

L 9 U 1572/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 6 U 455/04
Datum
20.02.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 U 1572/06
Datum
20.05.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 20. Februar 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung von Unfallfolgen sowie die Gewährung von Verletztenrente wegen eines Arbeitsunfalls vom 28. April 1997.

Neben dem streitgegenständlichen Unfall hat der 1943 geborene Kläger am 29. März 2004 beim Sturz von einer Leiter einen weiteren Arbeitsunfall erlitten, wegen dessen Folgen (anerkannt: "Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenkes, Umfangsvermehrung des linken Kniegelenkes, antero-mediale Instabilität I Grades des linken Kniegelenkes, Narbenbildung mit leichter Überwärmung sowie Sensibilitätsstörung im Bereich der Narbe medial am linken Kniegelenk, Muskelminderung am linken Unterschenkel, posttraumatische Arthrose am linken Kniegelenk") er bis 24. Januar 2005 Verletzengeld bezog und seit dem 25. Januar 2005 Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 20 v.H. (Bescheide vom 19. Juli 2005 und 17. Mai 2006) erhält. Er betrieb früher Tennis- und Skisport.

Am 28. April 1997 um 9.20 Uhr erlitt der damals wie auch in den Jahren danach als Elektromeister tätige Kläger einen Arbeitsunfall, als er beim Treppabwärtsgehen ausrutschte, nach Halt suchte und sich dabei eine Zerrung des rechten Oberarmes zuzog. Er setzte seine Arbeit bis zum Ende der Arbeitszeit (16.30 Uhr) fort und suchte am 29. April 1997 den Chirurgen W. auf. Dieser fand keine äußeren Verletzungszeichen, jedoch eine leichte Schwellung des rechten Schultergelenkes mit Druckschmerz über der Rotatorenmanschette (RM) und der Bizepssehne sowie ein Impingement. Die Abduktion war unter Schmerzen möglich. Die Röntgenuntersuchung ergab keine Fraktur, aber einen leichten Kopfhochstand und eine beginnende Arthrose im AC-Gelenk (Bericht Chirurg W. vom 29. April 1997). Ab 10. Mai 1997 war der Kläger bei einer geschätzten unfallbedingten MdE um 0 v.H. wieder arbeitsfähig (Mitteilung des Chirurgen W. vom 03. Juni 1997).

Nach Eingang von Berichten der Orthopäden Dr. R. und Dr. L. vom 16. Juni und 25. November 1997 (Diagnose: "Chronische Periarthropathie Schultergelenk rechts nach älterer Schulterzerrung rechts") sowie der Berufgenossenschaftlichen Unfallklinik Tübingen vom 11. Dezember 1997 und 20. Februar 1998 (Röntgenbefund: beidseitige, rechtsbetonte AC-Gelenksarthrose mit einem Sporn, der vom distalen Claviculaende sowie auch vom Acromion Richtung Humeruskopf reiche, Schultergelenk an sich unauffällig; Diagnose zuletzt: "Stattgehabte Distorsion rechtes Schultergelenk mit Partial-Ruptur der Subscapularis-Sehne, ausgeprägte Ostochondrose HWK IV/V und HWK V/VI"; Kläger jeweils arbeitsfähig), Beiziehung des Vorerkrankungsverzeichnisses und Eingang eines Berichtes über eine MRT des rechten Schultergelenkes des Radiologen Dr. S. vom 05. Januar 1998 (Beurteilung: "aktive Acromioclavikulararthrose mit Impingement und chronischer Tendinitis der Supraspinatussehne, Partialruptur der Subscapularissehne mit leichtgradiger Bursitis") veranlasste die Beklagte ein unfallchirurgisches Zusammenhangsgutachten. Oberarzt PD Dr. G. Chirurgische Universitäts- und Poliklinik des Universitätsklinikums Ulm, gelangte am 25. Mai 1998 im Wesentlichen zum Ergebnis, bei dem Unfall sei es zu einer Distorsion des rechten Schultergelenkes gekommen. Unter Berücksichtigung der Befunde habe schon vor dem Unfall ein nicht unwesentlicher Vorschaden vorgelegen, insbesondere eine bei der Erstuntersuchung bereits bestehende beginnende Arthrose im AC-Gelenk rechts. Der Unfall sei eine unbedeutende Teilursache für die bestehenden Beschwerden. Er habe zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines anlagebedingten aber noch nicht als Krankheit manifest gewordenen Leidens geführt, nämlich der vorbestehenden AC-Gelenksarthrose und der später kernspintomographisch nachgewiesenen chronischen Tendinitis der Supraspinatussehne. Die Partialruptur der Subscapularissehne sei nicht sicher dem Unfallereignis zuzuordnen. Derzeit bestünden keine Verletzungsfolgen und die vorgetragenen Beschwerden seien unfallunabhängig. Seit

Ende der bis 9. Mai 1997 bestehenden unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit betrage die MdE 10 v.H.

Den behandelnden Ärzten und der Krankenkassen teilte die Beklagte dann mit Schreiben vom 05. Mai 1998 mit, die noch bestehenden Beschwerden seien nicht unfallbedingt. Dies gab sie dem Kläger mit Schreiben vom 05. Juni 1998 zur Kenntnis und bot, falls gewünscht, die Erteilung eines rechtsmittelfähigen Bescheides an.

Am 15. September 2003 suchte der Kläger erneut Dr. R. auf und machte geltend, seit Jahren zunehmende Schulterbeschwerden rechts seien auf das Unfallereignis zurückzuführen. Dr. R. diagnostizierte eine chronische Periarthritis humero-scapularis (PHS) nach Teiltraktur der Subscapularissehne rechts und frischerer Ruptur der langen Bizepssehne rechts bei bestehender Arbeitsfähigkeit.

Mit Bescheid vom 19. November 2003 und Widerspruchsbescheid vom 27. Februar 2004 anerkannte die Beklagte als Unfallfolgen "Distorsion des rechten Schultergelenkes mit vorübergehender Verschlimmerung anlagebedingter Veränderungen (Schadensanlage)". Die Unfallfolgen seien folgenlos ausgeheilt. Nicht Folge des Unfalles vom 28. April 1997 seien eine AC-Gelenksarthrose des rechten Schultergelenkes und eine chronische Entzündung der Supraspinatussehne rechts. Ein Anspruch auf Rente bestehe nicht.

Deswegen hat der Kläger am 04. März 2004 Klage beim Sozialgericht Konstanz (SG) erhoben und geltend gemacht, Dr. G. habe im Gutachten vom 25. Mai 1998 die unfallbedingte MdE mit 10 v.H. bewertet. Inzwischen sei es zu einer Ruptur der langen Bizepssehne gekommen, die durch eine beginnende Gelenksarthrose nicht erklärbar sei. Es bestehe zumindest ein Anspruch auf eine gestützte Rente nach einer MdE um 10 v.H. Hierzu hat er einen Bericht über eine Kernspintomographie vom 09. September 2003 des Radiologen Dr. H. vorgelegt (Beurteilung: Alte subtotale Ruptur der Subscapularissehne mit Muskelatrophie wie auch intraartikuläre Ruptur der langen Bizepssehne, chronische Supraspinatustendinitis mit leichter Partialruptur, kleinem synovialen Reizerguss und subdeltoidaler Bursairritation; mit ursächlich dürfte ein Impingement durch die [aktive] Acromio-Clavikulararthrose sein).

Die Beklagte hat eine Stellungnahme des Unfallchirurgen Dr. H. vom 11. November 2004 vorgelegt. Er führt aus, bereits zum Unfallzeitpunkt habe eine Schadensanlage mit leichtem Oberarmhochstand und beginnender Arthrose im Gelenk zwischen Schulterhöhe und Schlüsselbein, das durch die Verletzung nicht betroffen gewesen sei, vorgelegen. Das klinische Zustandsbild am Tag nach dem Unfall sei auf keinen Fall typisch für eine gravierende Schädigung der RM oder der an ihr beteiligten Sehnen. Auch die relativ kurze Arbeitsunfähigkeit belege, dass eine gravierende Schädigung seinerzeit nicht eingetreten sei. Komplexe Verletzungen der RM ließen nachhaltig eine Tätigkeit im Handwerksbereich nicht zu. Weder die Arthrose im Gelenk zwischen Schulterhöhe und Schlüsselbein noch der Reizzustand der Supraspinatussehne seien Unfallfolgen.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat das Gericht ein Sachverständigengutachten des Orthopäden Dr. P. vom 27. Dezember 2005 eingeholt. Er ist im Wesentlichen zum Ergebnis gelangt, bereits zum Unfallzeitpunkt seien relevante degenerative Vorschäden im Bereich des rechten Schultergelenkes nachweisbar gewesen. Die vorliegenden Röntgenaufnahmen und -befunde belegten eindeutig eine relevante Arthrose des Schultergelenkes (AC-Gelenksarthrose) mit deutlicher reaktiver knöcherner Spornbildung zwischen Schulterhöhe und Oberarmkopf rechts. In der Zusammenschau der biomechanischen Einwirkungen auf das rechte Schultergelenk habe es sich nicht um eine typische Krafteinwirkung gehandelt, die zum Zerreißen bzw. zur Schädigung eines gesunden Sehnengewebes führen könne. Angesichts der in den bildgebenden Verfahren nachgewiesenen degenerativen Schadensanlagen und der vermutlichen Beschwerdefreiheit vor dem Unfall sei anzunehmen, dass das Ereignis mit Distorsion der rechten Schulter zu einer vorübergehenden, nicht richtunggebenden Verschlimmerung einer bis dato klinisch nicht symptomatischen Schadensanlage geführt habe. Bezüglich der langen Bizepssehne habe mit großer Wahrscheinlichkeit eine degenerative Vorschädigung durch berufsbedingte Beanspruchung, z.B. Bohrmaschinenarbeiten über Kopf, sowie durch sportliche Aktivitäten (Tennisport) vorgelegen. Mit großer Wahrscheinlichkeit sei es auch durch die Einengung des Subacromialraumes zwischen Schulterhöhe und dem Oberarmkopf zu einer Mitschädigung nicht nur der RM sondern auch der langen Bizepssehne gekommen. Eine Distorsion der Schulter heile normalerweise innerhalb weniger Wochen oder Monate folgenlos aus. Die unfallbedingte MdE schätze er bis 31. Dezember 1997 auf 10 v.H. und danach auf unter 10 v.H.

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 20. Februar 2006 - ausgehend von einem (nicht gestellten) Antrag auf Anerkennung "sämtlicher Schulterbeschwerden" als Unfallfolgen sowie einem Antrag auf Entschädigung "in gesetzlichem Umfang" - abgewiesen. Bei dem Unfall sei es lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung vorbestehender Leiden gekommen, die nach dem 31. Dezember 1997 keine MdE um 10 v.H. mehr bedinge. Die Einschätzung der MdE durch Dr. Peters sei, was die langfristige MdE angehe, überzeugender, als die eher prognostische Einschätzung im Vorgutachten des PD Dr. G. ...

Gegen den am 02. März 2006 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 29. März 2006 Berufung eingelegt. Er begehrt jetzt die Anerkennung von Unfallfolgen sowie die Gewährung von Verletztenrente. Dr. Peters habe nicht alle Röntgenbilder verwertet. Seines Erachtens seien auf den fraglichen Röntgenbildern vom Tag nach dem Unfall, dem 29. April 1997, und danach keine Ablagerungen zu erkennen. Der Argumentation, die chronische Sehnenentzündung der Supraspinatussehne sei der anlagebedingten Gelenksarthrose zuzuordnen, sei zu widersprechen. Entgegen der Annahme des SG liege zumindest eine richtunggebende Verschlimmerung durch den Unfall vor, die wesentliche Teilsache für die chronische Sehnenentzündung der Supraspinatussehne rechts sei. Die immer noch bestehenden Beeinträchtigungen bezüglich der rechten Schulter seien dem Arbeitsunfall zuzurechnen. Hierzu hat der Kläger am 05. März 2007 eine Schilderung des Unfallhergangs abgegeben, wie er sich aus seiner Sicht zugetragen habe und der nach der Literatur zur Unfallversicherung geeignet sei, die Verletzung herbeizuführen. Wenn eine Vorschädigung vorgelegen habe, könne diese in seinem Fall nicht als wesentliche Teilsache für die festgestellte Teiltraktur der Subscapularissehne erhalten, ebenso nicht für die Tendinitis der Supraspinatussehne. Diese sei Folge des Unfalls. Unverständlich sei auch, weswegen die Einschätzung der MdE mit 10 v.H. durch PD Dr. G. nun einfach revidiert werde.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 20. Februar 2006 aufzuheben und unter Aufhebung des Bescheides vom 19. November 2003 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 27. Februar 2004 eine Distorsion des rechten Schultergelenkes mit Teiltraktur der Subscapularissehne rechts als Unfallfolgen festzustellen und die Beklagte zu verurteilen, ihm ab 29. März 2004 Verletztenrente nach einer MdE um 10 v.H. zu gewähren, hilfsweise ein weiteres Gutachten zur Zusammenhangsfrage und insbesondere zu der Frage einzuholen, ob die Röntgenaufnahmen vom 29. April 1997 einen Vorschaden belegen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der vom Kläger geschilderte Geschehensablauf sei bereits Gegenstand der Anamnese bei der Untersuchung durch Dr. P. gewesen. Dieser habe die daraus folgende biomechanische Krafteinwirkung auf das rechte Schultergelenk als nicht geeignet angesehen, gesundes Sehngewebe zu zerreißen oder zu schädigen. Die Röntgenaufnahmen vom 29. April 1997 hätten Dr. Peters vorgelegen und eine sichtbare AC-Gelenksarthrose ausgewiesen.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144, 151 SGG](#) zulässige Berufung ist unbegründet.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Feststellung einer "Distorsion des rechten Schultergelenks mit Teiltraktur der Subscapularissehne rechts" als Unfallfolgen und auf die Gewährung von Verletztenrente.

Für das Begehren auf Feststellung von Unfallfolgen ist richtige Klageart die Anfechtungs- und Feststellungsklage gemäß [§ 54 Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#), soweit der Kläger die Gewährung von Verletztenrente begehrt, ist richtige Klageart die Anfechtungs- und Verpflichtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#).

Der Kläger hat weder einen Anspruch auf Feststellung weiterer Unfallfolgen, noch auf Gewährung von Verletztenrente.

Versicherungsfälle im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung sind nach [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Arbeitsunfälle sind nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit).

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, haben nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vmhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Die Folgen eines Versicherungsfalls sind nach [§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII](#) nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern.

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)). Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab (vgl. BSG, Urteil vom 22. Juni 2004, [B 2 U 14/03 R](#) in [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)): Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel.

Voraussetzung für die Anerkennung bzw. Feststellung einer Gesundheitsstörung als Folge eines Arbeitsunfalles und auch ihrer Berücksichtigung bei der Bemessung der MdE bzw. der Verletztenrente ist u.a. ein wesentlicher ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und einem Gesundheitserstschaden (haftungsbegründende Kausalität) und dem Gesundheitserstschaden und der fortdauernden Gesundheitsstörung (sog. haftungsausfüllende Kausalität). Dabei müssen die anspruchsbegründenden Tatsachen, zu denen neben der versicherten Tätigkeit und dem Unfallereignis der Gesundheitserstschaden und die eingetretenen fortdauernden Gesundheitsstörungen gehören, mit einem der Gewissheit nahekommenden Grad der Wahrscheinlichkeit erwiesen sein. Für die Bejahung eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Einwirkung und dem Gesundheitserstschaden sowie dem Gesundheitserstschaden und fortdauernden Gesundheitsstörungen gilt im Bereich in der gesetzlichen Unfallversicherung die Kausalitätstheorie der "wesentlichen Bedingung". Diese hat zur Ausgangsbasis die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie. In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob das Ereignis nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (conditio sine qua non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden, bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen. Nach der Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens abgeleitet werden. Bei mehreren konkurrierenden Ursachen muss die rechtlich wesentliche Bedingung nicht "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig" sein. Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die anderen Ursachen keine überragende Bedeutung haben. Kommt einer der Ursachen gegenüber den anderen eine überragende Bedeutung zu, ist sie allein wesentliche Ursache und damit allein Ursache im Rechtssinn (vgl. hierzu das

grundlegende Urteil des BSG vom 9.5.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr 17](#) = [BSGE 96, 196-209](#))

Die hier vorzunehmende Kausalitätsbeurteilung hat im Übrigen auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Dies schließt die Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet war, eine bestimmte körperliche Störung hervorzurufen (BSG, Urteil vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - aaO).

Hinsichtlich der begehrten Feststellung einer "Distorsion des rechten Schultergelenks mit Teiltraktur der Subscapularissehne rechts" als Unfallfolge hat das Begehren des der Klägers keinen Erfolg. Unter Berücksichtigung des schlüssigen im Wege des Urkundenbeweises verwertbaren Gutachtens des PD Dr. G. wie auch des auf Antrag des Klägers vom SG eingeholten Sachverständigengutachtens des Dr. P. sind über die anerkannten Unfallfolgen hinaus keine weiteren festzustellen.

Dass der Kläger infolge des Unfalls eine Distorsion des rechten Schultergelenks erlitten hat, ist durch den angefochtenen Bescheid vom 19. November 2003 bereits anerkannt. Darüber hinaus ist nicht feststellbar, dass der Kläger eine mit Wahrscheinlichkeit durch das Unfallereignis verursachte und rechtlich wesentlich auf dieses Ereignis zurückzuführende Teiltraktur der Subscapularissehne rechts erlitten hat. Ein Primärschaden an der Subscapularissehne ist zeitnah zum Unfallereignis nicht belegt. Die Diagnose einer Teiltraktur der Subscapularissehne rechts findet sich - nachdem durch die erfolgte Behandlung eine Besserung eingetreten war, der Kläger dann aber am 25. November 1997 Dr. L. aufsuchte, weil "in letzter Zeit" eine Verschlimmerung eingetreten sei - erstmals nach der MRT-Untersuchung des Dr. Schwaborn vom 5. Januar 1998. Davor war man in der BG-Klinik Tübingen bei der Untersuchung vom 9. Dezember 1998 zunächst von einer kompletten Ruptur des musculus subscapularis rechts ausgegangen, nach der MRT-Untersuchung im Bericht vom 20. Februar 1998 dann aber auch von einer Partialruptur der Subscapularissehne. Wann genau sie eingetreten ist, ist dadurch nicht belegt. Insbesondere ist damit nicht nachgewiesen, dass sie in näherem zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall eingetreten und durch diesen wahrscheinlich und rechtlich wesentlich verursacht ist.

Bei dem Unfall ist es zur Überzeugung des Senats, die sich auf das Gutachten des PD Dr. G., das insofern im Wesentlichen auch von dem Sachverständigen Dr. Peters bestätigt wurde, stützt, lediglich zu einer vorübergehenden und nicht richtungsweisenden Verschlimmerung eines vorbestehenden Schadens, gekommen.

Die inzwischen im Jahr 2003 auch festgestellte ("frische") Ruptur der Bizepssehne bestand im Zeitpunkt des Unfalles nicht. Ein entsprechender Erstschaden war insofern ebenfalls nicht eingetreten. Erst im Januar 1998 wurde eine Partialruptur der Subscapularissehne durch ein MRT gesichert.

Es bestanden bereits im Zeitpunkt des Unfalles eine beginnende AC-Gelenksarthrose, die schon der Chirurg W. am 29. April 1997, also am Tag nach dem Unfall, röntgenologisch festgestellt hat, und ein geringer (Schulter-)Kopfhochstand. Bestätigt wird dies auch durch die weiteren Aufnahmen und Befunde des Orthopäden Dr. Leich und der BG-Unfallklinik Tübingen. Soweit der Kläger das Vorliegen einer relevanten Arthrose vor bzw. zur Zeit des Unfalls bestreitet, sieht der Senat keine Veranlassung, die von den Gutachtern und bereits von dem Chirurgen W., auch auf Grund der Röntgenbefunde, gestellten Diagnosen in Zweifel zu ziehen. Das Vorliegen einer AC-Gelenksarthrose und eines Oberarmkopfhochstandes sprechen auch nach der Literatur (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl., S. 509) gegen die Wahrscheinlichkeit einer traumatischen Verletzung im Bereich der RM, sowohl der Subscapularissehne, wie auch der langen Bizepssehne. Schon PD Dr. G. hat die Teiltraktur der Subscapularissehne nicht sicher dem Unfallereignis zuordnen können. Angesichts der im Unfallzeitpunkt bereits bestehenden arthrotischen Veränderungen, der weiteren Befunde und der Tatsache, dass eine Teiltraktur der Subscapularissehne - nachdem immerhin auf Grund der Behandlung zunächst eine Besserung und später wieder eine Verschlechterung, deretwegen der Kläger im November 1997 wieder Dr. L. aufsuchte - erst im Januar 1998 gesichert festgestellt wurde, vermag der Senat nicht festzustellen, dass die Teiltraktur der Subscapularissehne mit Wahrscheinlichkeit und rechtlich wesentlich auf das Unfallereignis zurückzuführen ist. Im übrigen hat zuletzt Dr. Peters schlüssig dargelegt, dass auch die später festgestellte Schädigung der RM und der zuletzt festgestellte Riss der langen Bizepssehne mit großer Wahrscheinlichkeit auf die Einengung des Subacromialraumes zwischen der Schulterhöhe und dem Oberarmkopf (durch eine subacromiale Spornbildung) zurückzuführen ist. Diese Einengung des Subacromialraumes und die subacromiale Spornbildung steht in keinem Zusammenhang mit den Unfallereignis und ist zur Überzeugung des Senats, der sich insofern Dr. Peters anschließt, nicht auf den Unfall zurückzuführen. Durch sie erklärt sich auch die Entzündung der Supraspinatussehne, die damit nicht Folge des Unfalles ist. Dr. P. hat den bereits bei seiner Anamnese dargelegten Sachverhalt zu Grunde gelegt und ist zu dem schlüssigen Ergebnis gelangt, dass weitere, wesentliche Unfallfolgen nicht vorliegen, und hat sich insofern auch dem Gutachten von PD Dr. G. angeschlossen. Der Senat sieht keine Veranlassung, dies in Zweifel zu ziehen oder gar hiervon abzuweichen. Dass es bei dem Unfall nicht zu einer gravierenden und dauerhaften Verletzung der RM gekommen ist, ist auch dadurch belegt, dass der Kläger weitergearbeitet und erst am nächsten Tag einen Arzt aufgesucht hat. Bei einer schwerwiegenden Verletzung der RM wäre dies zur Überzeugung des Senats nicht möglich gewesen. Außerdem bestand nur für eine kurze Zeit, nämlich bis 9. Mai 1997 Arbeitsunfähigkeit, was die Annahme einer schwer wiegenden Verletzung nicht stützt. Der Senat kann deshalb weitere als die anerkannten Unfallfolgen nicht feststellen. Die geltend gemachten Beschwerden sind auf anlagebedingte bzw. vor dem Unfall schon bestehende Veränderungen, die sich auch durch das Alter des Klägers im Unfallzeitpunkt von 54 Jahren (zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr treten die meisten RM-Schäden mit Krankheitsmerkmalen auf, vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl., S. 505), durch frühere sportliche Aktivitäten (Tennisport) und durch langjährige berufliche Belastungen als Elektromeister erklären lassen, und nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf den Unfallhergang bzw. die bei diesem erlittene Schädigung zurückzuführen.

Im Übrigen hat der Kläger auch keinen Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente, denn eine MdE um 10 v.H. oder mehr liegt jedenfalls seit 01. Januar 1998 nicht mehr vor, so dass auch insofern die Gewährung einer - auf Grund der MdE infolge des Unfalles vom 21. März 2004 - gestützten Rente nach einer MdE um 10 v.H. nicht in Betracht kommt. Zu Recht hat sich das SG der Beurteilung der MdE durch Dr. Peters angeschlossen. Nach Einschätzung von Dr. Peters, der auch die Entwicklung nach Erstellung des Gutachtens des PD Dr. G. berücksichtigt und einbezogen hat, besteht jedenfalls seit 01. Januar 1998 wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 28. April 1997 keine MdE von wenigstens 10 v.H. Im Übrigen ist auch das Gutachten von PD Dr. G. insofern nicht überzeugend, als es zum einen zum Ergebnis gelangt ist, es bestünden keine Verletzungsfolgen mehr und die vorgetragenen Beschwerden seien unfallunabhängig, andererseits die MdE ab Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit ohne Begrenzung mit 10 v.H. bewertet hat. Es bietet damit keine Grundlage zur Feststellung einer MdE

von wenigstens 10 v.H. über den 31. Dezember 1997 hinaus. Dies gilt zur Überzeugung des Senats selbst dann wenn von einer Partialruptur der Subscapularissehne als Unfallfolge auszugehen wäre.

Da der Sachverhalt zur Überzeugung des Senats vollständig geklärt ist, insbesondere auf Grund der Ausführungen des Chirurgen W., der die erste Röntgenuntersuchung durchgeführt hat, ein Vorschaden belegt ist, besteht kein Anlass für weitere Ermittlungen. Der Vorschaden wurde auch durch die späteren Untersuchungen und Röntgenergebnisse belegt. Eine, insbesondere plausible, ärztliche Äußerung dahingehend, dass die Interpretation der Röntgenaufnahmen durch den Chirurgen W. und auch später durch die Gutachter unrichtig ist, findet sich in den Akten nicht. Allein die subjektive Überzeugung des Klägers, die Röntgenaufnahmen seien anders zu interpretieren, gibt keinen Anlass zu weiteren Ermittlungen, weder zur Einholung eines Gutachtens zur nochmaligen Auswertung der Röntgenbilder, noch zur Einholung eines weiteren Gutachtens zur Zusammenhangsfrage. Der Senat hat deshalb den Antrag auf Durchführung weiterer Ermittlungen abgelehnt.

Da die Unfallfolgen zutreffend bezeichnet sind und die Voraussetzungen für die Gewährung einer Verletztenrente nicht vorliegen, ist die Entscheidung der Beklagten nicht zu beanstanden und hat das SG zu Recht die Klage abgewiesen. Der Senat weist deshalb die Berufung zurück. Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-07-03