L 2 U 384/01

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Augsburg (FSB)
Aktenzeichen
S 9 U 346/00
Datum
24.10.2001
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 2 U 384/01
Datum
12.02.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 24. Oktober 2001 aufgehoben und die Klage gegen den Bescheid der Beklagten vom 5. Juni 2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. August 2000 abgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen. -

Tatbestand:

Nach dem Durchgangsarztbericht des Dr.S. vom 08.09.1994 rutschte der Kläger am 08.09.1994 beim Ziehen einer Fleischkiste aus und stürzte auf den linken Arm. Er mache Schmerzen in der linken Schulter geltend. Es bestehe eine Schwellung der linken Schulter und ein Bewegungsschmerz. Die Bewegungen seien endgradig eingeschränkt. Äußerlich sei keine Verletzung nachweisbar. Motorik, Sensibilität und Durchblutung seien intakt. Ein Anhalt für eine knöcherne Verletzung bestehe röntgenologisch nicht. Es handele sich um eine Distorsion der linken Schulter. In der Unfallanzeige vom 27.09.1994, die der Kläger mit unterzeichnete, wird ausgeführt, der Kläger habe eine Kunststoffkiste mit Fleisch gezogen. Bei diesem Vorgang sei er abgerutscht und habe sich, beim Versuch, sich abzufangen, die Schulter an einer anderen Kunststoffkiste angeschlagen. Prof.Dr.P. stellte im Zwischenbericht vom 11.03.1997 nach stationärer Behandlung des Klägers vom 26.02. bis 07.03.1997 einen Zustand nach traumatischer Schulterluxation links mit Bankart-Läsion, Hill-Sachs-Delle sowie ventraler Labrumabsprengung entsprechend einer SLAP-Läsion Grad 4 fest. Am 28.02.1997 sei eine Arthroskopie der linken Schulter durchgeführt worden. Da anamnestisch über keinerlei Luxationen berichtet worden sei und auch intraoperativ in keiner Position eine Luxation habe provoziert werden können, sei auf eine prophylaktische Stabilisierungsoperation verzichtet worden. Auf Anfrage der Beklagten, ob die mitgeteilte Diagnose im Zusammenhang mit der Bagatellverletzung vom 08.09.1994 stehe, antwortete Prof.Dr.P. , der Kläger habe angegeben, im Dezember 1995 während seiner beruflichen Tätigkeit als Metzger eine Verletzung der linken Schulter nach Sturz erlitten zu haben, die zu einer Luxation/Subluxation, die sich spontan selbst reponiert habe, geführt hätte. Er habe sich wegen seit diesem Zeitpunkt bestehender Schmerzen im Bereich der linken Schulter vorgestellt. In der Arthro-CT-Untersuchung habe man eine vordere Kapselläsion mit Abriss des Labrum glenoidale ventralseitig sowie eine entsprechende Bankartläsion gesehen. Aufgrund der geschilderten Anamnese des Patienten habe kein Anhalt bestanden, an der Kausalität zwischen den Diagnosen und der Ereignisse zu zweifeln. Dem Bericht der Beklagten vom 02.04.1997 sei nun zu entnehmen, dass hier nur ein Unfall am 08.09.1994 gemeldet worden sei. Dabei sei nach dem Durchgangsarztbericht von einer Bagatellverletzung im September 1994 auszugehen. Entweder beruhten die festgestellten Verletzungen auf dem zweiten Unfallereignis oder die Verletzung vom September 1994 sei keine Bagatellverletzung gewesen, sondern habe den Schilderungen des Patienten (Luxation/Subluxation des linken Schultergelenks) entsprochen. Beigefügt wurde der Bericht über die Arthroskopie am 28.02. 1997. Auf Anfrage der Beklagten teilte der Kläger am 21.05.1997 telefonisch mit, dass es sich nicht um ein neues Ereignis vom Dezember 1995, sondern um den Unfall vom 08.09.1994 handele. Mit Schreiben vom 17.07.1997 teilte der Kläger mit, aufgrund irrtümlicher Angaben seinerseits habe der behandelnde Arzt bei der Aufnahme in der Orthopädischen Klinik U. das Jahr seines Unfalls falsch aufgenommen. Er, der Kläger, habe die Angabe gemacht, dass der Unfall im Oktober 1995 passiert sei. Das tatsächliche Datum sei der 08.09.1994 gewesen. Dieses Datum habe er erst von seinem behandelnden Arzt Dr.S. erfragt, nachdem er nach dem genauen Unfalldatum gefragt worden sei. Mit Schreiben vom 03.09.1997 teilte der Kläger zum Unfallhergang mit, beim Reinigen des Kühlraumes habe er mit einem Haken eine Kiste gezogen, der jedoch abgerutscht sei und er sei nach vorne gefallen. Während des Fallens habe er versucht, sich an einer vor ihm stehenden Tonne festzuhalten. Dies sei ihm jedoch nicht gelungen und er sei zu Boden gestürzt. Dabei habe er sich diese Verletzung zugezogen. Ohne fremde Hilfe habe er selbst den Arm nach unten gerissen (aus Reflex). Danach sei er zum Unfallarzt Dr.S. gegangen. Dr.S. teilte der Beklagten mit, aufgrund des Unfallberichts vom 08.09.1994 könne zweifelsfrei festgestellt werden, dass es sich dabei um keine Schulterluxation gehandelt habe. Aus seinen Unterlagen ergebe sich kein Hinweis, der eine Schulterluxation mit Hill-Sachs-Delle erkläre. Es könne festgehalten werden, dass kein Hinweis für eine Schulterluxation zum Zeitpunkt des Unfalls bestanden habe. Der Kläger habe sich lediglich am 08.09.1994 bei ihm vorgestellt. Eine Krankmeldung sei vom 08.09. bis

09.09.1994 ausgestellt worden. Der Orthopäde Dr.C. teilte mit Schreiben vom 15.08.1997 mit, nach seinen Aufzeichnungen am 07.11.1996, der Erstkonsultation des Klägers, zog sich der Kläger die erstmalige Schulterluxation links durch eine Abfangbewegung des linken Armes zu. Er sei beim Ziehen einer Kiste weggerutscht. Nach seinen Angaben habe er sich die Schulter dann durch die Abwärtsbewegung des linken Armes wieder selbst eingerenkt. Der Durchgangsarzt Prof.Dr.K. berichtete im Schreiben vom 29.12.1997, der Kläger habe sich am gleichen Tag ambulant vorgestellt und angegeben, am 08.09.1994 sei er beim Ziehen einer Kiste mit dem Haken weggerutscht und habe sich dabei angeblich die linke Schulter luxiert, wonach eine spontane Reposition erfolgt sei. Es habe keine Behandlung stattgefunden. Wegen anhaltender Beschwerden sei 1997 eine diagnostische Arthroskopie in Ulm erfolgt. Es bestehe ein Zustand nach Schulterluxation links mit Bankart-Defekt. Am 28.01.1998 erfolgte eine Arthroskopie des linken Schultergelenks durch Prof.Dr.K ... Es sei das Debridement der ventralen Labrum-SLAP-Läsion erfolgt sowie Entfernung chondraler Flake und Abrasionschondroplastik glenoid. Die Bizepssehne habe sich als unauffällig erwiesen. Es habe kein Hinweis für degenerative Veränderungen, keine Luxation bestanden. Bei der Bewegung der Schulter unter Zug/Abduktion und Außenrotation könne keine, auch keine annähernde Instabilität festgestellt werden. Der dorsale Humeruskopf zeige eine flache Hill-Sachs-Läsion ohne wesentlichen Knorpelschaden. Das Glenoid zeige distal/ventral einen Knorpeldefekt mit abgelöstem Flake in der Größe von ca. 10 x 10 mm. Es sei ein Entfernen des Flake und Abradieren des Knochens erfolgt. Nach dem Operationsbericht vom 20.05.1998 erfolgte am 20.05. 1998 eine Rearthroskopie der Schulter des Klägers durch Prof. Dr.K. , wobei eine Refixation des Labrums und subakromiale Bursoskopie und Bursektomie, knöcherne Dekompression vorgenommen wurde. Vom 27.08.1998 bis 17.09.1998 unterzog sich der Kläger einem Reha-Verfahren. Nach dem Bericht des Dr.N. vom 22.09. 1998 gab der Kläger an, dass in Schulter-Anteversion eine Verbesserung des Bewegungsgausmaßes erzielt worden sei, dies jedoch nur unter Schmerzen möglich sei. Er habe noch bestehende bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen beklagt. Im Schreiben vom 21.12.1998 führte der behandelnde Orthopäde Dr.C. aus, der Kläger habe ihn am 07.11.1996 erstmals konsultiert. Eine kernspintomographische Untersuchung habe keinen wesentlichen Befund erbracht. Jetzt habe sich der Kläger kürzlich wieder die Schulter verdreht. Daraufhin sei eine Röntgenuntersuchung der linken Schulter vorgenommen worden, die einen altersentsprechenden Befund ergeben habe sowie eine sonographische Untersuchung, die ebenfalls ohne wesentlichen Befund geblieben sei. Der Kläger teilte am 28.01.1999 dazu telefonisch mit, es habe offenbar bei Dr.C. ein Missverständnis vorgelegen. Er habe sich nicht nochmals die Schulter verdreht, sondern nur einmalig am 08.09.1994. Im Übrigen habe er sich bei Dr.C. nur ein Rezept abgeholt. Die Beklagte holte ein Gutachten des Chirurgen Dr.S. vom 10.05.1999 ein. Der Gutachter führt aus, nach dem H-Arztbericht des Dr.S. habe es sich am 08.09.1994 um eine Distorsion des linken Schultergelenkes gehandelt. In der Folgezeit seien Beschwerden verblieben, die eine weitere Abklärung erforderlich gemacht hätten. Werde der Unfallmechanismus berücksichtigt, so sei mit Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die im Kernspintomogramm und anschließend bei der Arthroskopie festgestellten Veränderungen ursächlich auf den Unfall zurückzuführen seien. Ob nun eine Luxation der Schulter stattgefunden habe, die sich spontan reponiert habe oder eine sogenannte Subluxation, sei ohne Bedeutung. Die festgestellten Veränderungen wiesen auf eine sehr grobe Distorsion hin. Es lägen als Unfallfolgen eine Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenkes nach operativ versorgter Bankart-Läsion vor. Weiter liege eine Narbenbildung des linken Schultergelenks vor. Die MdE sei unter Berücksichtigung der deutlichen Bewegungseinschränkung, insbesondere aber auch der Einschränkung der Drehbeweglichkeit der linken Schulter mit 20 v.H. zu bemessen. Nach Eingang des Gutachtens zog die Beklagte weiter einen Behandlungsbericht des Dr.S. vom 04.08.1999 bei, wonach der Kläger sich am 03.01.1995 bei ihm wegen Schmerzen im Bereich des linken Schultergelenks vorgestellt habe. Diese Schmerzen habe er auf den Arbeitsunfall vom 08.03.1994 zurückgeführt. Am 03.01.1995 seien die Konturen des linken Schultergelenks regelrecht gewesen. Es habe ein vorderer Kapseldruckschmerz und Druckschmerz über dem Schultereckgelenk bestanden. Die Beweglichkeit sei nicht behindert gewesen. Es habe eine Streckhaltung der HWS, Blockierung C 5/6 links, Verspannung der Schulternackenmuskulatur und im Bereich der LWS Blockierung L 4/5 rechts bestanden. Am 27.06. 1995 habe sich der Kläger wegen immer noch bestehender Beschwerden im Bereich des linken Schultergelenks vorgestellt. Die Röntgenuntersuchung der linken Schulter habe am 27.06.1995 eine leichte Ausziehung am Pfannenlimbus, sonst unauffälligen Befund, keine Kalkeinlagerung erbracht. Er habe die Diagnose gestellt: Rezidivierendes HWS-Syndrom mit C-6-Blockierung, Schulter-Arm-Syndrom links, Zustand nach Schulterprellung links. Die Kernspintomographie der linken Schulter vom 11.04. 1995 durch Dr.S. ergab keine posttraumatischen knöchernen bzw. muskulären Veränderungen, keine Rotatorenmanschettenruptur, regelrechte Darstellung des Labrum glenoidale. Dr.C. teilte mit Schreiben vom 22.11.1999 mit, am 03.11.1998 habe er eine Sonographie der linken Schulter sowie der rechten Schulter im Vergleich durchgeführt. Dabei habe er eine Verbreiterung der Bursa subakromialis links festgestellt. Einen direkten Hinweis einer Rotatorenmanschettenruptur habe er nicht gefunden. Am 07.11.1996 habe er eine Röntgenuntersuchung des linken Schultergelenks durchgeführt. Damals habe eine knöcherne Verletzung ausgeschlossen werden können. Dr.C. übersandte eine Arthro-CT der linken Schulter im Doppelkontrast vom 02.01.1997. Darin wird ausgeführt, es liege offensichtlich eine vordere Kapselläsion mit Überdehnung der vorderen Kapselstrukturen und Abriss des Labrum gleniodale/ Bankart-Läsion vor. Die Beklagte holte eine Stellungnahme des Beratungsarztes Dr.L. , Arzt für Chirurgie, vom 01.03.2000 ein, der ausführte, in der Kernspintomographie vom 11.04.1995 würden insgesamt keine unfallbedingten Veränderungen festgestellt. Das Arthro-CT vom 02.01.1997 zeige dann nur einen Abriss des vorderen Labrums und eine Hill-Sachs-Delle am Humeruskopf. Diese Befunde seien auf eine abgelaufene Schulterluxation zu beziehen. Diese müsse aber nach dem 11.04.1995 eingetreten sein. Dieses Kernspin zeige, dass alle später festgestellten Befunde auf ein nicht näher bekanntes Ereignis nach dem April 1995 bezogen werden müssten. Ein Zusammenhang zwischen dem Unfall und den später notwendig gewordenen Behandlungen bestehe nicht. Mit Bescheid vom 05.06.2000 lehnte die Beklagte Ansprüche auf Rente und sonstige Leistungen aus Anlass des Unfalls vom 08.09. 1994 ab. Sie bezog sich dabei auf die Stellungnahme des Dr.L. und den Bericht des Dr.S ... Den dagegen eingelegten Widerspruch, mit dem sich der Kläger auf die Ausführungen des Prof.Dr.P. und das Gutachten des Dr.S. bezog, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 29.08.2000 zurück. Zuvor hatte sie eine telefonische Stellungnahme des Dr.S. am 16.08.2000 eingeholt, in welcher sich dieser der Auffassung des Dr.L. in allen Punkten, in Kenntnis der nachträglich eingegangenen Informationen, anschloss. Dagegen hat der Kläger Klage erhoben. Er macht geltend, die fehlende Sichtbarkeit auf den Aufnahmen der Kernspintomographie vom April 1995 sei wahrscheinlich auf die damals im Krankenhaus aufgetretenen Anwendungsprobleme zurückzuführen. Die Aufnahme habe ursprünglich mit fixiertem abgewinkelten Arm erfolgen sollen. Es habe sich jedoch gezeigt, dass der Kläger mit dieser Stellung nicht in die ca. 70-cm-Röhre gepasst habe. Der Arm sei deshalb wieder gelöst und neben dem Körper gelagert worden. Aufgrund dieser unsachgemäßen Armhaltung habe die Verletzung wahrscheinlich nicht festgehalten werden können. Im Dezember 2000 schilderte der Kläger den Unfallhergang wie folgt: Beim Reinigen des Kühlraums werde dieser ausgeräumt und nach der Reinigung wieder eingeräumt. Die Kisten würden mit einem Haken gezogen. Beim Hineinziehen sei eine Steigung des Bodens vom Schlachthaus in den Kühlraum zu überwinden. Dort sei der Haken von der Kiste gerutscht und er sei nach vorne in Richtung Mülltonne gefallen, an der er sich habe abfangen wollen. Durch die Wucht habe er sich aber nicht halten können und sei nach unten durchgebrochen und dabei sei ihm der Arm ausgekugelt. Aus Reflex habe er ihn nach unten gerissen und sich dabei die Verletzung zugezogen. Das Sozialgericht holte ein Gutachten des Orthopäden Dr.L. vom 22.01.2001 ein.Dieser führte zur Kernspintomographie vom 11.04.1995 aus, es liege hier ausschließlich eine T-1-Aufnahme vor. Man könne in einzelnen Projektionen eine gewisse Aufhellungsfigur am oberen knorpligen Pfannenrand sehen. Eine aussagekräftige T-2-Wichtung liege nicht vor. Im Hinblick auf die divergierenden Vorgutachten habe er die

Kernspin- und CT-Bilder mit dem ortsansässigen Radiologen besprochen. Dieser habe seine Auffassung bekräftigt, dass aufgrund der tatsächlich vorliegenden Kernspintomographiebilder von 1995 das Vorliegen einer Labrumverletzung (sogenannte SLAP-Läsion) keinesfalls ausgeschlossen werden könne. Es handele sich bei diesen Kernspinbildern mit Wahrscheinlichkeit um einen falschnegativen Befund, zumal die für solche Verletzungen aussagekräftigere T-2-Wichtung nicht vorliege. Keinesfalls könne deshalb auch in direktem Vergleich zum nachfolgenden Arthro-CT gesagt werden, dass die im Arthro-CT nachgewiesene Verletzung erst nach dem Zeitpunkt der Anfertigung des Kernspintomogramms von 1995 eingetreten sein müsste. Die Beurteilung des vorliegenden Falles stehe und falle mit der Frage, ob der Hergang des Unfalls in der geschilderten Art und Weise geeignet gewesen sei, die späterhin festgestellte Verletzung im knorpligen Pfannenrand hervorrufen zu können oder nicht. Gehe man von dem Ablauf aus, wie ihn der Kläger hier schildere und auch in der Fotodokumentation hervorgehe, so müsse man dem Hergang als solches durchaus die Eignung zusprechen, eine Verletzung des knöchernen Pfannenrandes (Teil-)Verrenkung des Schultergelenks hervorrufen zu können Der Kläger habe bei seiner Befragung glaubhaft angegeben, dass weitere Verletzungen des Schultergelenks nicht mehr vorgekommen seien, vielmehr die gleichartigen Beschwerden seit dem in Rede stehenden Ereignis vorlägen. Letztlich sei somit der Kausalitätsbeurteilung im Gutachten des Dr.S. zu folgen. Die MdE-Einschätzung mit 20 v.H. halte er nicht für zutreffend. Nach Schoenberger-Mehrtens-Valentin werde eine Bewegungseinschränkung im Schultergelenk, die eine Seit- und Vorwärtsführung des Arms bis 120 Grad erlaube, mit 10 v.H. bewertet, wobei hier nur der Befund als solcher, nicht dessen Ursache bewertet werde. Die Drehbewegung im Schultergelenk sei hier nicht nennenswert eingeschränkt, so dass sich eine MdE um 20 v.H. durch die erhobenen Befunde, auch im Aktenverlauf zu keinem Zeitpunkt begründen lasse. Nach der 13. Woche nach dem Unfall betrage die MdE 10 v.H. Die Beklagte übergab demgegenüber eine Stellungnahme der Orthopäden Dr.T. und Dr.S. vom 11.05.2001 und führte aus, im Gegensatz zu Dr.L. sähen sie den Hergangsablauf im vorliegenden Fall als zweitrangig an, da insbesondere die Kernspintomographie der linken Schulter am 11.04.1995 ca. sieben Monate nach dem Ereignis keinerlei Hinweise für einen unfallbedingten Körperschaden erbracht habe, jedenfalls den von Dr.L. lediglich angenommenen Körperschaden einer Teilablösung des knorpligen Pfannenrandes nicht zweifelsfrei belegt. Es könne zwar sein, dass die dort angewandte Technik nicht beweisend für das Nichtvorliegen einer stattgehabten Verletzung sei, doch bleibe auch die gegenteilige Möglichkeit eines unauffälligen Befundes, wie er im Befundbericht beschrieben werde. Jedenfalls sei dann ein unfallbedingter Körperschaden in zeitlicher Nähe mit dem Ereignis vom 08.09.1994 nicht erwiesen. Des Weiteren basiere die Aussage einer Schulterausrenkung lediglich auf Angaben des Klägers, ohne dass diese durch ärztliche Befunde zweifelsfrei gestützt worden sei. Diesbezüglich habe Dr.S. festgestellt, dass das Ereignis vom 08.09.1994 zu keiner Schulterluxation geführt habe. Diese Beurteilung werde durch den Erstbefund am 08.09.1994 gestützt, der lediglich für eine Schulterprellung spreche. Nach Dr.L. habe die Verstauchung der linken Schulter zu einer Teilablösung des knorpeligen Pfannenrandes geführt und erst dadurch sei eine Teilluxation dieses Gelenks ermöglicht worden. Bislang sei aber immer der umgekehrte Verlauf angenommen worden, nämlich eine Schulterluxation, die erst die Teilablösung des knorpeligen Pfannenrandes verursacht habe. Die Ärzte Dres.T. und S. führten aus, grundsätzlich könne eine Luxation der Schulter dann auftreten, wenn die Grenze der Beweglichkeit schon erreicht worden sei und dann noch zusätzlich Hebelkräfte auf den Arm einwirkten. Hierbei handele es sich in den meisten Fällen um einen Sturz auf den ausgestreckten Arm oder den Zug des Körpergewichtes bei einem Fall mit fixiertem Arm. Folge man nun den letzten Angaben des Klägers zum Hergang, so entspreche dieser Ablauf durchaus dem oben skizzierten Sturz auf den ausgestreckten Arm, so dass insbesondere durch den Versuch, sich an der Mülltonne festzuhalten, zusätzliche Hebelkräfte hätten auftreten können, durch welche dann eine Luxation der Schulter möglich gewesen wäre. Das Problem bestehe hier aber schon einmal darin, dass eine Verrenkung niemals sicher belegt worden sei. In der Regel sei bei einer Erstluxation beim Erwachsenen eine charakteristische und auch sehr dramatische Primärsymptomatik zu erwarten, die hier aber nicht festgestellt worden sei. Vielmehr habe sich primär eine nahezu freie Beweglichkeit, wenn auch mit Angabe von Schmerzen, gefunden. Auch die bildgebenden Befunde lieferten hier nur begrenzte Information. Eine sogenannte Hill-Sachs-Läsion sei auch bei der eigenen Auswertung des Bildmaterials nicht nachweisbar gewesen. Ein sicheres Luxationszeichen lasse sich also in diesem Fall mit diesem intra- operativen Befund nicht nachweisen. Die sogenannte Bankart-Läsion wäre ebenfalls ein charakteristisches Verletzungsmerkmal der Luxation. Dabei handele es sich um eine Ablösung des vorderen Labrum glenoidale (knorpliger Pfannenrand). Bei der häufigsten vorderen Luxation sei diese Läsion auch am vorderen/ unteren Pfannenrand zu erwarten. Im konkreten Fall sei der Defekt aber mehr vorne/oben gefunden worden, was sich an dieser Stelle nur schwerlich mit einem Luxationsmechanismus vereinbaren lasse und im Übrigen einer bekannten Normvariante (sogenannte Andrews-Läsion) entspreche. Gegen eine abgelaufene Luxation spreche auch die Tatsache, dass bei beiden Luxationen in Narkose keine Instabilität der Schulter festgestellt worden sei, die man häufig nach Verrenkungen infolge der Überdehnung der Schulterkapsel finde. Deshalb könne man letztlich nur von einer Stauchung bzw. Distorsionsbelastung des linken Schultergelenks ausgehen. Es stehe somit nur die Frage im Raum, ob die beschriebene Limbusablösung (sogenannte SLAP-Läsion) in dieser Lokalisation auf das Ereignis zurückgeführt werden könne. Die Pathogenese dieser Läsion sei bisher unklar, ihre klinische Relevanz werde außerdem unterschiedlich interpretiert. Hinzu komme die Tatsache, dass eine Labrum-Läsion nicht speziell traumatisch sei, sondern häufig auch spontan, ohne äußeres Ereignis festgestellt werde. Des Weiteren kämen anlagebedingte Normvarianten hinzu. Insbesondere im oberen Anteil der Schulterblattgelenkpfanne müsse der knorpelige Rand bzw. das Labrum nämlich nicht fest mit dem Pfannenrand verwachsen sein. Es könne sich also um eine anlagebedingte ungenügende Anheftung des vorderen Labrums handeln. Bei Annahme der Kausalität sei die MdE mit 10 v.H. zutreffend eingeschätzt. Das Sozialgericht hat eine ergänzende Stellungnahme des Dr.L. vom 22.07.2001 eingeholt. Der Sachverständige führt aus, die Schwierigkeit im vorliegenden Fall beruhe letztlich darin, dass zeitnah keine eindeutigen Befunde vorlägen, die den Unfallzusammenhang beweisen könnten und bei dem insgesamt natürlich wenig spektakulären Befund auch genausogut Argumente gegen die Annahme eines Unfallzusammenhangs mit gleicher Berechtigung aufzuführen seien. Er habe letztlich deswegen im Gutachten darauf hingewiesen, dass er den Hergang vom 08.09. 1994 mit Wahrscheinlichkeit für die Ursache des gefundenen Körperschadens halte, eine diagnostische Sicherheit sei hier nicht möglich. Auch Dr.S. könne letztlich seine Theorie eines Anlageschadens (gleich welcher Art) nicht beweisen und lehne den Unfallzusammenhang wegen des nicht möglichen Vollbeweises ab. Es stehe hier eine Annahme gegen eine andere, wobei er der Argumentation des Dr.S. auch nicht gänzlich mit medizinischen Gründen widersprechen könne. Mit Urteil vom 24.10.2001 hat das Sozialgericht Augsburg den Bescheid der Beklagten vom 05.06.2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.08.2000 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, beim Kläger eine Verstauchung der linken Schulter mit Teilablösung des knorpeligen Pfannenrands und dadurch ermöglichter Teilverrenkung als Folge des Unfalls vom 08.09.1994 anzuerkennen und die gesetzlichen Leistungen hieraus zu gewähren. Dagegen richtet sich die Berufung der Beklagten. Sie stützt sich auf die Feststellungen im Rahmen des Verwaltungs- und Widerspruchsverfahrens sowie auf die der Dres.T. und S. in der Stellungnahme vom 11.05.2001. Auf das Vorbringen der Beklagten wird verwiesen. Der Kläger bezieht sich dagegen auf die Ausführungen des Dr.S. und Dr.L ... Nach dem 08.09.1994 seien keine anderen Einwirkungen gewesen. Es habe keine weiteren Vorfälle gegeben. Bei einem etwaigen neuen Vorfall wäre er behandelt worden und es lägen Unterlagen vor. Der Senat hat ein Gutachten des Orthopäden Dr.F. vom 06.11.2002 eingeholt. Auf die Unfallschilderung des Klägers bei Dr.F. und dessen Gutachten wird verwiesen. Der Kläger mach dazu geltend, für den Zusammenhang zwischen Unfall und Leiden genüge die Wahrscheinlichkeit. Der Sachverständige halte den Vollbeweis für nötig. Alternative Ursachen decke Dr.F. nicht auf. Auf den Schriftsatz vom 07.03.2003 wird verwiesen.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 24.10.2001 aufzuheben und die Klage den Bescheid vom 05.06.2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.08.2000 abzuweisen.

Der Kläger beantragt, die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise ein Gutachten des Dr.R. C. gemäß § 109 SGG einzuholen.

Der Senat hat die Akten der Beklagten und des Sozialgerichts beigezogen. Zur Ergänzung des Tatbestands wird auf den Akteninhalt Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist gemäß §§ 143 ff. SGG zulässig, sachlich jedoch nicht begründet. Die Entscheidung über den Rechtsstreit richtet sich auch im Berufungsverfahren nach den Vorschriften der RVO, weil der Unfall vor dem 01.01.1997 eingetreten ist und über gesetzliche Leistungen bzw. Feststellungen für einen Zeitraum davor zu entscheiden ist (§§ 212, 214 Abs.3 SGB VII). Die Entschädigung einer Gesundheitsstörung durch Gewährung von Verletztenrente setzt nach §§ 548, 581 RVO voraus, dass sie Folge eines Arbeitsunfalls ist und die Erwerbsfähigkeit in rentenberechtigendem Maße mindert. Der Arbeitsunfall muss wesentliche Bedingung für die Gesundheitsstörung gewesen sein, wobei für die Annahme der Kausalität genügt, dass sie hinreichend wahrscheinlich ist (BSGE 61, 127 m.w.N.). Eine hinreichende Wahrscheinlichkeit besteht dann, wenn deutlich überwiegende Gründe für die Annahme der Tatsache sprechen (BSG 45, 285). Mit Ausnahme des Ursachenzusammenhangs bedürfen alle rechtserheblichen Tatsachen des vollen Beweises (Ricke, Kasseler Kommentar, vor § 548 RVO, Rdnr.10 ff.). Zu diesen beweisbedürftigen Tatsachen gehört insbesondere der Arbeitsunfall als solcher. Dieser muss mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (Meyer-Ladewig, SGG, 7. Auflage, § 128, Anm.3). Unter Berücksichtigung dieser Beweisanforderungen kann der von Prof. Dr.P. anlässlich der stationären Behandlung vom 26.02. bis 07.03.1997 erhobene Befund nicht als Folge des vom Kläger angegebenen Unfalls vom 08.09.1994 angesehen werden. Zunächst fehlt es am Nachweis eines Unfallablaufs, der geeignet gewesen wäre, zu einer Schulterluxation zu führen. Während der Kläger am Unfalltag beim Durchgangsarzt angegeben hat, beim Ziehen einer Fleischkiste ausgerutscht zu sein und auf den linken Arm gefallen zu sein und er bei seinem Arbeitgeber angegeben hat, beim Versuch, sich abzufangen, mit der Schulter an einer anderen Kunststoffkiste angeschlagen zu sein, hat er bei Dr.S. am 26.02.1999 angegeben, ausgerutscht zu sein, sich dabei mit der linken Hand an einer Mülltonne festgehalten zu haben, wobei der Arm nach vorn oben gerissen worden sei. Dabei habe er dann einen Schmerz in der linken Schulter verspürt. Bei dem Sachverständigen Dr.L. hat er angegeben, der Arm sei im Unfallzeitpunkt zeitlich etwa waagrecht abgespreizt erhoben gewesen. Er sei dann aber doch weiter gestürzt, so dass es den Arm richtig durchgebogen habe. Aus diesen verschiedenen Versionen des Unfallhergangs ergibt sich, dass der konkrete Ablauf in seinen Details nicht mehr festgestellt werden kann. Es ist deshalb nicht nachgewiesen, dass es sich um einen Unfallablauf handelte, der geeignet war, zu einer Luxation des Schultergelenks links zu führen, denn, wie insbesondere der Sachverständige Dr.F. ausgeführt hat, beinhalten die beim H-Arzt Dr.S. und beim Arbeitgeber geschilderten Vorgänge, nämlich das Anschlagen der Schulter an einer anderen Kiste bzw. den Sturz auf den linken Arm nicht den zur Entstehung der Schulterluxation erforderlichen Hebelmechanismus. Hinzu kommt, worauf neben Dr.F. auch die Ärzte Dres.T. und S. hinweisen, dass die klinische Erstsymptomatik nicht einer schwerwiegenden strukturellen Läsion des Schultergelenks mit Einbruch des Oberarmkopfes und Schaden am Gelenkpfannenrand entspricht. Demgemäß hat der H-Arzt Dr.S. auch lediglich eine Distorsion der linken Schulter am Unfalltag diagnostiziert und im Schreiben vom 18.08.1997 betont, dass zweifelsfrei festgestellt werden kann, dass es sich beim Kläger am Unfalltag nicht um eine Schulterluxation gehandelt habe, dass sich vielmehr kein Hinweis findet, der eine Schulterluxation mit Hill-Sachs-Delle erklären könnte. Auch, dass der Kläger lediglich eine Krankschreibung von einem Tag nach dem Unfalltag erhielt, zeigt, dass keine erhebliche Verletzung bei ihm festgestellt werden konnte. Auch hat Dr.S. im H-Bericht dargelegt, dass der Kläger nach dem Unfall weitergearbeitet hat, ein Umstand, der, worauf auch Dr.F. hinweist, der Annahme einer schwerwiegenderen Verletzung, wie sie die von Prof.Dr.P. festgestellten, darstellen, entgegensteht. Auch weist der Sachverständige Dr.F. zu Recht auf die erheblichen therapiefreien Intervalle nach dem Unfallgeschehen hin. So ist der Kläger nach dem Unfall erstmals wieder am 03.01.1995 wegen Schmerzen im Bereich der linken Schulter bei Dr.S. in Behandlung gewesen. Nach Beendigung der Behandlung am 27.06.1995 hat sich ein behandlungsfreies Intervall bis einschließlich November 1996 angeschlossen. Auch dies stellt einen Hinweis dafür dar, dass eine gravierende morphologische Strukturveränderung primär nicht abgelaufen sein konnte. Dres.T. und S. weisen darauf hin, dass die sogenannte Bankart-Läsion ebenfalls ein charakteristisches Verletzungsmerkmal der Luxation wäre und dass bei der häufigsten vorderen Luxation der Defekt am vorderen/unteren Pfannenrand zu erwarten ist, während im konkreten Fall der Defekt bei den Operationen aber mehr vorne/oben gefunden wurde, was sich an dieser Stelle nur schwerlich mit einem Luxationsmechanismus vereinbaren lässt und im Übrigen einer bekannten Normvariante entspricht. Auch am Vorliegen einer Hill-Sachs-Läsion haben Dres.T. und S. in Übereinstimmung mit dem Sachverständigen Dr.F. erhebliche Zweifel. Dr.F. betont, dass eine solche Delle offensichtlich weder radiologisch noch kernspintomographisch noch computertomographisch gefunden wurde und auch Dres.T. und S. konnten bei der Auswertung des vorliegenden Bildmaterials eine derartige Läsion nicht erkennen. Letztere Ärzte betonen, dass nur intraoperativ eine flache Einsenkung am Oberarmkopf als Hill-Sachs-Läsion interpretiert worden sei, was aber insbesondere im Hinblick auf das Ergebnis der Computertomographie fraglich erscheint, da sich keinerlei strukturelle Veränderungen im Sinn einer Knochennarbe zeigten. Sowohl Dres.T. und S. als auch der Sachverständige Dr.F. weisen zudem darauf hin, dass die Tatsache, dass bei beiden Operationen in Narkose keine Instabilität der Schulter festgestellt wurde, die man häufig nach Verrenkungen infolge Überdehnung der Schulterkapsel findet, gegen eine unfallbedingte Luxation spricht. Dr.F. legt dar, dass trotz der großen Bankart-Läsion keine Reluxationstendenz nachweislich war, was im Grunde gegen eine verletzungsbedingte Erweiterung der Gelenkkapsel und auch gegen einen eindeutigen verletzungsbedingten Schaden am Gelenkpfannenrand spricht. Er hebt hervor, dass Läsionen der Gelenkspfanne (auch als SLAP-Läsion bezeichnet) nicht selten spontan auftreten und auch ohne jegliche Verletzung häufig gefunden werden. Weiter weist Dr.F. auf den Umstand hin, dass bei der dritten Operation das vordere Labrum trotz vorausgegangener zweier Eingriffe abgelöst war, was ebenfalls eher für eine Normvariante als für eine posttraumatische Veränderung spricht, da anderenfalls die vorausgegangenen operativen Maßnahmen zu einer Fixierung der Gelenklippe geführt hätten. Aus all dem ergibt sich, dass schwerwiegende Gesichtspunkte gegen die Annahme sprechen, es sei durch den Unfall zu einer Luxation des linken Schultergelenks des Klägers mit den von Prof.Dr.P. beschriebenen Folgen gekommen. Wenn das Sozialgericht ausführt, dass Dr.L. überzeugend darlege, der Unfallhergang sei geeignet gewesen, eine Verletzung des knöchernen Pfannenrandes und eine Luxation des Schultergelenks hervorzurufen, so lässt es insbesondere unberücksichtigt, dass, wie dargelegt, der konkrete Unfallhergang nicht erwiesen ist. Darauf, dass durch das Kernspintomogramm vom 11.04.1995 in der dort angewandten Technik nicht bewiesen werden kann, dass die in Frage stehende Verletzung nicht stattgefunden hat, kommt es bei dieser Sachlage nicht an. Dr.L. hat nach Auffassung des Senats die dargelegten gegen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der in Frage stehenden Verletzung und dem angeschuldigten Unfall sprechenden Gesichtspunkte nicht hinreichend gewürdigt. Berücksichtigt man, dass er seine Ansicht, es spreche mehr für als gegen den Zusammenhang, insbesondere auf einen unbewiesenen Unfallhergang stützt und dass er auch den medizinischen Gründen, die Dres.T.

und S. anführen, letztlich beipflichtet, so kann dem von ihm gefundenen Ergebnis, der Unfallzusammenhang liege mit Wahrscheinlichkeit vor, nicht gefolgt werden. Einer weiteren Beweiserhebung bedurfte es nicht, da der Sachverhalt durch die vorliegenden Gutachten geklärt ist. Der Antrag, gemäß § 109 SGG Dr.C. gutachterlich zu hören, war gemäß § 109 Abs.2 SGG als verspätet abzulehnen, da dem Bevollmächtigten des Klägers durch Schreiben vom 22.11.2002 das Ende der Beweisaufnahme mit Äußerungsfrist bis 31.12.2002 mitgeteilt worden war, der Antrag jedoch, ohne dass Gründe für die Verspätung hätten genannt werden können, erstmals in der mündlichen Verhandlung am 12.02.2003, mithin verspätet gestellt wurde (vgl. Meyer-Ladewig, SGG, 7. Auflage, § 109, Anm.11/11a).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung Revision liegen nicht vor (§ 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2003-09-01