

L 3 U 196/12

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Frankfurt (Oder) (BRB)

Aktenzeichen

S 18 U 86/09

Datum

20.08.2012

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 3 U 196/12

Datum

06.03.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 20. August 2012 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Feststellung von Arbeitsunfallfolgen und die Gewährung einer Verletztenrente.

Der bei der Beklagten versicherte, 1945 geborene Kläger war niedergelassener Durchgangsarzt und Chirurg. Er erlitt am 25. Januar 2007 einen späterhin von der Beklagten anerkannten Arbeitsunfall, als er seiner eigenen Unfallschilderung vom 25. April 2007 zufolge gerade gegen 18.15 Uhr, mit Röntgenbildern und einem Laptop in beiden Händen, seine Praxis verlassen hatte und auf dem Weg zum Parkplatz gewesen war, als er mit dem linken Fuß auf glattem Boden ausrutschte und mit abgewinkeltem Arm auf den linken Ellenbogen und die linke Hüfte stürzte, ohne den Laptop loszulassen. Der Kläger fertigte zunächst selbst Röntgenaufnahmen (vom 29. Januar 2007) der linken Schulter an und behandelte sich selbst mit Ultraschall, Strom und Ibuprofen.

Er begab sich am 28. Februar 2007 in H-ärztliche Behandlung bei Dr. W, bei welchem er eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit des linken Schultergelenks beklagte; Dr. W stellte eine Ruptur der Infrapinatussehne links bei intakter Bizeps- und Supraspinatussehne, "Druckschmerz am ACG", Schmerz bei Abduktion über 90°, eine aktive Abduktion bis 80° sowie Bewegungsausmaße "AR/ IR 80/0/30° mit endgradigen Schmerzen" sowie Druckschmerz über der Bizepssehne fest, vgl. H-Arzt-Bericht vom 28. Februar 2007. Anhand vorliegender Röntgenunterlagen stellte er im linken Schultergelenk eine geordnete Knochenstruktur, keine ACG-Arthrose, beginnende Osteophyten am Humeruskopf und Humeruskopfhochstand fest. Am 07. März 2007 fand eine MRT-Untersuchung statt (Beurteilung: 1. Verdacht auf Knorpelkontusion im Schultergelenk, möglicherweise kleiner Knorpelflap abgelöst, 2. Teilruptur der Supraspinatussehne ansatznah, 3. Schultereckgelenksarthrose und Enge acromioclaviculäre Distance als Risikofaktor für Impingement, jedoch kein ausgeprägter Befund). Hiernach diagnostizierte Dr. W in seinem Zwischenbericht vom 08. März 2007 eine Teilruptur des Supraspinatus links und eine Knorpelkontusion mit der Ablösung eines Knorpelflaps.

Die Beklagte ließ vom Kläger unter dem 25. April 2007 einen Fragebogen zum Unfallhergang ausfüllen. Danach habe seine Ehefrau ihn nach dem Unfall nach Hause gefahren. Er habe nach dem Unfall seine Arbeit wie geplant fortgesetzt. Vor der Vorstellung bei Dr. W habe er sich selbst symptomatisch behandelt.

Der Kläger konnte sich in der Folgezeit – wegen der befürchteten Unterbrechung seines Praxisbetriebs – nicht zu einer Schulterarthroskopie durchringen, vgl. etwa Zwischenbericht von Dr. W vom 04. Juni 2007.

Die Beklagte ließ durch den Facharzt für Chirurgie und Orthopädie Dr. H das fachtraumatologische Gutachten vom 22. Oktober 2007 erstellen. Aufgrund einer ambulanten Untersuchung des Klägers am 17. Oktober 2007 gelangte er zur Einschätzung, dass das Unfallereignis zu einer durch axiale Stauchung bedingten Prellung des linken Schultergelenks geführt habe. Hierdurch sei es zu einer eventuell stattgehabten Einblutung im Bereich des Schleimbeutels unterhalb des Schulterdaches mit resultierender Verkalkung gekommen. Des Weiteren sei ein Einriss des Ansatzes der Sehne des Musculus supraspinatus ausgelöst worden. Das Unfallereignis hinterlasse beim Kläger ein erhebliches Funktionsdefizit des linken Schultergelenks mit Abspreizhemmung um ca. 100° im Vergleich zu einem gesunden Gelenk und einer Reduktion der Armhebung nach vorn um ca. 70° im Vergleich zum gesunden, eine Einschränkung der Außenrotation des linken Arms im Schultergelenk um 20°, koordinative Störungen, vor allem bei globalen Bewegungsauslenkungen im Bereich des linken Schultergelenks, radiologisch bewiesene Enge im Bereich des Schulterdaches mit daraus resultierender Funktionseinbuße und Gelenkverklebungen und

subjektiv geklagte, im Wesentlichen mit der Funktionseinbuße vergesellschaftete Problematik und ständige Schmersymptomatik, eine Minderung der groben Kraft und eine allgemeine Leistungsminderung des linken Arms. Die unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) sei fortlaufend auf 20 vom Hundert (v.H.) einzuschätzen.

Der Beratungsarzt Dr. S nahm unter dem 12. Dezember 2007 dahingehend Stellung, dass die Oberarmstellung im Zeitpunkt des Unfalls (leicht vom Oberkörper abgespreizt (ca. 20°)) aus rein biomechanischer Sicht eine Rotatorenmanschettenruptur nicht zulasse. Es fehle an einer passiv erzwungenen heftigen Außen- und Innenrotationsbewegung im Schultergelenk, an einer passiven Traktion des Arms wie etwa bei einem Sturz mit nach hinten ausgestrecktem Arm und entsprechendem Aufprall auf die Hand oder das Ellenbogengelenk. Zu beachten sei ferner, dass bei über 60-jährigen wie dem Kläger bis zu 100 % degenerative Rotatorenmanschettenschäden vorlägen. Die vorliegende MRT des linken Schultergelenks beschreibe bereits ein Schultereckgelenksarthrose und eine subacromiale Enge. Es werde ferner ein diskreter Gelenkerguss beschrieben. Typische Einblutungen bzw. ein Hämarthros des Schultergelenks seien nicht zeitnah zum Unfallereignis beschrieben worden. Die Knorpelkontusion mit einem kleinen Knorpelflap lasse unter Berücksichtigung des Röntgenbefunds, der eine kleine Verkalkungsstruktur zeige, eher auf eine degenerative als auf eine traumatische Veränderung schließen. Hinzukomme, dass keine wesentliche Bone-bruise-Veränderung, sondern nur eine Knorpelunregelmäßigkeit beschrieben worden sei. Hinweise für ossäre Traumafolgen lägen nicht vor. Ein Zusammenhang zwischen den beklagten Beschwerden und dem Unfallereignis sei nicht wahrscheinlich. Die unfallbedingte MdE betrage nach Abschluss der 16. Woche weniger als 10 v.H.

Die Beklagte ließ Dr. H unter dem 23. Januar 2008 ergänzend Stellung nehmen. Er führte aus, es bestünden zwar keine Zweifel, dass beim Kläger degenerative Vorschäden bestünden. Diese beträfen sicherlich das Schultereckgelenk, aber mit Wahrscheinlichkeit (schon altersbedingt!) auch die Rotatorenmanschette. Gleichwohl sei an der bisherigen Beantwortung der Zusammenhangsfrage festzuhalten.

Die Beklagte erkannte mit Bescheid vom 08. April 2008 das Ereignis vom 25. Januar 2007 als Arbeitsunfall an, lehnte die Gewährung von Entschädigungsleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung aus Anlass dieses Arbeitsunfalls über den 16. Mai 2007 hinaus sowie die Gewährung einer Verletztenrente ab. Die beim Kläger über den 16. Mai 2007 hinaus bestehenden Beschwerden seien nicht auf den Unfall zurückzuführen, weil im Allgemeinen eine Prellung der Schulter, wie sie hier nur gesichert als Unfallfolge anzunehmen sei, unter Berücksichtigung der nachgewiesenen Vorschäden in der Regel nach dreieinhalb Monaten als ausgeheilt anzusehen sei.

Der Kläger erhob am 14. April 2008 Widerspruch. Auf Vorschlag des Klägers veranlasste die Beklagte eine Begutachtung durch den Chirurgen Dr. S, welcher unter dem 08. Juli 2008 aufgrund einer ambulanten Untersuchung des Klägers ein unfallchirurgisches Gutachten erstellte. Dr. S führte aus, dass es durch das Unfallereignis zu Prellungen der linken Körperseite und einer Kontusion des linken Schultergelenks gekommen sei. Die Unfallfolgen hätten in einer vorübergehenden schmerzhaften Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenks nach gewaltsamer Stauchung mit wahrscheinlich umschriebenem Knorpelschaden geführt. Unfallunabhängig lägen ein Engpass-Syndrom beider Schultergelenke, durch MRT nachgewiesene Verschleißumformungen des linken Schultereckgelenks mit mechanischer Einengung des subacromialen Raums und teilweise ansatznaher Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne vor. Behandlungsbedürftigkeit wegen der Unfallfolgen habe für höchstens acht Wochen nach dem Unfallereignis vorgelegen. Mit fließendem Übergang sei danach weitere Behandlungsbedürftigkeit wegen eines unfallunabhängigen, verschleißbedingten Leidens am linken Schultergelenk angezeigt gewesen. Wegen der unfallbedingt bestehenden Bewegungseinschränkungen am linken Schultergelenk werde die MdE bis zum 31. März 2007 auf 20 v.H. eingeschätzt. Danach habe keine messbare unfallbedingte MdE mehr vorgelegen. Der Unfallmechanismus sei nicht geeignet gewesen, eine Verletzung der Rotatorenmanschette herbeizuführen. Eine vollständige Zusammenhangstrennung habe ohnehin nicht stattgefunden. Die als teilweise Zusammenhangstrennung bezeichnete Strukturveränderung der ansatznahen Supraspinatussehne stelle eine typische Verschleißveränderung und keine Unfallfolge dar. Ein wesentlicher Zusammenhang bestehe zu körpereigenen, nicht unfallbedingten Engpasserscheinungen des Gleittraums unter dem Schulterdach in Verbindung mit einer Verschleißumformung. Die Engpasserscheinungen (Impingement-Syndrom) lägen bei beiden Schultergelenken vor und seien nicht durch den Unfall verursacht. Es sei u.a. auch auf die Röntgenaufnahmen vom 29. Januar und 16. Oktober 2007 zu verweisen, von welchen zwar die axialen Aufnahmen aufgrund Unterbelichtung eine Feinbeurteilung nicht zuließen, jedoch die anterior-posteriore Projektion auf den hinteren oberen Rand der Schulter ohne zwischenzeitliche Änderung des bildgebenden Befunds am ehesten auf eine Verkalkungs- oder Verknöcherungsstruktur hindeute, welche eine frische Verletzung etwa im Sinne einer knöchernen Abspaltung nicht wahrscheinlich mache. Anderenfalls wäre im zeitlichen Verlauf von neun Monaten eine Veränderung der Struktur und der Lage zu erwarten gewesen. Deshalb müsse es sich bei der beschriebenen knöchernen Veränderung um eine alte Verletzungsfolge oder Verschleißumformung handeln.

Der Kläger trat dem Ergebnis der Begutachtung mit Schreiben vom 16. September 2008 u.a. unter Vorlage eines anonymisierten MRT-Befunds des rechten Schultergelenks vom 09. September 2008 und eines anonymisierten Arztbriefs vom 22. September 2008 jeweils betreffend einen von ihm behandelten Patienten mit ähnlichen Unfallereignissen entgegen.

Die Beklagte ließ nach Einholung einer weiteren beratungsärztlichen Stellungnahme des Chirurgen Dr. B vom 26. September 2008 das fachchirurgisch-orthopädische Gutachten des Chefarztes der Kliniken für Unfallchirurgie und Orthopädie der E Kliniken Dr. F vom 23. März 2009 zusammen mit dem Oberarzt Dr. B erstellen. Dres. F/B führten nach einer ambulanten Untersuchung des Klägers aus, eine Verletzung der Rotatorenmanschette durch den von allen Gutachtern übereinstimmend zugrunde gelegten Unfallmechanismus sei nicht möglich. Das MRT vom 07. März 2007 decke eine Partialruptur der Rotatorenmanschette auf; eine solche Partialschädigung sei eine typische Verschleißveränderung. Die zur Zeit noch bestehenden Beschwerden und Symptome seien nicht unfallbedingt.

Die Beklagte wies den Widerspruch nach Einholung einer weiteren beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. B vom 29. Mai 2009 mit Widerspruchsbescheid vom 16. Juli 2009 als unbegründet zurück.

Der Kläger hat sein Begehren mit der am 20. Juli 2009 zum Sozialgericht Frankfurt (Oder) (SG) erhobenen Klage weiterverfolgt. Er hat sein Vorbringen aus dem Verwaltungsverfahren vertieft und u.a. ausgeführt, man beachte die Breite des Laptops, so dass vor dem Fall mit Sicherheit der Oberarm am Körper angelegen habe. Der Winkel des Aufschlags nach dem Sturz sei weder ihm noch den anderen Gutachtern bekannt, so sehr sie auch damit spekulierten, wie er denn auch auf den linken Arm geprallt sei. Mit Sicherheit sei dem Aufschlagen des linken Ellenbogens auf die Straße der linke Arm nach hinten als reflektorisches Versuchen des Abfangens des Sturzes unbewusst erfolgt, da der Sturz ja sehr rasant und überraschend gewesen sei. Der Hauptschmerz im Schultergelenk sei auch im vorderen Bereich gewesen, so dass es sicher fast zu einer Luxation des Oberarmkopfes nach vorn oder einer Fraktur hätte kommen können. Die subacromiale Enge sei erst nach

dem Unfall festgestellt worden, so dass diese auch nicht als Vorschaden interpretiert werden könne. Das rechte Schultergelenk weise ebenfalls eine subacromiale Enge auf, die nachweislich gutachterlich auf einen bei der Verwaltungsberufsgenossenschaft anerkannten Unfall vom August 1970 zurückzuführen sei. Er hat zur Untermauerung seines Vorbringens auf den MRT-Befund des linken Schultergelenks vom 03. November 2009 und fachmedizinwissenschaftliche Veröffentlichungen verwiesen.

Das SG hat das schriftliche Sachverständigengutachten des Chirurgen Dr. H vom 03. Juli 2011 eingeholt. Dieser hat aufgrund einer ambulanten Untersuchung des Klägers am 16. April 2011 im Bereich der Schultern einen Zustand nach Schulterprellung links mit Knorpelkontusion, Impingement-Syndrom beider Schultern und Schultereckgelenksarthrose beider Schultern diagnostiziert. Als wesentliche degenerative Vorschäden hätten bereits vor dem Unfall eine Schultereckgelenksarthrose und eine Verengung des Schulterdaches bestanden. Lediglich die Schulterprellung sei als Unfallfolge anzusehen und folgenlos ausgeheilt. Über die 26. Woche nach dem Unfall hinaus habe eine unfallbedingte MdE von weniger als 10 v.H. bestanden. In der Analyse des Unfallereignisses sei sich den Stellungnahmen von Dres. S, S und B anzuschließen. Ein Sturz auf den nach vorn oder seitlich abgespreizten Arm sei ungeeignet, weil dabei die Rotatorenmanschette allenfalls geprellt, aber nicht abgesichert werden könne.

Der Kläger ist dem Ergebnis der Begutachtung mit Schriftsatz vom 06. September 2011 unter Vorlage eines Arztbriefs des Klinikums F vom 16. August 2011, weiterer fachärztlicher Veröffentlichungen und von Farbfotos entgegen getreten, welche Aufnahmen seines Schulterbereichs zeigen. Das SG hat hierzu Dr. H unter dem 10. Februar 2012 ergänzend Stellung nehmen lassen. Hierzu hat der Kläger wiederum mit Schriftsatz vom 08. März 2012 ausführlich Stellung genommen.

Das SG hat den Sachverständigen Dr. H sein Gutachten in der mündlichen Verhandlung vom 20. August 2012 erläutern lassen und ihn ergänzend befragt. Das SG hat sodann die zuletzt auf die Feststellung von Unfallfolgen (posttraumatische Schultersteife mit Muskelschwund und Gebrauchs- und Bewegungseinschränkungen des linken Arms) und die Gewährung einer Verletztenrente gerichtete Klage mit Urteil vom 20. August 2012 abgewiesen. Es spreche nach den im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung bestehenden Kausalitäts- und Beweisgrundsätzen mehr dagegen als dafür, dass der Kläger bei dem Arbeitsunfall einen partiellen Riss der Supraspinatussehne erlitten habe. Bereits der genaue Unfallhergang habe nicht aufgeklärt werden können. Bekannt sei, dass der Kläger auf glattem Untergrund ausgerutscht und auf die linke Körperseite gestürzt sei, als er auf dem Weg zum Auto Röntgenaufnahmen und einen Laptop mit beiden Händen vor seinem Körper getragen und diese Dinge auch während seines Sturzes mit beiden Händen fest umklammert habe. Nicht genau feststellbar sei, in welcher Position sich der linke Arm beim Sturz befunden habe. Der Kläger habe hierzu keine genauen Erinnerungen, seine Ehefrau sei vorausgelaufen und habe den Sturz nicht gesehen. Unfallnahe ärztliche Befunde lägen nicht vor, weil der Kläger erst am 28. Februar 2007 zum Arzt gegangen sei. Die hiernach allein feststellbaren Tatsachen sprächen nach Auffassung von Dres. H, S und B/ F nachvollziehbar eher dagegen, dass sich der Kläger einen Teilriss der Supraspinatussehne zugezogen habe, auch wenn ein Vorschaden im Bereich der Supraspinatussehne nicht nachgewiesen sei. Das Festhalten des Laptops beim Sturz auf den linken Arm mache es unwahrscheinlich, dass er auf den nach hinten ausgestreckten Arm gefallen sei. Auch könne es unter den bekannten Umständen nicht zu einer passiv forcierten Außen- und Innenrotation bei anliegendem oder abgespreiztem Arm oder zu einem passiven Zug nach unten, nach vorn oder körperwärts gekommen sein, was geeignete Unfallmechanismen gewesen wären. Soweit hier überhaupt ein Unfallmechanismus gesichert sei, so sei dies ein solcher, welcher ungeeignet sei, eine gesunde Rotatorenmanschette zu zerreißen. Es fehle zudem, worauf Dr. S in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme zutreffend verweise, an einem verletzungstypischen radiologischen Schadensbild (Einblutungen, Hämarthros). Außer einer mittlerweile abgeklungenen Schulterprellung mit Knorpelkontusion seien beim Kläger keine unfallbedingten Gesundheitsschäden bzw. Unfallfolgen feststellbar. Soweit Dr. H mit seinem für die Beklagte erstellten Gutachten von einer unfallbedingten Verletzung der Supraspinatussehne ausgehe, basiere diese Annahme auf einem hier nicht erweisbaren Unfallmechanismus. Da die Schulterprellung mit Knorpelkontusion folgenlos ausgeheilt sei, komme eine Rente wegen des verfahrensgegenständlichen Unfalls nicht in Betracht.

Der kurzzeitig anwaltlich vertretene Kläger hat gegen das ihm am 11. September 2012 zugestellte Urteil am 26. September 2012 Berufung eingelegt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 20. August 2012 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 08. April 2008 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 16. Juli 2009 zu ändern, festzustellen, dass die posttraumatische Schultersteife mit Muskelschwund und Gebrauchs- und Bewegungseinschränkungen des linken Arms Folge des Arbeitsunfalls vom 25. Januar 2007 ist, und die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des vorgenannten Arbeitsunfalls eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von zumindest 20 vom Hundert zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat auf Antrag des Klägers das schriftliche Sachverständigengutachten des Chirurgen Dr. B (Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik M), bei Gericht eingegangen am 19. Juli 2013, unter Einbeziehung einer radiologischen Zusatzbegutachtung von Dr. G vom 01. Juli 2013 eingeholt.

Dr. G hat nach Auswertung der aktenkundigen MRT-Aufnahmen ausgeführt, die MRT-Bilder vom 07. März 2007 zeigten eine geringgradige Signalerhöhung der ansatznahen Supraspinatussehne, jedoch kein Flüssigkeitssignal, so dass der Befund als Tendinopathie im Sinne einer degenerativen Sehnenveränderung gewertet werde. Eine Ruptur lasse im Bereich der Rupturstelle ein erhöhtes Wassersignal als Ausdruck des Hämatoms oder des flüssigkeitsgefüllten Defektes erwarten. Der im MRT-Befund vom 03. November 2009 beschriebene Einriss am dorsalen Labrum glenoidale könne anhand des Bildmaterials nicht nachvollzogen werden. Davon unabhängig sei dieser Befund auf den unfallnahen ersten MRT-Aufnahmen vom 07. März 2007 nicht nachweisbar. Die das Schultergelenk umgebenden Weichteile seien jeweils unauffällig dargestellt. Auch die unfallnahen MRT-Bilder vom 07. März 2007 zeigten kein Weichteilhämatom oder Ödem im Bereich um das

Schultergelenk. Radiologisch sei anhand der unfallnahen MRT-Bilder vom 07. März 2007 keine traumatische Veränderung des Schultergelenks auf das Ereignis vom 25. Januar 2007 zurückzuführen.

Dr. B hat in seinem schriftlichen Sachverständigengutachten ausgeführt, zwar sei zeitlich nach dem Unfall beim Kläger eine partielle Schultersteife eingetreten. Einer solchen könnten unterschiedliche pathologische Veränderungen der Schulter zugrunde liegen. Das Ausmaß der Primärverletzung müsse nicht mit dem Ausmaß der Schultersteife korrelieren. Aufgrund der MRT-Bilder vom 07. März 2007 stehe fest, dass der Kläger eine Verletzung der Supraspinatussehne am 25. Januar 2007 nicht erlitten habe. Nachdem diese MRT-Bilder keinen Gelenkerguss und auch keinen nennenswerten Erguss im Schulterdachgleitbeutel abgebildet hätten, könne ausgeschlossen werden, dass der Kläger beim Unfall eine schwerwiegende Binnenvletzung des Schultergelenks erlitten habe. Nachvollziehbar sei allein ein stauchender Vorgang der Schulterregion durch den Aufprall am linken Ellenbogen. Die beim Kläger aktuell bestehenden Einschränkungen der aktiven und passiven Beweglichkeit des rechten und linken Schultergürtels bei Schultersteife beidseits, die geringe Schwäche der Schultergürtelmuskulatur sowie die übrigen an den oberen Extremitäten vorliegenden Einschränkungen seien nicht mit Wahrscheinlichkeit durch den Unfall vom 25. Januar 2007 verursacht worden.

Der Kläger ist dem Ergebnis dieser Begutachtung mit Schriftsatz vom 26. September 2013 u.a. unter Hinweis auf seine langjährige chirurgische Erfahrung sowie unter Vorlage einer Aktennotiz zur ambulanten Vorstellung am 25. September 2013 bei Dr. H im Klinikum F nebst eines Messblatts für obere Gliedmaßen und zweier Röntgenbilder der rechten und linken Schulter vom 23. September 2013 entgegen getreten. Ferner hat er einen Bescheid der Verwaltungsberufsgenossenschaft über Rentenerhöhung wegen der Folgen von Versicherungsfällen vom 17. August 1970, 26. April 1987 und 06. September 1987 von einer MdE von insgesamt 40 auf 50 v.H. vorgelegt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten und Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen und inhaltlich Bezug genommen, welche vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig und beschweren den Kläger nicht.

Zunächst besteht ein Anspruch auf Feststellung der vom Kläger geltend gemachten Arbeitsunfallfolgen nicht.

Versicherungsfälle sind gemäß [§ 7 Abs. 1](#) des Siebten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB VII) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit. Für einen Arbeitsunfall ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitsschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen von Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitsschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls (etwa Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 02. April 2009 - [B 2 U 29/07 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 15). Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt, dass die Merkmale "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung zur Zeit des Unfalls", "Unfallereignis" sowie "Gesundheitserst- bzw. Gesundheitsfolgeschaden" im Wege des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen (etwa BSG, a.a.O., Rn. 16). Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (etwa BSG, Urteil vom 27. Juni 2006 - [B 2 U 20/04 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 15). Ein Zusammenhang ist hinreichend wahrscheinlich, wenn nach herrschender ärztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen ihn spricht und ernste Zweifel an einer anderen Ursache ausscheiden (vgl. BSG a.a.O., auch Rn. 18 und 20). Ob der Gesundheitsschaden eines Versicherten durch einen Arbeitsunfall (wesentlich) verursacht wurde, entscheidet sich - bei Vorliegen einer Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne - danach, ob das Unfallereignis selbst - und nicht nur eine andere, unfallunabhängige Ursache - wesentliche Bedingung für den Eintritt des Gesundheitsschadens war (BSG, Urteil vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 13 ff.). Soweit das Gesetz in [§ 8 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#) eine äußere Ursache für den Gesundheitsschaden fordert, lösen im Umkehrschluss solche Gesundheitsschäden keinen Anspruch aus, welche auf so genannten inneren Ursachen beruhen. Dies sind körpereigene Ursachen infolge krankhafter Erscheinungen oder der Konstitution des Betroffenen (Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010 (Schönberger et al.), Kap. 1.6.2, S. 28).

Hiervon ausgehend ist der Senat nicht im nach [§ 128 Abs. 1 S. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) erforderlichen Maße überzeugt, dass beim Kläger tatsächlich noch mit hinreichender Wahrscheinlichkeit im Wesentlichen auf den Unfall vom 25. Januar 2007 zurückführbare gesundheitliche Folgen bestehen. Vielmehr fehlt es bereits an einem im Vollbeweis gesicherten Gesundheitserstschaden, welcher über die direkt nach dem Unfall festgestellte Schulterstauchung hinausgeht und an welchen sich die vom Kläger behaupteten Unfallfolgen anknüpfen lassen. Hier kann von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe zunächst abgesehen werden, weil die Berufung aus den zutreffenden Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurückzuweisen ist, vgl. [§ 153 Abs. 2 SGG](#).

In der Tat erscheint es auch dem Senat von vornherein fraglich, ob sich überhaupt eine Rotatorenmanschettenruptur feststellen bzw. auf den Unfall zurückführen lässt. Jedenfalls äußert sich zuletzt auch Dr. G in seinem radiologischen Zusatzgutachten vom 01. Juli 2013 unter Auswertung des unfallnächsten MRT-Befunds vom 07. März 2007 hierzu skeptisch, in welchem er eine Zusammenhangstrennung - nicht einmal in Form eines Teilrisses - erkennt. Dr. G hat nach Auswertung der aktenkundigen MRT-Aufnahmen vielmehr überzeugend ausgeführt, dass die MRT-Bilder vom 07. März 2007 lediglich eine geringgradige Signalerhöhung der ansatznahen Supraspinatussehne, jedoch kein Flüssigkeitssignal zeigen, so dass der Befund als Tendinopathie im Sinne einer degenerativen Sehnenveränderung gewertet wird. Demgegenüber lässt eine Ruptur im Bereich der Rupturstelle ein erhöhtes Wassersignal als Ausdruck des Hämatoms oder des flüssigkeitsgefüllten Defektes erwarten, welches Dr. G nicht gefunden hat. So erscheint bereits kein entsprechender Gesundheitserstschaden im Vollbeweis gesichert, welcher in einer Rotatorenmanschettenruptur besteht bzw. eine solche als Unfallfolge wahrscheinlich sein lässt. Es fehlt schlichtweg an einem unfallnahen Befund, welcher den Rückschluss auf eine gerade durch das Unfallereignis herbeigeführte Ruptur als Gesundheitserstschaden zulässt. Auch der am 28. Februar 2007 erhobene klinische Erstbefund

selbst ist zu unspezifisch, als dass auf eine Rotatorenmanschettenruptur geschlossen werden könnte. Im H-Arzt-Bericht ist lediglich eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung der linken Schulter festgehalten. Dies lässt sich mit der klinischen Typik einer Rotatorenmanschettenruptur nicht vereinbaren, welche in einem Drop-Arm-Sign besteht, bei welchem der passiv abduzierte Arm nicht aktiv gehalten werden kann (vgl. etwa Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 260. Aufl. 2004, Stichwort "Rotatorenmanschettenruptur"; Rompe/ Erlenkämper, Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 5. Aufl. 2009, Kap. 2.4, S. 454). Eine genaue Schmerzbeschreibung fand unfallnah ebenfalls nicht statt, so dass sich auch der für eine akute Ruptur typische Schmerzverlauf, nämlich ein starker initialer, dann abklingender Schmerz (vgl. Schönberger et al., Kap. 8.2.5.6, S. 418; Hagmann et al., Anerkennung einer traumatischen Rotatorenmanschettenruptur bei einem 59-jährigen Mann, MED SACH 106, 5/10, S. 209, 210; Ludolph/ Lehmann/ Schürmann, Kursbuch der ärztlichen Begutachtung, 13. Erg.-Lfg. 3/2009, Kap. VI-1.2.3 S. 18 (Decrescendo)) nicht verobjektivieren lässt. Bei alledem wäre selbst dann, wenn sich hier unfallnah, wenn überhaupt, dann nur eine Teilruptur annehmen ließe, eine solche als inkomplette Ruptur gerade nur als Ausdruck eines degenerativen Prozesses zu sehen (vgl. Schönberger et al., Kap. 5.2.5.6, S. 418). Hierauf hat Dr. H in seinem für das SG erstellten schriftlichen Sachverständigengutachten zutreffend hingewiesen. Auch hatte bereits Dr. S in seinem unter dem 08. Juli 2008 für die Beklagte erstellten Gutachten plausibel darauf hingewiesen, dass eine vollständige Zusammenhangstrennung ohnehin nicht stattfand und die als teilweise Zusammenhangstrennung bezeichnete Strukturveränderung der ansatznahen Sehne des Obergrätenmuskels eine typische Verschleißveränderung und keine Unfallfolge darstellt. Dres. F/ Bhatten dies in ihrem unter dem 23. März 2009 für die Beklagte erstellten Gutachten eben so gesehen.

Davon abgesehen ist das SG bei seiner Entscheidungsfindung, insbesondere bei der Beurteilung der Zusammenhangsfrage, zutreffend den Kausalitätserwägungen von Dr. H (schriftliches Sachverständigengutachten vom 03. Juli 2011 nebst ergänzender Stellungnahme vom 10. Februar 2012 und mündlichen Ausführungen in der mündlichen Verhandlung vom 20. August 2012) gefolgt, welche mit denjenigen von Dr. S und Dres. F/ n deren für die Beklagte erstellten Gutachten vom 08. Juli 2008 bzw. 23. März 2008 übereinstimmen, mithin sachgerecht die Kausalitätskriterien des aktuellen arbeitsmedizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstands zugrunde legen. Auch die auf Antrag des Klägers durchgeführte Begutachtung durch Dres. B/ G, welche zu im Wesentlichen gleichen Schlussfolgerungen wie bei den Vorgutachtern geführt hat, konnte den Beweis für auf dem Unfall vom 25. Januar 2007 beruhende, fortbestehende Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht erbringen.

Die Rotatorenmanschette unterliegt in der Tat in hohem Maße der Degeneration, wobei zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr – der Kläger war im Zeitpunkt des angeschuldigten Ereignisses bereits 61 Jahre alt – die meisten degenerativen Rotatorenmanschettschäden mit Krankheitsmerkmalen auftreten (vgl. Schönberger et al., Kap. 8.2.5.1, S. 410; Habermeyer, Schulterchirurgie, 4. Aufl. 2010, Kap. 3.2, S. 52). Dies kann dazu führen, dass auch für die Zerreißung einer gesunden Rotatorenmanschette eigentlich ungeeignete Hergänge (Sturz, Prellung Schlag, Stauchung, Heben, Halten, Werfen, plötzliche Muskellanspannung) zu einem Riss der Rotatorenmanschette führen können (vgl. Schönberger et al., a.a.O., Kap. 8.2.5.2, S. 413). Versichert ist demgegenüber nur ein Supraspinatussehnenriss, welcher auf einem geeigneten Verletzungsmechanismus beruht, welcher in einer Zugbeanspruchung mit unnatürlicher Längendehnung der Sehne des Supraspinatus besteht, wie z.B. bei einer Schulterverrenkung oder einem Treppensturz mit der Hand am Geländer (Schönberger et al., a.a.O., Kap. 8.2.5.2, S. 412). Eben so wie die o.g. Gutachter bzw. Sachverständigen hat auch der auf Antrag des Klägers im Berufungsverfahren gehörte Dr. B in seinem für den Senat erstellten schriftlichen Sachverständigengutachten keinen geeigneten Unfallmechanismus erkannt, so dass selbst für den Fall, dass hier tatsächlich von einer Teilruptur der Supraspinatussehne auszugehen wäre, eine solche sich nicht nach den in der gesetzlichen Unfallversicherung geltenden Kausalitätsmaßstäben auf das angeschuldigte Ereignis zurückführen ließe. Soweit der Kläger selbst ausdrücklich darauf hinweist, sich nicht erinnern zu können, wie er den linken Arm im Zeitpunkt des Sturzes nun genau hielt bzw. inwieweit er abgespreizt war, liegt dies sicherlich in der Natur der Sache eines rasch vorstatten gehenden Sturzes. Indes lässt sich eben deshalb im vorliegenden Fall auch kein Geschehen vollbeweislich zugrunde legen, welches für eine strukturelle Schädigung der Schulter verantwortlich gemacht werden kann. Vor diesem Hintergrund die Ausführungen der Sachverständigen zum Unfallmechanismus als Spekulation abzutun, verhilft dem klägerischen Begehren von vornherein nicht zum Erfolg und lässt unberücksichtigt, dass die Sachverständigen aus dem feststehenden Sachverhalt (Kläger rutscht mit Laptop in beiden Händen vor dem Körper tragend aus und stürzt hin, ohne den Laptop loszulassen) plausibel darauf schließen, dass der linke Arm nicht weit abgespreizt gewesen sein kann. Diese Sicht wird letztlich dadurch bestätigt, dass sich hier für eine unfallbedingte Rotatorenmanschettenläsion sprechende verletzungstypische Begleitverletzungen wie z.B. einer frischen Bankert-Läsion, eines frischen Hill-Sachs-Defekts (Bone bruise im Bereich des Defekts) oder Einblutungen im hierfür maßgeblichen unfallnächsten MRT vom 07. März 2007 gerade nicht nachweisen ließen (vgl. Schönberger et al., a.a.O., Kap. 8.2.5.2, S. 412, und 8.2.5.4, S. 415; vgl. auch Ludolph/ Lehmann/ Schürmann, Kursbuch der ärztlichen Begutachtung, 13. Erg.-Lfg. 3/2009, Kap. VI-1.2.3, S. 16). Eben solche, ggf. knöcherne Begleitverletzungen hat zuletzt etwa Dr. G in seinem auf Antrag des Klägers im Berufungsverfahren erstatteten radiologischen Zusatzgutachten vom 01. Juli 2013 anhand der MRT-Bilder vom 07. März 2007 ausgeschlossen. Schließlich spricht das posttraumatische Verhalten des Klägers gegen einen unfallbedingten strukturellen Schulterschaden, indem er nicht, wie es bei einem substantiellen Schulterschaden wegen eines sofortigen Schmerzmaximums typischerweise zu erwarten gewesen wäre, die Arbeit einstellte (vgl. Schönberger et al., a.a.O., Kap. 8.2.5.3, S. 415).

Auch die beim Kläger bestehende AC-Gelenkarthrose (Arthrose im Akromioklavikulargelenk = Schulterreckgelenk) und das Impingement bzw. Impingement-Syndrom (engl. "Zusammenstoß" = Funktionsbeeinträchtigung der Gelenkbeweglichkeit durch Degeneration oder Einklemmung von Kapsel- oder Sehnenmaterial; vgl. etwa www.wikipedia.de) lassen sich nicht als Unfallfolge wahrscheinlich machen. Da es bereits an der vollbeweislichen Sicherung eines für die Entstehung einer AC-Gelenkarthrose oder eines Impingements verantwortlichen traumatischen Schadens als Auslöser degenerativer Veränderungen (vgl. Schönberger et al., Kap. 8.2.5.1, S. 410 f.) fehlt, können weder die AC-Gelenkarthrose noch das Impingement auf den Unfall zurückgeführt werden, zumal die vom Kläger selbst am 29. Januar 2007 gefertigten Röntgenaufnahmen dahin zu interpretieren sein können, dass die Acromionunterfläche eine Sklerosierung als Zeichen einer chronischen Überlastung des Subacromialraums zeigt (so Dr. H in seinem für das SG erstellen schriftlichen Sachverständigengutachten).

Ferner ist auch kein auf den Unfall zurückzuführender Knorpelschaden im linken Schultergelenk zu sichern. Zwar wurde im MRT-Befund vom 07. März 2007 noch der Verdacht auf eine Knorpelkontusion mit einem möglicherweise abgelösten kleinen Knorpelflap geäußert. Dr. W legte sich dann in seinem Zwischenbericht vom 08. März 2007 augenscheinlich auf diese Einschätzung fest. Jedoch äußerte bereits Dr. Sin seinem für die Beklagte erstellten Gutachten – auch im Hinblick auf die Bildqualität – Zweifel, weil keinerlei Begleitreaktion des angrenzenden Knochens (Knochenmarködem, Bone bruise) feststellbar war, welche vier bis sechs Wochen nach einem erheblichen Trauma zwar nicht zwingend, jedoch zumeist noch nachweisbar ist. Dieser Sichtweise hat sich im Übrigen auch Dr. G in seinem auf Antrag des Klägers erstellten radiologischen Zusatzgutachten im Berufungsverfahren angeschlossen.

Des Weiteren lässt sich auch eine auf den Unfall beruhende Verletzung des Labrum glenoidale nicht sichern. Dr. G stellt in seinem o.g. radiologischen Zusatzgutachten – wie Dr. H in seinem für das SG erstellten schriftlichen Sachverständigengutachten - hier nur unauffällige Verhältnisse, insbesondere keinen Einriss anhand der noch am unfallnächsten MRT-Bilder vom 07. März 2007 fest. Selbst eine Verletzung des Labrum glenoidale unterstellt, ließe sich ein Zusammenhang zum Unfallgeschehen mangels eines geeigneten Unfallmechanismus' nicht herstellen, worauf Dr. H in seiner für das SG erstellten ergänzenden Stellungnahme vom 10. Februar 2012 nachvollziehbar verweist.

Schließlich lässt sich der erforderliche Zusammenhang auch nicht herstellen, soweit Dr. B in seinem auf Antrag des Klägers für den Senat erstellten schriftlichen Sachverständigengutachten keine Impingementsymptomatik, sondern eine Schultersteife sieht. Auch eine solche ließe sich nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit im Wesentlichen auf den Unfall zurückführen. Dr. B verweist insofern plausibel auf den fehlenden Nachweis einer Schulterbinnen- bzw. Weichteilverletzung und demgegenüber darauf, dass Schultersteifen durchaus auch idiopathischer Natur sein können.

So lässt sich die Wesentlichkeit des Unfallereignisses für die beim Kläger fortbestehenden Schulterbeschwerden insgesamt nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit plausibel machen.

Gleichsam scheidet eine Verletztenrente nach [§ 56 SGB VII](#) wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 25. Januar 2007 von vornherein aus. Nach [§ 56 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) haben nur Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Da - wie gezeigt - auf den Unfall vom 25. Januar 2007 zurückführbare, anhaltende Schulterbeschwerden nicht wahrscheinlich zu machen sind, scheidet eine Rente wegen der Folgen des vorgenannten Unfalls aus.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang des Verfahrens in der Sache selbst.

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil kein Revisionszulassungsgrund gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) vorliegt.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2014-04-16