
S 9 U 2651/02

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 9 U 2651/02
Datum	21.12.2004

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 U 1337/05
Datum	04.05.2006

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 21. Dezember 2004 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit steht die Gewährung einer Verletztenrente nach dem Arbeitsunfall vom 21. August 2000.

Der 1942 geborene Kläger ist seit 1970 als landwirtschaftlicher Unternehmer im eigenen Betrieb tätig und als solcher bei der Beklagten unfallversichert. In der Unfallanzeige vom 22. August 2000 teilte er mit, er sei am Vortag in der Scheune beim Laufen ausgerutscht und habe sich die Schulter angeschlagen. Im Durchgangsarztbericht vom 22. August 2000 berichtete Dr. T., Chefarzt der chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses E., über eine aktivierte Arthrose im Glenohumeralgelenk links bei vorbestehender Arthrose. Es bestehe kein Anhalt für eine Fraktur oder eine Luxation.

Die Beklagte zog von der unfallchirurgischen Klinik des Universitätsklinikums U. u. a. den Arztbrief von Prof. Dr. K. vom 5. Oktober 2000 (Diagnosen: komplette Rotatorenmanschettenruptur inklusive Intervall-Läsion der Rotatorenmanschette linke Schulter), den Operationsbericht sowie den pathologischen Befundbericht vom 20. September 2000 bei. Der Kläger befand sich vom 13. bis 19. September 2000 zur arthroskopischen Diagnostik und Versorgung der Ruptur im Universitätsklinikum. Im pathologischen Bericht wurde u.a. ein kollagenfaseriges Bindegewebe mit reichlich Granulationsgewebe und Einlagerungen fokal auch von kleinen Detritusfragmenten beschrieben. An der Präparatoberfläche habe sich Fibrin gefunden. Das kollagenfaserige Bindegewebe habe teilweise Einrisse gezeigt. Der Befund wurde als "Ältere, in Reparation stehende Sehnenruptur" beschrieben.

Die Beklagte gewährte mit Bescheid vom 18. Januar 2001 vom 22. August bis 29. Oktober 2000 Verletztengeld aufgrund des Unfallereignisses vom 21. August 2000.

Da der Kläger nicht beschwerdefrei wurde, holte die Beklagte bei Prof. Dr. K. den ausführlichen Krankheitsbericht vom 15. August 2001 und den Bericht vom 20. August 2001 ein. Darin berichtete dieser über die am 28. Juni 2001 durchgeführte Zweitoperation mit offener AC-Gelenkresektion sowie Akromionplastik nach Neer und Bizepsstenotomie. Arbeitsunfähigkeit bestehe vorläufig bis 17. August 2001. Die Beklagte zog weiter den Histologiebericht vom 25. September 2001 bei und gab bei Prof. Dr. W., Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik T., ein unfallchirurgisches Zusammenhangsgutachten in Auftrag. In seinem Gutachten vom 3. Januar 2002 führte Prof. Dr. W. aus, auch wenn das Vorerkrankungsverzeichnis des Klägers im Hinblick auf die linke Schulter leer sei, gebe es Röntgenaufnahmen aus dem Jahr 1997, die eine erhebliche degenerative Vorschädigung des Gelenks dokumentierten, insbesondere eine subacromiale Osteophytenbildung. Damit sei ein Vorschaden aktenkundig, ohne dass dieser bislang klinisch relevant geworden sei. Dem entsprechend seien auch die Diagnosen bei der Unfallaufnahme sowie die Feststellungen im Histologiebefund gewesen. Beim Kläger bestehe eine beginnende (mäßige) Omarthrose der linken Schulter, die jedoch nicht auf das angeschuldigte Unfallereignis zurückzuführen sei. Nach Ausheilung des Prellungszustands (30. Oktober 2000) sei eine MdE aufgrund der Unfallfolgen nicht mehr nachweisbar.

Nach Einholung einer beratungsärztlichen Stellungnahme lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 10. Mai 2002 die Gewährung einer Rente ab, da die Unfallfolgen mit dem 30. Oktober 2000 ausgeheilt gewesen seien. Als Unfallfolgen erkannte die Beklagte eine vorübergehende Verschlimmerung des bereits vor dem Unfall bestehenden Rotatorenmanschettenrisses in der linken Schulter an.

Dagegen erhob der Kläger Widerspruch. Während des Widerspruchsverfahrens nahm der Kläger am 24. Juli 2002 eine Rehabilitationsmaßnahme auf (Reha-Klinik S.). Mit Widerspruchsbescheid vom 2. Oktober 2002 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Dagegen erhob der Kläger am 29. Oktober 2002 Klage zum Sozialgericht U. (SG)

mit der Begründung, seine Beschwerden an der linken Schulter seien allein auf das angeschuldigte Unfallereignis zurückzuführen. Das SG beauftragte Dr. A., Facharzt für Orthopädie, mit der Erstellung eines Gutachten (erstellt unter dem 14. Mai 2003). Der Kläger gab im Rahmen der Anamneseerhebung u.a. an, im Jahr 1995 erstmals wegen Beschwerden im linken Schultergelenk beim Chirurgen ambulant durch zweimalige intraartikuläre Injektionen behandelt worden zu sein, danach bis zum Unfalltag aber keine Beschwerden mehr gehabt zu haben. Dr. A. diagnostizierte persistierende Beschwerden, vor allem in Form von Bewegungseinschränkungen, Kraftminderung und geringer verbunden mit Schmerzen nach Deltalappenplastik nach Audereau, Re-Acromionplastik nach Neer nach vorangegangener Rotatorenmanschettenreinsertion, subacromialer Dekompression nach Neer und Bicepssehnenentotomie (9/2000 und 6/2001) bei traumatischer kompletter Rotatorenmanschettenruptur nach vorangegangener degenerativer Intervallläsion derselben im linken Schultergelenk, daneben eine initiale Coxarthrose beidseits. Er führte weiter aus, dass aus dem Unfallhergang und der daraus adäquat und unstreitig erfolgten Verletzung der Rotatorenmanschette sowie den umfangreichen operativen Reparaturmaßnahmen mit bleibender Insuffizienz der Funktion eine kausale Verkettung zum jetzigen funktionellen Zustand der linken Schulter und des Arms gegeben und schwerlich zu entkräften sei, auch wenn sicherlich die degenerativen Veränderungen in der Gesamtschau nicht außer Acht bleiben dürften. Allerdings seien diese nicht so erheblich gewesen, dass der Kläger dadurch in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt gewesen sei. Insofern sei davon auszugehen, dass das auslösende Unfallereignis doch ganz erheblich gewesen sein müsse, um die in unmittelbarer zeitlicher Folge aufgetretene erhebliche Belastungs- und Bewegungseinschränkung auszulösen. Das Unfallereignis sei daher wesentliche Ursache der bestehenden Beschwerden. In seiner ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 1. Dezember 2003 führte Dr. A. aus, auch ohne Vorschäden sei das Unfallereignis geeignet gewesen, eine Rotatorenmanschette zu verletzen. Eine klinisch stumme Ruptur könne beim Kläger schon aufgrund der von ihm zu verrichtenden Arbeit nicht angenommen werden.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) erstellte unter dem 18. August 2004 Prof. Dr. D., Chirurgische Universitätsklinik T., ein unfallchirurgisches Gutachten. Dieser diagnostizierte einen Riss der Rotatorenmanschette der linken Schulter bei degenerativer Vorschädigung des linken Schultergelenks und des linken Schulterreckgelenks, erhebliche Kraftminderung und Einschränkung der Beweglichkeit des linken Armes beim Heben vorwärts, rückwärts und seitwärts sowie der Drehbeweglichkeit ein- und auswärts und des Hinterhaupt- und Nackengriffs. Diese Gesundheitsstörungen seien im Wesentlichen durch den beim Arbeitsunfall aufgetretenen Sturz am 21. August 2000 auf nassem Boden zurückzuführen. Dies gelte sowohl unter Berücksichtigung des Umstands, dass das Unfallereignis geeignet gewesen sei, eine Rotatorenmanschettenruptur hervorzurufen als auch für die Tatsache, dass bei dem Sturz eine frische Ruptur aufgetreten sei. Bezüglich der Frage des geeigneten Unfallhergangs stütze er sich auf das Werk "Der Unfallmann" von Molowitz, dem gegenüber sich die Unfallversicherungsträger mehr auf Schäferberger/Mehrtens/Valentin stützen

würden, die einen isolierten, ausschließlich traumatisch bedingten Riss der Supraspinatussehne ablehnen würden. Betrachte man sich allerdings das Unfallgeschehen genauer, sei nach beiden Auffassungen von einem geeigneten Ablauf auszugehen. Denn der Kläger sei nie nach vorne gestürzt und habe sich bei dem Sturz auch nicht mit der linken Hand am Boden abgestützt. Die Tatsache, dass der Kläger auf die linke Schulter geprallt sei, mache deutlich, dass eine Rotationsbewegung stattgefunden habe, bei der der linke Arm, mit dem er sich nicht abgestützt habe, sehr wahrscheinlich nach hinten und innen gehalten worden sei. Es bestehe auch kein Zweifel, dass sich die isolierte Rotatorenmanschettenruptur beim Sturz am 21. August 2000 ereignet habe. Dafür spreche, dass sich der Kläger wegen der Schmerzen und dem Unvermögen, den linken Arm zu heben, gleich am nächsten Tag beim Hausarzt vorgestellt habe. Die zwei Wochen später gestellte Diagnose habe auch keinen Zweifel offen gelassen, dass es sich um eine frische Ruptur gehandelt habe. Daran lasse auch der histologische Befund vom 15. September 2000 keine Zweifel, da es sich bei dem darin aufgeführten Fibrin- und Granulationsgewebe um Ergebnisse einer biologischen Reaktion auf eine frische Ruptur handle. Wenn in der Diagnose aufgeführt sei, es handle sich um eine ältere Ruptur, sei damit gemeint, dass die Ruptur schon 25 Tage zurückgelegen habe. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) belaufe sich vom 30. Oktober 2000 bis 31. Oktober 2001 auf 100 v.H., vom 1. November 2001 bis 30. Oktober 2002 auf 30 v.H. und ab 1. November 2002 auf Dauer auf 20 v.H.

Durch Urteil vom 21. Dezember 2004 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung wurde ausgeführt, ob es sich bei dem Sturz am 21. August 2000 um ein geeignetes Unfallereignis gehandelt habe, lasse sich nicht sicher beantworten, wobei die Erstschilderungen des Klägers eher für ein ungeeignetes direktes Anpralltrauma ohne Rotations- oder Scherbewegungen sprächen würden. Gegen den Unfallzusammenhang sprächen jedoch wesentlich die erheblichen degenerativen Vorschäden, derentwegen der Kläger erstmals 1995 in Behandlung gewesen sei, sowie die Röntgenaufnahmen aus den Jahren 1997 und 2000. Darüber hinaus beschreibe der Operationsbericht vom 14. September 2000 im Bereich der Insertionsstelle ausfallende Exophytenbildungen, die eine degenerative Vorruptur vor dem Sturz höchst wahrscheinlich mache. Dafür spreche auch der Biopsiebericht. Diese Vorschäden seien von den Gutachtern nicht angemessen gewürdigt worden.

Gegen das am 3. März 2005 zugestellte Urteil hat der Kläger am 24. März 2005 Berufung eingelegt und sich im Wesentlichen auf die Gutachten von Dr. A. und Dr. D. gestützt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil vom 21. Dezember 2004 sowie den Bescheid vom 10. Mai 2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 2. Oktober 2002 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 21. August 2000 Verletztenrente nach einer MdE um wenigstens 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie erachtet die angefochtenen Entscheidungen als zutreffend.

Das Gericht hat Prof. Dr. L., Orthopädische Universitätsklinik H., Abteilung Orthopädie I, Sektion Schulter und Ellenbogenchirurgie, mit der Erstellung eines fachorthopädischen Gutachtens zur Zusammenhangsfrage beauftragt. In seinem Gutachten vom 21. Oktober 2005 kommt Prof. Dr. L. zum Schluss, dass die Gesundheitsstörungen im Bereich der linken Schulter (Narbenbildung, lokale Muskelminderung, erhebliche aktive Bewegungseinschränkung, Bewegungsschmerzen und Kraftminderung nach mehrfach chirurgisch versorgter Rotatorenmanschettenläsion links) nicht wesentlich durch das Unfallereignis vom 21. August 2000 verursacht oder verschlimmert worden sind und stützt dies auf eine Auswertung der Vorgeschichte, des Ereignisablaufs, des Primärbefunds und des Heilungsverlaufs.

Wegen den weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und den Ausführungen der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten sowie der Gerichtsakten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [Â§ 143, 144 SGG](#) statthafte und nach [Â§ 151 SGG](#) zulässige Berufung ist unbegründet. Der Zusammenhang der im Bereich der linken Schulter bestehenden Beschwerden mit dem angeschuldigten Ereignis (haftungsausfallende Kausalität) ist nicht überwiegend wahrscheinlich.

Gemäß [Â§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([Â§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)). Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den [Â§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeiten (versicherte Tätigkeiten). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen ([Â§ 8 Abs. 1 SGB VII](#)).

Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die vom Hundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente, wobei die Folgen eines Versicherungsfalls nur zu berücksichtigen sind, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um mindestens 10 v.H. mindern ([Â§ 56 Abs. 1](#) Sätze 2 und 3 SGB VII). Dabei richtet sich die Minderung der Erwerbsfähigkeit nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([Â§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)), d.h. auf dem

allgemeinen Arbeitsmarkt ([BSGE 1, 174](#), 178; BSG [SozR 2200 Â§ 581 Nr. 22](#)). Als Folge eines Unfalls sind Gesundheitsstörungen nur zu berücksichtigen, wenn das Unfallereignis wie auch das Vorliegen der konkreten Beeinträchtigung bzw. Gesundheitsstörung jeweils bewiesen und die Beeinträchtigung mit Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen ist. Für die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfall einerseits (haftungsbegründende Kausalität) und zwischen der hierbei eingetretenen Schädigung und der Gesundheitsstörung andererseits (haftungsausfüllende Kausalität) erforderlich. Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, die Schädigung und die eingetretene Gesundheitsstörung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden, während für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht, welcher nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit ausreicht ([BSGE 58, 80](#), 82; [61, 127](#), 129; BSG, Ur. v. 27. Juni 2000 – [B 2 U 29/99 R](#) – m.w.N.). Hinreichende Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht zukommt, so dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann ([BSGE 45, 285](#), 286). Kommen mehrere Ursachen in Betracht, so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. [BSGE 63, 277](#), 278). Daran fehlt es, wenn die Krankheitsanlage so leicht ansprechbar gewesen ist, dass die Auslösung akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte (vgl. [BSGE 62, 220](#), 222; BSG, Ur. v. 2. Mai 2001 – [B 2 U 18/00 R](#) –, in: HVBG-Info 2001, 1713). Lässt sich ein Zusammenhang nicht wahrscheinlich machen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten (vgl. [BSGE 6, 70](#), 72; BSG [SozR 3-2200 Â§ 548 Nr. 11](#) S. 33).

Unter Berücksichtigung dieser Maßstäbe ist der Senat nicht der Überzeugung, dass die haftungsausfüllende Kausalität zwischen dem Unfallereignis und dem bestehenden Körperpschaden überwiegend wahrscheinlich ist, sodass ein Anspruch des Klägers auf Verletztenrente nach Ablauf der Verletztengeldzahlung nicht besteht. Der Senat stützt sich bei seiner Beurteilung auf das in sich schlüssige und widerspruchsfreie Gutachten von Prof. Dr. L., der die für und gegen einen Zusammenhang sprechenden Faktoren aufgeföhrt und überzeugend gegeneinander abgewogen hat.

Danach spricht zunächst gegen einen Zusammenhang, dass beim Kläger bereits vor dem Unfall vom 21. August 2000 degenerative Vorschäden dokumentiert sind. Der Kläger hat gegenüber Dr. A. u.a. angegeben, bereits 1995 erstmals wegen Beschwerden im Bereich der linken Schulter in Behandlung gewesen zu sein, danach aber ohne Beschwerden weiter gearbeitet zu haben. Gegenüber Prof. Dr. L. hat der Kläger allerdings vorbestehende Beschwerden verneint. Dokumentiert sind jedoch Röntgenaufnahmen der linken Schulter, die Hinweise auf eine

vorbestehende Störung im Ansatz der Rotatorenmanschette am großen Oberarmhaken ergeben. Ein Vorschaden ist also dokumentiert, unabhängig davon, ob sich der Kläger an eine entsprechende Behandlung erinnert oder nicht. Es steht nicht zu erwarten, dass ohne konkreten Anlass Röntgenaufnahmen gefertigt worden wären.

Zu berücksichtigen ist weiter, dass eine gewaltsame Sehnenzerreißung ein erhebliches Verletzungsereignis darstellt, dessen Wirkung in der Regel äußerliche Verletzungszeichen, z.B. Schwellungen oder Blutergüsse, im Bereich der Weichteile am Oberarm hinterlässt, sowie das für eine Zerreißung der Sehne im oberen Bereich typische Drop-arm-Zeichen. Im Durchgangsarztbericht vom Folgetag sind aber keine äußeren Verletzungszeichen dokumentiert, auch keine Schwellungen oder Hämatomverfärbungen. Es hat zwar eine erhebliche Einschränkung der Beweglichkeit mit Abspreiz- und Vorwärtshrftigkeit bis zu 80/90 Grad bestanden. Ein vollständiger Funktionsverlust hat somit aber nicht vorgelegen, auch ein drop-arm-Zeichen ist nicht dokumentiert, der Arm konnte vielmehr in Schulterhöhe gehalten werden. Die im Rahmen der durchgangsärztlichen Untersuchung angefertigten Röntgenaufnahmen zeigen zudem im Bereich des großen Oberarmhakens deutliche Veränderungen, die auf eine länger vorbestehende Schädigung hinweisen. Diesen Befund haben bereits die mit der Erstuntersuchung des Klägers befassten Ärzte erhoben wie auch die mit einer gutachterlichen Untersuchung des Klägers befassten Ärzte im gerichtlichen Verfahren, so auch Prof. Dr. L. Im Bereich des knöchernen Schlüsselbeinendes bestand schon im Unfallzeitpunkt eine nach unten gerichtete knöcherne Ausziehung, die zu einer Einengung des Gleitraumes für die Supraspinatussehne unter dem Schulterdach und damit auch zu einem mechanischen Engpass führte. Die Kernspinaufnahmen vom 5. September 2000 weisen darüber hinaus keinerlei verletzungstypische Veränderungen auf, die bei einem frischen Abriss einer Sehne zu erwarten gewesen wären. Vielmehr bestand, worauf Prof. Dr. L. zutreffend hingewiesen hat, bereits so kurze Zeit nach dem angeschuldigten Unfallereignis eine fortgeschrittene Rückbildung des Muskelbauchs im Bereich des Obergrätenmuskels, der allerdings typisch nur für einen schon länger bestehenden Abriss der Supraspinatussehne ist. Darüber hinaus wird im Operationsbericht vom 14. September 2000 von bereits ausgeprägter Exophytenbildung berichtet, was auf einen bereits seit langem bestehenden Kontakt zwischen Oberarmkopf und Schulterdach und damit einen chronisch-degenerativen Verlauf hinweist. Berichtet wird darüber hinaus nicht von frischen Verletzungsspuren, beispielsweise einem durch Bluterguss veränderten Schleimbeutel oder einem frischen Rissrand an der Sehne. Auch die Tatsache, dass die im September 2000 angeätzte Sehne kurze Zeit später wieder gerissen ist, spricht für eine unelastische Sehnenstruktur und damit eine nicht mehr ausreichende Durchblutung. Hinzu kommt, dass Prof. Dr. L. bei seiner Untersuchung im Oktober 2005 auch im Bereich der rechten Schulter eine Schädigung der Rotatorenmanschette diagnostizieren konnte, die kernspintomographisch nachgewiesen ist. Dies spricht über die bereits aufgeführten Umstände hinaus ebenfalls für eine schicksalsmäßigen, degenerative Verursachung der Erkrankung.

Was den Geschehensablauf anbelangt, führt Prof. Dr. L. aus, dass es nach biomechanischen Untersuchungen Mechanismen geben kann, die geeignet sind, die Sehnen der Rotatorenmanschette bis über die kritische Grenze hinweg zu überdehnen und zu reißen (vgl. dazu auch Schänberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage 2003 S. 507 ff). Dazu gehört der Sturz auf den seitlich oder nach hinten ausgestreckten Arm oder Ellbogen oder die Beschleunigung des Körpers beim Fallen, wenn sich der Verletzte dabei festhält und der Arm dadurch forciert nach außen gedreht wird. Als ungeeignet wird der direkte Anprall von vorn oder seitlich auf die Schulter und der Sturz auf den nach vorn ausgestreckten Arm angesehen, da der Weichteilmantel die Folgen solcher direkter Gewalteinwirkungen vermindert und die knöchernen Strukturen über der Sehne einen Schutz vor einer übermäßigen Überdehnung derselben bieten. Allerdings weist Prof. Dr. L. zutreffend auch darauf hin, dass die Frage des (geeigneten) Unfallablaufs nur ein (Hilfs-)Kriterium neben anderen für die Zusammenhangsbeurteilung sein kann, da experimentelle Untersuchungen zu diesen Fragestellungen fehlen. Berücksichtigt man zudem, dass im vorliegenden Fall der genaue Ablauf des Geschehens nicht mehr festgestellt werden kann (Zeugen gibt es keine; der Kläger hat gegenüber Prof. Dr. W. und Dr. A. bzw. Prof. Dr. D. lediglich ausgeführt, er sei ausgerutscht und mit der linken Schulter auf eine Kante gefallen, ohne sich vorher abstützen zu können) und nach so langer Zeit auch nicht mehr mit Sicherheit festgestellt werden kann, ist ein möglicher Geschehensablauf nicht in die Zusammenhangsbeurteilung einzubeziehen.

In einer zusammenfassenden Betrachtung spricht somit für einen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und bestehenden Beschwerden lediglich die vom Kläger behauptete Beschwerdefreiheit bis zum Sturz sowie der zeitliche Zusammenhang zwischen Sturz, der erheblichen Funktionseinschränkung und den Schmerzen.

Gegen einen Zusammenhang spricht allerdings, dass bereits 1997 Röntgenaufnahmen der linken Schulter gefertigt worden sind, die den Schluss auf bereits damals bestehende Beschwerden zulassen (die der Kläger gegenüber Dr. A. auch bestätigt, wenn auch auf das Jahr 1995 zurückbezogen hat), die fehlenden Verletzungszeichen bei der Erstuntersuchung am 22. August 2000, die verschleissartigen Röntgenveränderungen im Unfallzeitpunkt sowie der Befund der Kernspinuntersuchung vom September 2000. Gegen einen Zusammenhang spricht weiter der Operationsbefund mit ausgeprägten Exophyten am großen Oberarmhaken, der bei der Operation am 14. September 2000 erhobene histologische Befund ohne frische Verletzungszeichen, die beschriebene fehlende Elastizität der Sehne sowie der mittlerweile dokumentierte Befund auch an der rechten Schulter.

Daher spricht zur Überzeugung des Senats mehr dagegen als dafür, dass das Ereignis vom 21. August 2000 rechtlich wesentlich ursächlich für die bestehenden Beschwerden des Klägers ist. Auch eine richtunggebende Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens ist nicht überwiegend wahrscheinlich.

Soweit Dr. A. in seinem Gutachten einen Zusammenhang der geklagten Beschwerden mit dem angeschuldigten Ereignis insbesondere auf den Unfallverlauf und eine vor dem Unfall uneingeschränkte Leistungsfähigkeit des Klägers gestützt hat, hat er bei seiner Beurteilung den bereits ausgeprägten Vorschaden nicht ausreichend berücksichtigt. Vor allem hat er die bereits fortgeschrittene Rückbildung des Muskelbauchs, wie sie kernspintomographisch schon am 14. September 2000 gesichert ist, unerwähnt gelassen. In seiner Beurteilung hätte er unter Berücksichtigung dieser objektiven Befunde daher schon aus diesem Grund allenfalls zu einer Vergrößerung eines vorbestehenden Sehndefekts durch das Geschehen am 21. August 2000 kommen können. In einer Gesamtschau der feststehenden Befunde wäre diesem Geschehen dann aber nicht die Bedeutung einer wesentlichen Ursache für den erheblichen Gesamtschaden zuzusprechen gewesen. Im Übrigen ist, worauf der Senat nur ergänzend hinweisen will, der von Dr. A. seiner Beurteilung unterstellte Geschehensablauf nicht gesichert, sondern das tatsächliche Geschehen ungeklärt und der von ihm seiner Beurteilung zugrunde gelegte Ablauf zudem ungeeignet, die beschriebenen Verletzungen hervorzurufen.

Soweit Prof. Dr. D. in seinem Gutachten einen Unfallzusammenhang bejaht, gründet auch er seine Beurteilung entscheidend auf einen Verletzungsmechanismus, der in dieser Gestalt nicht gesichert ist. Zudem lässt er die eindeutig bestehenden degenerativen Vorerkrankungen bei seiner Beurteilung außer Betracht. Soweit Prof. Dr. D. aufgrund des histologischen Befundes ausgeführt hat, das darin beschriebene Granulationsgewebe und Fibrin stelle eine biologische Reaktion auf eine frische Ruptur dar, stellt er sich in seiner Beurteilung gegen die Befundung durch den Pathologen, der eindeutig ältere Rupturvorgänge als Ursache beschreibt. Berücksichtigt man, dass eine zeitliche Zuordnung von feingeweblichem Material bis zu drei Monate nach dem Ereignis erfolgen kann, erscheint der von Prof. Dr. D. gezogene Schluss nicht überzeugend. Denn der Pathologe hätte bei der drei Wochen nach dem angeschuldigten Ereignis erhobenen Probe eine zeitliche Zuordnung zu diesem zweifelsfrei durchführen können, sollte er der Meinung gewesen sein, dass ein entsprechender Ursachenzusammenhang besteht.

Nach alledem ist zur Überzeugung des Senats die haftungsausfallende Kausalität nicht überwiegend wahrscheinlich. Die angefochtenen Entscheidungen sind daher rechtsfehlerfrei ergangen.

Die Berufung war zurückzuweisen.

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

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

Erstellt am: 23.06.2006

Zuletzt verändert am: 21.12.2024