende Ursache gibt, kein Problem sein. Aber es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache das angeschuldigte Ereignis eine Ursache ist oder die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festgestellte versicherte Ursache im naturwissenschaftlichen Sinn automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist der Senat zur der Auffassung gelangt, dass die Läsion der Rotatorenmanschette rechts nicht Folge des Arbeitsunfalls vom 01.07.2005 ist.

Denn das Unfallereignis vom 01.07.2005 ist nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit Ursache der am 04.07.2005 durch Dr. Sch. kernspintomographisch erhobenen und am 18.07.2005 durch Dr. T. arthroskopisch behandelte Ruptur der Supraspinatussehne rechts. Es spricht nicht mehr für als gegen einen Kausalzusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und der Sehnenruptur. Der Senat stützt sich auf die schlüssigen und überzeugenden Gutachten des Dr. M. vom 22.08.2006 und des Prof. Dr. L. vom 14.02.2008 sowie die beratungsgärtlichen Stellungnahmen des Dr. Sch. vom 07.09.2005, 21.11.2005 und 04.10.2007.

Der Senat lässt offen, ob es sich bei dem Arbeitsunfall um einen für die Verursachung einer Ruptur der Supraspinatussehne geeigneten Unfallhergang gehandelt hat. Denn jedenfalls spricht nicht mehr für als gegen einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Veränderungen in der Supraspinatussehne.

Zwar spricht für einen Unfallzusammenhang die vom Kläger angegebene Beschwerdefreiheit bis zum Zeitpunkt des Unfallereignisses, das Eintreten der Beschwerden unmittelbar nach dem Unfallereignis und der von Prof. Dr. H./Prof. Dr. Sch. im Bericht vom 26.07.2005 erhobene histologische Befund "Sehnengewebe der rechten Rotatorenmanschette mit nicht ganz frischen bis älteren, circa 3 Wochen alten, Rissbildungen mit fibroblastärer Reparation, herdförmig angelagertem Fibrin und stellenweise nekrotischem Gewebe sowie fokal mit geringen Residuen älterer Blutungen". Zum Einen hat aber Dr. M. zutreffend darauf hingewiesen, dass zur Entscheidung der Kausalität grundsätzlich sämtliche Faktoren wertend herangezogen werden müssen, mithin es also auf den histologischen Befund nicht alleinentscheidend ankommt. Zum Anderen folgt der Senat den Ausführungen des Dr. Sch., wonach es der feingewebliche Untersuchungsbefund nicht erlaubt, den Zusammenhang uneingeschränkt zu bejahen, da geringe Residuen älterer Blutungen nicht zwingend als Hinweis für ein Trauma zu bewerten sind, im Operationsbericht vom 18.07.2005 gerade keine Blutergussbildung beschrieben worden ist und sich auch bei degenerativen Läsionen geringe Blutungsreste finden lassen.

Gegen einen Unfallzusammenhang spricht vor allem der Umstand, dass beim Kläger nicht nur die Sehne des Supraspinatusmuskels

(Abspreiz- und Innendrehmuskel), sondern auch die Sehne des Infraspinatusmuskels (Außendrehmuskel) rupturiert war. Dr. M. und Prof. Dr. L. haben überzeugend dargelegt, dass es nicht denkbar ist, dass durch ein Unfallereignis gleichzeitig Sehnen von Muskeln geschädigt werden, die unterschiedliche Funktionen aufweisen. Weiterhin sprechen die kernspintomographischen Befunde gegen eine traumatische Ruptur. Denn ein für eine traumatische Ruptur sprechendes Ödem im Knochen ist im kernspintomographischen Befund vom 04.07.2005 nicht beschrieben worden. Auch der Erstbefund spricht gegen einen Unfallzusammenhang. Denn im Durchgangsarztbericht vom 01.07.2005 wurde nicht das für einen Kausalzusammenhang sprechende sogenannte "drop-arm-sign" bei passiver freier Beweglichkeit, sondern ein "painful arc" bei passiver eingeschränkter Beweglichkeit zwischen 40 und 100° beschrieben. Des Weiteren hat nicht ein unfalltypischer decrescendoartiger, sondern mit der Beschwerdezunahme im Februar 2006 ein zweiphasiger Krankheitsverlauf vorgelegen.

Selbst wenn es aber durch das Unfallereignis vom 01.07.2005 zu der Ruptur der Supraspinatussehne rechts gekommen wäre, so wäre dieses Unfallereignis jedenfalls nicht wesentliche Ursache hierfür. Von überragender Bedeutung und daher wesentlich ursächlich für diesen Gesundheitsschaden wäre vielmehr der degenerative Vorschaden im Bereich der rechten Schulter. Auch hierbei stützt sich der Senat auf die schlüssigen und überzeugenden Gutachten des Dr. M. vom 22.08.2006 und des Prof. Dr. L. vom 14.02.2008 sowie die beratungsärztlichen Stellungnahmen des Dr. Sch. vom 07.09.2005, 21.11.2005 und 04.10.2007. Dass ein degenerativer Vorschaden im Bereich des rechten Schultergelenks vorgelegen hat, ergibt sich aus dem zutreffenden Hinweis des Dr. M., dass Zeichen gelenkumbildender Veränderungen des Schultergelenks beiderseits vorgelegen haben. So wurde im Befundbericht über die am 04.07.2005 durchgeführte Kernspintomographie und in dem Operationsbericht vom 18.07.2005 eine Einengung des Subacromialraums beziehungsweise ein primäres Engpasssyndrom der Rotatorenmanschette unter dem Schulterdach beschrieben. Ferner wurde in den genannten Berichten eine starke Retraktion der Sehnenenden mit abgerundeten Rissenden beschrieben, was für eine degenerativ bedingte Sehnenveränderung spricht. Außerdem hat Dr. Sch. zutreffend auf die am 04.07.2005 kernspintomographisch gesicherte Arthrose des Schultergelenks hingewiesen.

Daher folgte der Senat nicht den Schlussfolgerungen des Dr. T. in dessen Gutachten vom 15.08.2007. Zutreffend hat das SG auf die Mängel dieses Gutachtens hingewiesen. Der Senat schließt sich den Ausführungen des SG an und verweist insoweit zur Vermeidung von Wiederholungen auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Demgemäß hat auch keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit über den 21.07.2005 hinaus bestanden und besteht auch kein unfallbedingter dauerhafter Gesundheitsschaden. Mithin hat der Kläger keinen Anspruch auf weitergehendes Verletztengeld und auch nicht auf Verletztenrente.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-06-01