S 9 U 346/00

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	2
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 9 U 346/00
Datum	24.10.2001

2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 U 384/01
Datum	12.02.2003

3. Instanz

Datum	-

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. AuÃ□ergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen. â□□

Tatbestand:

Nach dem Durchgangsarztbericht des Dr.S. vom 08.09.1994 rutschte der KlÃ¤ger am 08.09.1994 beim Ziehen einer Fleischkiste aus und stÃ¼rzte 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 eingeschrÃ¤nkt. Ã□uÃ□erlich sei keine Verletzung nachweisbar. Motorik, SensibilitÃ¤t und Durchblutung seien intakt. Ein Anhalt fÃ¼r eine knÃ¶cherne Verletzung bestehe rÃ¶ntgenologisch nicht. Es handele sich um eine Distorsion der linken Schulter. In der Unfallanzeige vom 27.09.1994, die der KlÃ¤ger mit unterzeichnete, wird ausgefÃ¼hrt, der KlÃ¤ger 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 stationÃ¤rer Behandlung des KlÃ¤gers vom 26.02. bis 07.03.1997 einen Zustand nach traumatischer Schulterluxation links mit Bankart-LÃ¤sion, Hill-Sachs-Delle sowie ventraler Labrumabsprengung entsprechend einer SLAP-LÃ¤sion Grad 4 fest. Am 28.02.1997 sei eine Arthroskopie der linken Schulter durchgefÃ¼hrt worden. Da anamnestisch Ã¼ber keinerlei Luxationen berichtet worden sei und auch intraoperativ in keiner Position eine Luxation habe provoziert werden kÃ¶nnen, 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 KlÃ¤ger habe angegeben, im Dezember 1995 wÃ¤hrend seiner beruflichen TÃ¤tigkeit als Metzger eine Verletzung der linken Schulter nach Sturz erlitten zu haben, die zu einer Luxation/Subluxation, die sich spontan selbst reponiert habe, gefÃ¼hrt hÃ¤tte. Er habe sich wegen seit diesem Zeitpunkt bestehender Schmerzen im Bereich der linken Schulter vorgestellt. In der Arthro-CT-Untersuchung habe man eine vordere KapsellÃ¤sion mit Abriss des Labrum glenoidale ventralseitig sowie eine entsprechende BankartlÃ¤sion gesehen. Aufgrund der geschilderten Anamnese des Patienten habe kein Anhalt bestanden, an der KausalitÃ¤t 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. BeigefÃ¼gt wurde der Bericht Ã¼ber die Arthroskopie am 28.02. 1997. Auf Anfrage der Beklagten teilte der KlÃ¤ger 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 KlÃ¤ger mit, aufgrund irrtÃ¼mlicher Angaben seinerseits habe der behandelnde Arzt bei der Aufnahme in der OrthopÃ¤dischen Klinik U. das Jahr seines Unfalls falsch aufgenommen. Er, der KlÃ¤ger, habe die Angabe gemacht, dass der Unfall im Oktober 1995 passiert sei. Das tatsÃ¤chliche 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 KlÃ¤ger zum Unfallhergang mit, beim Reinigen des KÃ¼hlraumes habe er mit einem Haken eine Kiste gezogen, der jedoch abgerutscht sei und er sei nach vorne gefallen. WÃ¤hrend des Fallens habe er versucht, sich an einer vor ihm stehenden Tonne festzuhalten. Dies sei ihm jedoch nicht gelungen und er sei zu Boden gestÃ¼rzt. 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 kÃ¶nne 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 erklÃ¤re. Es kÃ¶nne festgehalten werden, dass kein Hinweis fÃ¼r eine Schulterluxation zum Zeitpunkt des Unfalls bestanden habe. Der KlÃ¤ger habe sich lediglich am 08.09.1994 bei ihm vorgestellt. Eine

Krankmeldung sei vom 08.09. bis 09.09.1994 ausgestellt worden. Der OrthopÃ¤de Dr.C. teilte mit Schreiben vom 15.08.1997 mit, nach seinen Aufzeichnungen am 07.11.1996, der Erstkonsultation des KlÃ¤gers, zog sich der KlÃ¤ger 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 AbwÃ¤rtsbewegung des linken Armes wieder selbst eingerenkt. Der Durchgangsarzt Prof.Dr.K. berichtete im Schreiben vom 29.12.1997, der KlÃ¤ger 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 â¦ Es sei das Debridement der ventralen Labrum-SLAP-LÃ¤sion erfolgt sowie Entfernung chondraler Flake und Abrasionschondroplastik glenoid. Die Bizepssehne habe sich als unauffÃ¤llig erwiesen. Es habe kein Hinweis fÃ¼r degenerative VerÃ¤nderungen, keine Luxation bestanden. Bei der Bewegung der Schulter unter Zug/Abduktion und AuÃenrotation kÃ¶nne keine, auch keine annÃ¤hernde InstabilitÃ¤t festgestellt werden. Der dorsale Humeruskopf zeige eine flache Hill-Sachs-LÃ¤sion ohne wesentlichen Knorpelschaden. Das Glenoid zeige distal/ventral einen Knorpeldefekt mit abgelÃ¶stem Flake in der GrÃ¶Ãe 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 KlÃ¤gers durch Prof. Dr.K. , wobei eine Refixation des Labrums und subakromiale Bursoskopie und Bursektomie, knÃ¶cherne Dekompression vorgenommen wurde. Vom 27.08.1998 bis 17.09.1998 unterzog sich der KlÃ¤ger einem Reha-Verfahren. Nach dem Bericht des Dr.N. vom 22.09. 1998 gab der KlÃ¤ger an, dass in Schulter-Anteversion eine Verbesserung des BewegunsgausmaÃes erzielt worden sei, dies jedoch nur unter Schmerzen mÃ¶glich sei. Er habe noch bestehende bewegungs- und belastungsabhÃ¤ngige Schmerzen beklagt. Im Schreiben vom 21.12.1998 fÃ¼hrte der behandelnde OrthopÃ¤de Dr.C. aus, der KlÃ¤ger habe ihn am 07.11.1996 erstmals konsultiert. Eine kernspintomographische Untersuchung habe keinen wesentlichen Befund erbracht. Jetzt habe sich der KlÃ¤ger kÃ¼rzlich wieder die Schulter verdreht. Daraufhin sei eine RÃ¶ntgenuntersuchung der linken Schulter vorgenommen worden, die einen altersentsprechenden Befund ergeben habe sowie eine sonographische Untersuchung, die ebenfalls ohne wesentlichen Befund geblieben sei. Der KlÃ¤ger teilte am 28.01.1999 dazu telefonisch mit, es habe offenbar bei Dr.C. ein MissverstÃ¤ndnis vorgelegen. Er habe sich nicht nochmals die Schulter verdreht, sondern nur einmalig am 08.09.1994. Im Ãbrigen 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 fÃ¼hrt 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 AbklÃ¤rung erforderlich gemacht hÃ¤tten. Werde der Unfallmechanismus berÃ¼cksichtigt, so sei mit Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die im Kernspintomogramm und anschlieÃend bei der Arthroskopie festgestellten VerÃ¤nderungen ursÃ¤chlich auf den Unfall zurÃ¼ckzufÃ¼hren seien. Ob nun eine

Luxation der Schulter stattgefunden habe, die sich spontan reponiert habe oder eine sogenannte Subluxation, sei ohne Bedeutung. Die festgestellten VerÃ¤nderungen wiesen auf eine sehr grobe Distorsion hin. Es lÃ¤gen als Unfallfolgen eine BewegungseinschrÃ¤nkung des linken Schultergelenkes nach operativ versorgter Bankart-LÃ¤sion vor. Weiter liege eine Narbenbildung des linken Schultergelenks vor. Die MdE sei unter BerÃ¼cksichtigung der deutlichen BewegungseinschrÃ¤nkung, insbesondere aber auch der EinschrÃ¤nkung 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 KlÃ¤ger 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 zurÃ¼ckgefÃ¼hrt. Am 03.01.1995 seien die Konturen des linken Schultergelenks regelrecht gewesen. Es habe ein vorderer Kapseldruckschmerz und Druckschmerz Ã¼ber 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 KlÃ¤ger wegen immer noch bestehender Beschwerden im Bereich des linken Schultergelenks vorgestellt. Die RÃ¶ntgenuntersuchung der linken Schulter habe am 27.06.1995 eine leichte Ausziehung am Pfannenlimbus, sonst unauffÃ¤lligen 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 knÃ¶chernen bzw. muskulÃ¤ren VerÃ¤nderungen, 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 durchgefÃ¼hrt. 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 RÃ¶ntgenuntersuchung des linken Schultergelenks durchgefÃ¼hrt. Damals habe eine knÃ¶cherne Verletzung ausgeschlossen werden kÃ¶nnen. Dr.C. Ã¼bersandte eine Arthro-CT der linken Schulter im Doppelkontrast vom 02.01.1997. Darin wird ausgefÃ¼hrt, es liege offensichtlich eine vordere KapsellÃ¤sion mit Ãberdehnung der vorderen Kapselstrukturen und Abriss des Labrum gleniodale/ Bankart-LÃ¤sion vor. Die Beklagte holte eine Stellungnahme des Beratungsarztes Dr.L. , Arzt fÃ¼r Chirurgie, vom 01.03.2000 ein, der ausfÃ¼hrte, in der Kernspintomographie vom 11.04.1995 wÃ¼rden insgesamt keine unfallbedingten VerÃ¤nderungen 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 mÃ¼sse aber nach dem 11.04.1995 eingetreten sein. Dieses Kernspin zeige, dass alle spÃ¤ter festgestellten Befunde auf ein nicht nÃ¤her bekanntes Ereignis nach dem April 1995 bezogen werden mÃ¼ssten. Ein Zusammenhang zwischen dem Unfall und den spÃ¤ter notwendig gewordenen Behandlungen bestehe nicht. Mit Bescheid vom 05.06.2000 lehnte die Beklagte AnsprÃ¼che 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 â¦ Den dagegen eingelegten Widerspruch, mit dem sich

der KlÃ¤ger auf die AusfÃ¼hrungen des Prof.Dr.P. und das Gutachten des Dr.S. bezog, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 29.08.2000 zurÃ¼ck. 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 nachtrÃ¤glich eingegangenen Informationen, anschloss. Dagegen hat der KlÃ¤ger 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 zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Die Aufnahme habe ursprÃ¼nglich mit fixiertem abgewinkelten Arm erfolgen sollen. Es habe sich jedoch gezeigt, dass der KlÃ¤ger mit dieser Stellung nicht in die ca. 70-cm-RÃ¶hre gepasst habe. Der Arm sei deshalb wieder gelÃ¶st und neben dem KÃ¶rper gelagert worden. Aufgrund dieser unsachgemÃ¤Ãen Armhaltung habe die Verletzung wahrscheinlich nicht festgehalten werden kÃ¶nnen. Im Dezember 2000 schilderte der KlÃ¤ger den Unfallhergang wie folgt: Beim Reinigen des KÃ¼hlraums werde dieser ausgerÃ¤umt und nach der Reinigung wieder eingerÃ¤umt. Die Kisten wÃ¼rden mit einem Haken gezogen. Beim Hineinziehen sei eine Steigung des Bodens vom Schlachthaus in den KÃ¼hlraum zu Ã¼berwinden. Dort sei der Haken von der Kiste gerutscht und er sei nach vorne in Richtung MÃ¼lltonne gefallen, an der er sich habe abfangen wollen. Durch die Wucht habe er sich aber nicht halten kÃ¶nnen 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 OrthopÃ¤den Dr.L. vom 22.01.2001 ein.Dieser fÃ¼hrte zur Kernspintomographie vom 11.04.1995 aus, es liege hier ausschlieÃlich eine T-1-Aufnahme vor. Man kÃ¶nne in einzelnen Projektionen eine gewisse Aufhellungsfigur am oberen knorpligen Pfannenrand sehen. Eine aussagekrÃ¤ftige T-2-Wichtung liege nicht vor. Im Hinblick auf die divergierenden Vorgutachten habe er die Kernspin- und CT-Bilder mit dem ortsansÃ¤ssigen Radiologen besprochen. Dieser habe seine Auffassung bekrÃ¤ftigt, dass aufgrund der tatsÃ¤chlich vorliegenden Kernspintomographiebilder von 1995 das Vorliegen einer Labrumverletzung (sogenannte SLAP-LÃ¤sion) keinesfalls ausgeschlossen werden kÃ¶nne. Es handele sich bei diesen Kernspinbildern mit Wahrscheinlichkeit um einen falschnegativen Befund, zumal die fÃ¼r solche Verletzungen aussagekrÃ¤ftigere T-2-Wichtung nicht vorliege. Keinesfalls kÃ¶nne 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 mÃ¼sste. 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 spÃ¤terhin festgestellte Verletzung im knorpligen Pfannenrand hervorrufen zu kÃ¶nnen oder nicht. Gehe man von dem Ablauf aus, wie ihn der KlÃ¤ger hier schildere und auch in der Fotodokumentation hervorgehe, so mÃ¼sse man dem Hergang als solches durchaus die Eignung zusprechen, eine Verletzung des knÃ¶chernen Pfannenrandes (Teil-)Verrenkung des Schultergelenks hervorrufen zu kÃ¶nnen Der KlÃ¤ger 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 vorlÃ¤gen. Letztlich sei somit der KausalitÃ¤tsbeurteilung im Gutachten des Dr.S. zu folgen. Die MdE-EinschÃ¤tzung mit 20 v.H. halte er nicht fÃ¼r zutreffend. Nach Schoenberger-

Mehrtens-Valentin werde eine BewegungseinschrÃ¤nkung im Schultergelenk, die eine Seit- und VorwÃ¤rtsfÃ¼hrung 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 eingeschrÃ¤nkt, so dass sich eine MdE um 20 v.H. durch die erhobenen Befunde, auch im Aktenverlauf zu keinem Zeitpunkt begrÃ¼nden lasse. Nach der 13. Woche nach dem Unfall betrage die MdE 10 v.H. Die Beklagte Ã¼bergab demgegenÃ¼ber eine Stellungnahme der OrthopÃ¤den Dr.T. und Dr.S. vom 11.05.2001 und fÃ¼hrte aus, im Gegensatz zu Dr.L. sÃ¤hen 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 fÃ¼r einen unfallbedingten KÃ¶rperschaden erbracht habe, jedenfalls den von Dr.L. lediglich angenommenen KÃ¶rperschaden einer TeilablÃ¶sung des knorpligen Pfannenrandes nicht zweifelsfrei belegt. Es kÃ¶nne zwar sein, dass die dort angewandte Technik nicht beweisend fÃ¼r das Nichtvorliegen einer stattgehabten Verletzung sei, doch bleibe auch die gegenteilige MÃ¶glichkeit eines unauffÃ¤lligen Befundes, wie er im Befundbericht beschrieben werde. Jedenfalls sei dann ein unfallbedingter KÃ¶rperschaden in zeitlicher NÃ¤he mit dem Ereignis vom 08.09.1994 nicht erwiesen. Des Weiteren basiere die Aussage einer Schulterausrenkung lediglich auf Angaben des KlÃ¤gers, ohne dass diese durch Ã¤rztliche Befunde zweifelsfrei gestÃ¼tzt worden sei. DiesbezÃ¼glich habe Dr.S. festgestellt, dass das Ereignis vom 08.09.1994 zu keiner Schulterluxation gefÃ¼hrt habe. Diese Beurteilung werde durch den Erstbefund am 08.09.1994 gestÃ¼tzt, der lediglich fÃ¼r eine Schulterprellung spreche. Nach Dr.L. habe die Verstauchung der linken Schulter zu einer TeilablÃ¶sung des knorpeligen Pfannenrandes gefÃ¼hrt und erst dadurch sei eine Teilluxation dieses Gelenks ermÃ¶glicht worden. Bislang sei aber immer der umgekehrte Verlauf angenommen worden, nÃ¤mlich eine Schulterluxation, die erst die TeilablÃ¶sung des knorpeligen Pfannenrandes verursacht habe. Die Ãrzte Dres.T. und S. fÃ¼hrten aus, grundsÃ¤tzlich kÃ¶nne eine Luxation der Schulter dann auftreten, wenn die Grenze der Beweglichkeit schon erreicht worden sei und dann noch zusÃ¤tzlich HebelkrÃ¤fte auf den Arm einwirkten. Hierbei handele es sich in den meisten FÃ¤llen um einen Sturz auf den ausgestreckten Arm oder den Zug des KÃ¶rpergewichtes bei einem Fall mit fixiertem Arm. Folge man nun den letzten Angaben des KlÃ¤gers zum Hergang, so entspreche dieser Ablauf durchaus dem oben skizzierten Sturz auf den ausgestreckten Arm, so dass insbesondere durch den Versuch, sich an der MÃ¼lltonne festzuhalten, zusÃ¤tzliche HebelkrÃ¤fte hÃ¤tten auftreten kÃ¶nnen, durch welche dann eine Luxation der Schulter mÃ¶glich gewesen wÃ¤re. 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 PrimÃ¤rsymptomatik zu erwarten, die hier aber nicht festgestellt worden sei. Vielmehr habe sich primÃ¤r eine nahezu freie Beweglichkeit, wenn auch mit Angabe von Schmerzen, gefunden. Auch die bildgebenden Befunde lieferten hier nur begrenzte Information. Eine sogenannte Hill-Sachs-LÃ¤sion 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-LÃ¤sion wÃ¤re ebenfalls ein charakteristisches Verletzungsmerkmal der Luxation.

Dabei handele es sich um eine AblÃ¶sung des vorderen Labrum glenoidale (knorpliger Pfannenrand). Bei der hÃ¤ufigsten vorderen Luxation sei diese LÃ¤sion 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 Ãbrigen einer bekannten Normvariante (sogenannte Andrews-LÃ¤sion) entspreche. Gegen eine abgelaufene Luxation spreche auch die Tatsache, dass bei beiden Luxationen in Narkose keine InstabilitÃ¤t der Schulter festgestellt worden sei, die man hÃ¤ufig nach Verrenkungen infolge der Ãberdehnung der Schulterkapsel finde. Deshalb kÃ¶nne man letztlich nur von einer Stauchung bzw. Distorsionsbelastung des linken Schultergelenks ausgehen. Es stehe somit nur die Frage im Raum, ob die beschriebene LimbusablÃ¶sung (sogenannte SLAP-LÃ¤sion) in dieser Lokalisation auf das Ereignis zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden kÃ¶nne. Die Pathogenese dieser LÃ¤sion sei bisher unklar, ihre klinische Relevanz werde auÃerdem unterschiedlich interpretiert. Hinzu komme die Tatsache, dass eine Labrum-LÃ¤sion nicht speziell traumatisch sei, sondern hÃ¤ufig auch spontan, ohne Ã¤uÃeres Ereignis festgestellt werde. Des Weiteren kÃ¤men anlagebedingte Normvarianten hinzu. Insbesondere im oberen Anteil der Schulterblattgelenkpfanne mÃ¼sse der knorpelige Rand bzw. das Labrum nÃ¤mlich nicht fest mit dem Pfannenrand verwachsen sein. Es kÃ¶nne sich also um eine anlagebedingte ungenÃ¼gende Anheftung des vorderen Labrums handeln. Bei Annahme der KausalitÃ¤t sei die MdE mit 10 v.H. zutreffend eingeschÃ¤tzt. Das Sozialgericht hat eine ergÃ¤nzende Stellungnahme des Dr.L. vom 22.07.2001 eingeholt. Der SachverstÃ¤ndige fÃ¼hrt aus, die Schwierigkeit im vorliegenden Fall beruhe letztlich darin, dass zeitnah keine eindeutigen Befunde vorlÃ¤gen, die den Unfallzusammenhang beweisen kÃ¶nnten und bei dem insgesamt natÃ¼rlich wenig spektakulÃ¤ren Befund auch genausogut Argumente gegen die Annahme eines Unfallzusammenhangs mit gleicher Berechtigung aufzufÃ¼hren seien. Er habe letztlich deswegen im Gutachten darauf hingewiesen, dass er den Hergang vom 08.09. 1994 mit Wahrscheinlichkeit fÃ¼r die Ursache des gefundenen KÃ¶rperschadens halte, eine diagnostische Sicherheit sei hier nicht mÃ¶glich. Auch Dr.S. kÃ¶nne letztlich seine Theorie eines Anlageschadens (gleich welcher Art) nicht beweisen und lehne den Unfallzusammenhang wegen des nicht mÃ¶glichen Vollbeweises ab. Es stehe hier eine Annahme gegen eine andere, wobei er der Argumentation des Dr.S. auch nicht gÃ¤nzlich mit medizinischen GrÃ¼nden widersprechen kÃ¶nne. 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 KlÃ¤ger eine Verstauchung der linken Schulter mit TeilablÃ¶sung des knorpeligen Pfannenrands und dadurch ermÃ¶glichter Teilverrenkung als Folge des Unfalls vom 08.09.1994 anzuerkennen und die gesetzlichen Leistungen hieraus zu gewÃ¤hren. Dagegen richtet sich die Berufung der Beklagten. Sie stÃ¼tzt 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 KlÃ¤ger bezieht sich dagegen auf die AusfÃ¼hrungen des Dr.S. und Dr.L â¦ Nach dem 08.09.1994 seien keine anderen Einwirkungen gewesen. Es habe keine weiteren VorfÃ¤lle gegeben. Bei einem etwaigen neuen Vorfall wÃ¤re er behandelt worden und es lÃ¤gen Unterlagen vor. Der Senat hat ein Gutachten des OrthopÃ¤den Dr.F.

vom 06.11.2002 eingeholt. Auf die Unfallschilderung des KlÃ¤gers bei Dr.F. und dessen Gutachten wird verwiesen. Der KlÃ¤ger mach dazu geltend, fÃ¼r den Zusammenhang zwischen Unfall und Leiden genÃ¼ge die Wahrscheinlichkeit. Der SachverstÃ¤ndige halte den Vollbeweis fÃ¼r nÃ¶tig. 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 KlÃ¤ger beantragt, die Berufung zurÃ¼ckzuweisen, hilfsweise ein Gutachten des Dr.R. C. gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG einzuholen.

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

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist gemÃ¤Ã Â§Â§ 143 ff. SGG zulÃ¤ssig, sachlich jedoch nicht begrÃ¼ndet. Die Entscheidung Ã¼ber den Rechtsstreit richtet sich auch im Berufungsverfahren nach den Vorschriften der RVO, weil der Unfall vor dem 01.01.1997 eingetreten ist und Ã¼ber gesetzliche Leistungen bzw. Feststellungen fÃ¼r einen Zeitraum davor zu entscheiden ist (Â§Â§ 212, 214 Abs.3 SGB VII). Die EntschÃ¤digung einer GesundheitsstÃ¶rung durch GewÃ¤hrung von Verletztenrente setzt nach Â§Â§ 548, 581 RVO voraus, dass sie Folge eines Arbeitsunfalls ist und die ErwerbsfÃ¤higkeit in rentenberechtigendem MaÃe mindert. Der Arbeitsunfall muss wesentliche Bedingung fÃ¼r die GesundheitsstÃ¶rung gewesen sein, wobei fÃ¼r die Annahme der KausalitÃ¤t genÃ¼gt, dass sie hinreichend wahrscheinlich ist (BSGE 61, 127 m.w.N.). Eine hinreichende Wahrscheinlichkeit besteht dann, wenn deutlich Ã¼berwiegende GrÃ¼nde fÃ¼r die Annahme der Tatsache sprechen (BSG 45, 285). Mit Ausnahme des Ursachenzusammenhangs bedÃ¼rfen alle rechtserheblichen Tatsachen des vollen Beweises (Ricke, Kasseler Kommentar, vor Â§ 548 RVO, Rdnr.10 ff.). Zu diesen beweisbedÃ¼rftigen Tatsachen gehÃ¶rt insbesondere der Arbeitsunfall als solcher. Dieser muss mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (Meyer-Ladewig, SGG, 7. Auflage, Â§ 128, Anm.3). Unter BerÃ¼cksichtigung dieser Beweisanforderungen kann der von Prof. Dr.P. anlÃ¤sslich der stationÃ¤ren Behandlung vom 26.02. bis 07.03.1997 erhobene Befund nicht als Folge des vom KlÃ¤ger angegebenen Unfalls vom 08.09.1994 angesehen werden. ZunÃ¤chst fehlt es am Nachweis eines Unfallablaufs, der geeignet gewesen wÃ¤re, zu einer Schulterluxation zu fÃ¼hren. WÃ¤hrend der KlÃ¤ger 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 MÃ¼lltonne festgehalten zu haben, wobei der Arm nach vorn oben gerissen worden sei. Dabei habe er dann einen Schmerz in der linken Schulter verspÃ¼rt.

Bei dem SachverstÃ¤ndigen Dr.L. hat er angegeben, der Arm sei im Unfallzeitpunkt zeitlich etwa waagrecht abgespreizt erhoben gewesen. Er sei dann aber doch weiter gestÃ¼rzt, 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 fÃ¼hren, denn, wie insbesondere der SachverstÃ¤ndige Dr.F. ausgefÃ¼hrt hat, beinhalten die beim H-Arzt Dr.S. und beim Arbeitgeber geschilderten VorgÃ¤nge, nÃ¤mlich 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 Ãrzte Dres.T. und S. hinweisen, dass die klinische Erstsymptomatik nicht einer schwerwiegenden strukturellen LÃ¤sion des Schultergelenks mit Einbruch des Oberarmkopfes und Schaden am Gelenkpfannenrand entspricht. DemgemÃ¤Ã 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 KlÃ¤ger am Unfalltag nicht um eine Schulterluxation gehandelt habe, dass sich vielmehr kein Hinweis findet, der eine Schulterluxation mit Hill-Sachs-Delle erklÃ¤ren kÃ¶nnte. Auch, dass der KlÃ¤ger 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 KlÃ¤ger 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 SachverstÃ¤ndige Dr.F. zu Recht auf die erheblichen therapiefreien Intervalle nach dem Unfallgeschehen hin. So ist der KlÃ¤ger 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 einschlieÃlich November 1996 angeschlossen. Auch dies stellt einen Hinweis dafÃ¼r dar, dass eine gravierende morphologische StrukturverÃ¤nderung primÃ¤r nicht abgelaufen sein konnte. Dres.T. und S. weisen darauf hin, dass die sogenannte Bankart-LÃ¤sion ebenfalls ein charakteristisches Verletzungsmerkmal der Luxation wÃ¤re und dass bei der hÃ¤ufigsten vorderen Luxation der Defekt am vorderen/unteren Pfannenrand zu erwarten ist, wÃ¤hrend 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 lÃ¤sst und im Ãbrigen einer bekannten Normvariante entspricht. Auch am Vorliegen einer Hill-Sachs-LÃ¤sion haben Dres.T. und S. in Ãbereinstimmung mit dem SachverstÃ¤ndigen 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 LÃ¤sion nicht erkennen. Letztere Ãrzte betonen, dass nur intraoperativ eine flache Einsenkung am Oberarmkopf als Hill-Sachs-LÃ¤sion interpretiert worden sei, was aber insbesondere im Hinblick auf das Ergebnis der Computertomographie fraglich erscheint, da sich keinerlei strukturelle VerÃ¤nderungen im Sinn einer Knochennarbe zeigten. Sowohl Dres.T. und S. als auch der SachverstÃ¤ndige Dr.F. weisen zudem darauf hin, dass die Tatsache, dass

bei beiden Operationen in Narkose keine InstabilitÃ¤t der Schulter festgestellt wurde, die man hÃ¤ufig nach Verrenkungen infolge Ãberdehnung der Schulterkapsel findet, gegen eine unfallbedingte Luxation spricht. Dr.F. legt dar, dass trotz der groÃen Bankart-LÃ¤sion 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 LÃ¤sionen der Gelenkspfanne (auch als SLAP-LÃ¤sion bezeichnet) nicht selten spontan auftreten und auch ohne jegliche Verletzung hÃ¤ufig gefunden werden. Weiter weist Dr.F. auf den Umstand hin, dass bei der dritten Operation das vordere Labrum trotz vorausgegangener zweier Eingriffe abgelÃ¶st war, was ebenfalls eher fÃ¼r eine Normvariante als fÃ¼r eine posttraumatische VerÃ¤nderung spricht, da anderenfalls die vorausgegangenen operativen MaÃnahmen zu einer Fixierung der Gelenklippe gefÃ¼hrt hÃ¤tten. Aus all dem ergibt sich, dass schwerwiegende Gesichtspunkte gegen die Annahme sprechen, es sei durch den Unfall zu einer Luxation des linken Schultergelenks des KlÃ¤gers mit den von Prof.Dr.P. beschriebenen Folgen gekommen. Wenn das Sozialgericht ausfÃ¼hrt, dass Dr.L. Ã¼berzeugend darlege, der Unfallhergang sei geeignet gewesen, eine Verletzung des knÃ¶chernen Pfannenrandes und eine Luxation des Schultergelenks hervorzurufen, so lÃ¤sst es insbesondere unberÃ¼cksichtigt, 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 ursÃ¤chlichen Zusammenhang zwischen der in Frage stehenden Verletzung und dem angeschuldigten Unfall sprechenden Gesichtspunkte nicht hinreichend gewÃ¼rdigt. BerÃ¼cksichtigt man, dass er seine Ansicht, es spreche mehr fÃ¼r als gegen den Zusammenhang, insbesondere auf einen unbewiesenen Unfallhergang stÃ¼tzt und dass er auch den medizinischen GrÃ¼nden, die Dres.T. und S. anfÃ¼hren, 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 geklÃ¤rt ist. Der Antrag, gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG Dr.C. gutachterlich zu hÃ¶ren, war gemÃ¤Ã Â§ 109 Abs.2 SGG als verspÃ¤tet abzulehnen, da dem BevollmÃ¤chtigten des KlÃ¤gers durch Schreiben vom 22.11.2002 das Ende der Beweisaufnahme mit ÃuÃerungsfrist bis 31.12.2002 mitgeteilt worden war, der Antrag jedoch, ohne dass GrÃ¼nde fÃ¼r die VerspÃ¤tung hÃ¤tten genannt werden kÃ¶nnen, erstmals in der mÃ¼ndlichen Verhandlung am 12.02.2003, mithin verspÃ¤tet gestellt wurde (vgl. Meyer-Ladewig, SGG, 7. Auflage, Â§ 109, Anm.11/11a).

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung Revision liegen nicht vor (Â§ 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG).

Erstellt am: 01.09.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024