

L 6 U 5388/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 12 U 2236/08
Datum
05.12.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 5388/12
Datum
25.09.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 5. Dezember 2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Feststellung von Unfallfolgen und die Gewährung einer Verletztenrente.

Der am 30.06.1964 geborene Kläger griechischer Staatsangehörigkeit siedelte 1969 ins Bundesgebiet über. Er machte zunächst eine Lehre als Kfz-Mechaniker, die er ohne Abschluss beendete. Nach Ableistung des Dienstes beim griechischen Militär arbeitete er mit Zeiten der Arbeitslosigkeit im Bundesgebiet bei verschiedenen Arbeitgebern in unterschiedlichen Tätigkeiten z.B. als Metallarbeiter und Lkw-Fahrer. Nach einer Arbeitslosigkeit von Januar bis November 2006 war er ab Dezember 2006 als Arbeitnehmer der Firma J. P. GmbH als Produktionshelfer bei der Firma W. in H. beschäftigt. Am 30.07.2007 (Mitteilung der AOK vom 07.09.2007) wurde der Kläger erneut arbeitslos und bezieht inzwischen Leistungen nach dem SGB II. Der Kläger ist verheiratet und hat drei Kinder. Seine Ehefrau ist Hausfrau. Seitens des Versorgungsamtes wurde ein Grad der Behinderung (GdB) in Höhe von 40 anerkannt.

Am 12.01.2007 stolperte der Kläger während der Arbeit über eine Palette und stürzte. Der Kläger wurde sofort mit dem Krankenwagen zum Durchgangsarzt gebracht, bei dem er angab, er sei während Arbeiten in der Produktionshalle über eine Palette gestolpert und auf die linke Schulter gestürzt. In der am 18.01.2007 eingegangenen Unfallanzeige des Arbeitgebers wurde zum Unfallhergang angegeben, der Kläger habe eine Maschine mit Material befüllt, eine Mitarbeiterin habe hinter ihm eine Palette aufgestellt, was er nicht bemerkt habe. Als die Maschine einen Produktionsstillstand gehabt habe, habe er auf die andere Seite der Maschine gewollt, um nach dem Fehler zu schauen, dabei sei er über die Palette gestolpert und auf die linke Schulter gefallen. In dem Fragebogen der Beklagten gab der Kläger am 26.03.2007 an, er habe die Maschine kontrolliert, auch die Dosen. Er habe sich umdrehen wollen, da sei die Palette gestanden und er sei direkt auf die Schulter gestürzt. Es habe eine Schwellung und eine Schürfwunde vorgelegen. Am Unfallort sei er von Kollegen und dem Krankenwagenpersonal versorgt worden. Er habe früher nicht Beschwerden an der verletzten Schulter und auch keinen Unfall an der verletzten Schulter gehabt, wohl an der anderen Schulter Schäden an der Rotatorenmanschette.

Bei der Untersuchung durch Dr. R. am Unfalltag zeigte sich ein Druckschmerz und eine Schwellung über dem AC-Gelenk links, bei deutlich schmerzhafter Bewegungseinschränkung und diskreter Prellmarke über dem Schulterdach. Die Haut war intakt und es lagen keine Sensibilitätsstörungen oder Paresen am linken Arm vor. Die Röntgendiagnostik ergab keinen Anhalt für eine frische, knöcherne Verletzung. Diagnostiziert wurde eine AC-Gelenkdorsion Tossy I links, Schulterprellung links (Durchgangsarztbericht vom 12.01.2007). Bei einer Kontrolluntersuchung am 17.01.2007 zeigten sich die Beschwerden leicht verbessert. Bei aktiv freier Beweglichkeit der linken Schulter lag ein schmerzhafter Bogen bei 90-140° vor, bei Musculus (M.) infraspinatus (ISP) ++ und M. supraspinatus (SSP) ++ und M. subscapularis negativ, lag ein leichter Druckschmerz über dem AC-Gelenk vor, das Crossover sign war negativ. Diagnostiziert wurde eine Schulterprellung links, ein Impingementsyndrom links und es wurde zur Therapie Infiltration und Krankengymnastik verordnet bei bestehender Arbeitsunfähigkeit (Nachschauerbericht vom 17.01.2007). Bei einer weiteren Nachuntersuchung am 27.02.2007 durch Dr. J. wurde ein therapieresistentes Impingementsyndrom diagnostiziert. Es habe nur eine kurzzeitige Besserung durch Injektionstherapie vorgelegen. Bei aktiv freier Beweglichkeit der linken Schulter lag ein schmerzhafter Bogen bei 90-130° vor, bei ISP ++ und SSP ++ und M. subscapularis negativ, lag kein Druckschmerz mehr über dem AC-Gelenk vor, das Crossover sign war negativ. Dr. J. überwies den Kläger zum MRT (Nachschauerbericht vom 27.02.2007) und teilte der Beklagten mit Schreiben vom 26.02.2007 mit, der Kläger sei am 22.02.2007 aus der ambulanten Behandlung entlassen worden, er sei ab 13.02.2007 arbeitsfähig, eine ärztliche Behandlung sei nicht mehr erforderlich. Die

Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) betrage nach vorläufiger Schätzung über die 26. Woche nach dem Unfall hinaus unter 10 v.H.

In seinem Bericht an die Beklagte vom 15.05.2007 diagnostizierte Dr. J. eine schwere Schulterprellung links mit subcapitaler Infraktion. Es liege noch eine schmerzhaft, aber freie Beweglichkeit der linken Schulter vor, mit Druckschmerz über dem AC-Gelenk und schmerzhaftem Bogen bei 90-140°. Bei SSP I+, ISP und M. subscapularis negativ, sei das Crossover sign negativ. Der röntgenologische Befund sei knöchern unauffällig, es liege kein Anhalt für eine Tossyverletzung vor. Das MRT der linken Schulter vom 15.03.2007 zeige Residuen einer geringen subcapitalen Infraktion und e. bone- contusion des tuberculum maius. Die Rotatorenmanschette sei bis auf geringe Inhomogenität der Signalgebung unauffällig, intakt, ebenso die Biceps- und Subscapularissehnen als auch der labrale Komplex. Es seien keine Komplikationen aufgetreten. Der Kläger werde mit Physiotherapie und subacromialer und intraartikulärer Kortisoninjektion behandelt, voraussichtlich bis 01.06.2007. Der Kläger sei derzeit arbeitslos. Nach vorläufiger Einschätzung könne er der früheren Tätigkeit wieder nachgehen. Beigelegt war der MRT-Befund vom 15.03.2007. In seinem weiteren Bericht vom 11.09.2007 nach Nachuntersuchung am 27.08.2007 diagnostizierte Dr. J. ein Impingement und eine AC-Gelenksarthrose der linken Schulter. Es liege eine aktiv freie Abduktion der linken Schulter bis 160° mit deutlich schmerzhaftem Bogen bei 90-130°, kein Druckschmerz über dem AC-Gelenk, ISP I+, SSP III+, M. subscapularis I.+, negatives Crossover sign und Palm up ++ sowie Druckschmerz beim Sulcus bicipitis vor. Das MRT der linken Schulter vom 26.07.2007 habe eine Impingementsituation für die Supraspinatussehne durch Arthrose des AC-Gelenkes im Reizzustand, entsprechend mit Kapselschwellung und Erguss und groben Randosteophyten und chronischer Ansatzendinitis gezeigt. Es liege eine therapieresistente Impingementsituation vor, daher sei eine arthroskopische subacromiale Dekompression geplant, voraussichtlich im September 2007. Nach vorläufiger Einschätzung sei nicht mit einer MdE zu rechnen.

Nach der beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. S. vom 27.09.2009, wonach von einer knöchernen Verletzung des Oberarmkopfes ausgegangen werden müsse, auf dem MRT vom 15.03.2007 unfallassoziierte Veränderungen nicht erkennbar seien, die geplante Operation seines Erachtens nach wegen einer Arthrose des Schultergelenkes mit Impingementproblematik erforderlich sei und der zeitliche Verlauf gegen den Zusammenhang spreche, bat die Beklagte Dr. J. mit Schreiben vom 27.09.2007, ab sofort keine Behandlung sowie Nachschau mehr zu Lasten der Beklagten durchzuführen, da die derzeit geklagten Beschwerden nicht mehr auf den Unfall zurückzuführen seien.

Vom 14.11.2007 bis 17.11.2007 befand sich der Kläger im Klinikum M. zur stationären Behandlung. Nach dem Operationsbericht vom 15.11.2007 über ein SLAP-Repair links zeigte sich eine Ablösung der LBS vom Tuberculum supraglenoidale von der 3.00 bis zur 12.00 h Position. Das Labrum sei in den Gelenkraum disloziert und degenerativ aufgefasert, das SGHL und das Rotatorenintervall seien intakt. Die Gelenkfläche zeige insgesamt keine Veränderungen im Sinne einer Chondromalazie. Im Zwischenbericht vom 16.11.2007 wurde angegeben, der Kläger habe einen Sturz bei der Arbeit auf seine linke Schulter am 12.01.2007 geschildert. Er zeige die bei seinem Krankheitsbild typischen Schmerzzeichen. Seine Schultergelenksbewegungen seien multiaxial eingeschränkt gewesen, der Drop-Arm-Test sei positiv gewesen.

Der behandelnde Orthopäde Dr. M. teilte in einem Befundbericht vom 07.03.2008 an die Beklagte mit, die Schulter links habe inspektorisch reizlose Narben und peripher DSM o.B., bei deutlich painful arc mit Bewegungseinschränkung gezeigt. Die Ante/Abd. betrage jeweils ca. 120°, Schulter-Tests seien nicht verwertbar prüfbar. Ansonsten liege ein äußerst muskulös geformter Oberkörper vor. Es liege noch eine erhebliche Bewegungseinschränkung und Schmerzhaftigkeit der Schulter links vor. Seines Erachtens nach handle es sich bei einer SLAP-Läsion um eine traumatisch bedingte Läsion bei adäquatem Unfallereignis und bei den vorliegenden Befunden handle es sich um Unfallfolgen. Er empfehle eine Begutachtung.

Dr. S. führte in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 20.03.2008 aus, die operativ behandelte SLAP-Läsion könne nicht auf das Unfallereignis zurückgeführt werden. Diese sei entsprechend den Ausführungen des Operationsberichts als degenerativ zu bewerten. Angegeben worden sei ein direkter Sturz auf die Schulter. Dieser Hergang gelte als nicht geeignet.

Mit Bescheid vom 23.04.2008 lehnte die Beklagte einen Anspruch auf Rente wegen des Versicherungsfalles vom 12.01.2007 ab. Unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit werde bis einschließlich 22.02.2007, unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bis einschließlich 12.02.2007 anerkannt. Die Erwerbsfähigkeit sei aufgrund der Unfallfolgen nicht über die 26. Woche nach Eintritt des Versicherungsfalles um wenigstens 20 v. H. gemindert. Als Folge des Versicherungsfalles wurde eine ohne wesentliche Folgen ausgeheilte Prellung der linken Schulter anerkannt. Die Folgen der AC-Gelenksarthrose der linken Schulter und die Folgen der operativ versorgten SLAP-Läsion im linken Schultergelenk würden nicht als Folgen dieses Versicherungsfalles anerkannt, weder im Sinne der Entstehung, noch im Sinne der Verschlimmerung.

Hiergegen legte der Kläger am 23.05.2008 Widerspruch ein und gab an, er habe noch viele Probleme mit der linken Schulter durch den Unfall. Mit Widerspruchsbescheid vom 19.06.2008 wurde der Widerspruch zurückgewiesen. Die Prellung der linken Schulter sei ohne wesentliche Folgen ausgeheilt. Dem Operationsbericht vom 15.11.2007 sei zu entnehmen, dass die SLAP-Verletzung degenerativer Natur und nicht auf den Arbeitsunfall vom 12.01.2007 zurückzuführen sei. Im Übrigen spreche der Unfallhergang nicht für einen Unfallzusammenhang, da ein direkter Sturz auf die linke Schulter erfolgt sei und eine Schulterluxation nicht vorgelegen habe.

Dagegen hat der Kläger am 04.07.2008 beim Sozialgericht Mannheim (SG) Klage erhoben. Zur Begründung hat er im Wesentlichen ausgeführt, die Folgen des - zunächst offenbar harmlos scheinenden - Sturzes seien schwer und langwierig und hätten letztlich zu der Operation am 14.11.2007 und den bis heute andauernden Schulterbeschwerden geführt.

Das SG hat beim behandelnden Allgemeinarzt Dr. H., dem Kreiskrankenhaus S., sowie dem Radiologen Dr. R. Unterlagen eingeholt. So den MRT-Befund der linken Schulter vom 08.04.2008 (postoperativer Zustand, wohl drei am anterosuperioren Glenoidrand eingebrachte Anker, sonst im Wesentlichen unveränderter Befund, Labrum in regelrechter Position, mäßige Zeichen einer chronischen Supraspinatus-Tendinitis, keine Ruptur, mäßige AC-Arthrose, keine subacromiale Enge, geringer Erguss in der Bursa subacromialis-subdeltoidea im Sinne der Bursitis) und den MRT-Befund der BLWS vom 31.07.2008 (Multisegmentale Diskusdegeneration, bildmorphologisch am ausgeprägtesten ein kleiner linksparamedialer NPP BWK 11/12) und Arztbriefe von Dr. M. vom 25.03.2008 (Befunde Schulter links: inspektorisch und peripher DSM o.B., deutlich painful arc mit Bewegungseinschränkung, Ante/Abduktion jeweils ca. 120°, Schulter-Tests nicht verwertbar prüfbar; Befunde HWS: vornehmlich myalgieformes Schmerzsyndrom mit DS paravertebral HWS und v.a. auch im HWS-Nacken/Trapeziusbereich, kein neurologisches Defizit, DSM peripher o.B., gute Beweglichkeit, Schmerzausstrahlung auch in Schulterkappenmuskulatur), vom 08.04.2008

(Diagnose: Z.n. SLAP-Läsion linker Schulter, fibröse Schultersteife (Kapselmuster) links, HWS-Syndrom, Myogenes Schmerzsyndrom WS; seit ungeschickter Bewegung am Vortag vermehrt Schmerzen linke Schulter) und vom 02.07.2008 (zusätzlich Diagnose eines BWS-Syndroms).

Zur weiteren Ermittlung des Sachverhalts hat das SG bei Prof. Dr. R. ein radiologisches Gutachten eingeholt. Prof. Dr. R. ist in seinem Gutachten vom 19.07.2010 zu dem Ergebnis gelangt, dass in Anbetracht des zweimonatigen Intervalls zwischen Unfallereignis und Erstellung des ersten MRT die Veränderungen des sog. Labrums als Folge des erlittenen Traumas aufgefasst werden könnten. Unter Würdigung der verordneten Therapiemaßnahmen vom Unfallereignis bis zum Zeitpunkt des zweiten MRT im Juli 2007 könne aufgrund der Zunahme der Arthrose durchaus auch von einer aktivierten Arthrose ausgegangen werden, die in einem gewissen Zusammenhang mit dem Trauma stehen könne. Das MRT der Schulter vom 15.03.2007 schließe eine Fraktur der untersuchten Knochen aus, das ventrale Labrum zeige eine knorpelige Ausfaserung, jedoch keinen Abriss vom Knochen, dem sog. Glenoid. Des Weiteren zeige die MRT-Aufnahme eine sogenannte AC-Gelenksarthrose. Ein muskulärer oder sehniger Abriss oder Anriss der Muskeln der Rotatorenmanschette bestehe nicht. Des Weiteren liege ein leichtes Knochenödem am Humeruskopf vor.

Nachdem die Beklagte bei der Krankenkasse des Klägers, der AOK M., das Vorerkrankungsverzeichnis sowie die Namen der ihn wegen Schulterbeschwerden behandelnden Ärzte eingeholt hat, hat das SG bei Dr. B., dem Nachfolger des verstorbenen Dr. H., sämtliche Behandlungsunterlagen zu den Schultergelenken bzw. den oberen Extremitäten eingeholt. Dieser hat unter anderem den Karteikartenauszug aus dem Zeitraum 07.10.1999 bis 08.04.2008, den Arztbrief des Orthopäden Dr. M. vom 05.10.2006 (Diagnose: Chronische Periarthritis humero scapularis beidseits; es liege Bewegungsschmerz beider Schultergelenke vor, die Beweglichkeit sei endgradig eingeschränkt), den Arztbrief des Orthopäden Dr. F. vom 20.01.2004 (Diagnose: HWS-Blockierung C3/4 mit Zervikobrachialgie, Tendinitis des Musculus biceps brachii, bei unauffälligem Röntgenbefund rechte Schulter; der Kläger habe 1999 einen Arbeitsunfall gehabt, wobei er sich die rechte Schulter verletzt habe, seitdem habe er immer wieder Beschwerden in der rechten Schulter), den Arztbrief des Neurologen Dr. H. vom 29.04.2003 (Diagnose: Cervicalgie; die Beschwerden schienen von der rechten Schulter herzuführen), den Arztbrief des Radiologen Dr. R. vom 29.04.2003 (Kernspintomographie der HWS nativ bei klinischer Angabe einer chronischen Zervikobrachialgie: Insgesamt allenfalls geringfügige monosegmentale Discopathie mit Protrusio bei C 5/6; wegen Aspekt einer Rotatorenmanschettenläsion werde ein MRT der Schulter empfohlen), den Arztbrief des Neurologen und Psychiaters Dr. A. vom 26.04.2002 (Diagnose: Leichte kognitive Störung, kein Anhalt für Carpaltunnelsyndrom; der Kläger habe taube Arme im Ellenbogenbereich angegeben), den Arztbrief des Allgemeinmediziners Dr. H. vom 22.06.2001 (Der Kläger leide unter chronischen Schulterbeschwerden, es liege ein Impingement-Syndrom der rechten Schulter vor), sowie die Stellungnahme von Dr. H. an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Mannheim vom 16.06.2003 (Diagnosen: Periarthritis humeroscapularis, V. a. Supraspinatussehnen-Syndrom, Cervicobrachialgie, periph. Neuropathie, Arthralgie; es lägen erhaltene Schulterschmerzen bei Belastung, Bewegungseinschränkung, Armmißempfindungen und Parästhesien vor) sowie das Sozialmedizinische Gutachten des MDK Mannheim vom 04.07.2003 (rechte Schulter: Druckschmerz über dem Tuberculum majus und der Rotatorenmanschette, deutliche Atrophie des Deltoideus, angedeutete Atrophie des Supraspinatus im Vergleich zur Gegenseite, die Beweglichkeit zeige einen typischen painful arc ab 80° mit einer schmerzhaften Anteversion ab 100°, der Rotatorenmanschettentest zeige eine schmerzbedingte Beeinträchtigung der Supraspinatuskraft bei ansonsten unauffälligem Rotatorenmanschettentest, der Impingement-Test nach Neer sei positiv; Diagnose: Subacromiales Impingement mit Beeinträchtigung der Überkopfbeweglichkeit), vorgelegt.

Die Beklagte hat vorgetragen, der geschilderte Unfallhergang - Sturz auf die linke Schulter ohne Luxation der Schulter - sei nicht geeignet, eine SLAP-Verletzung zu verursachen. Geeignet seien ein Sturz auf den ausgestreckten und leicht flektierten und abduzierten Arm bei bereits vorgespannter Bizepssehne oder als Begleitverletzung bei einem Außenrotations-Abduktionstrauma oder eine mikrotraumatische Genese durch wiederholte Wurfbewegung. Prof. Dr. R. sei nicht auf den Unfallhergang eingegangen, dieser sei unberücksichtigt geblieben.

Das SG hat bei der AOK noch ein vollständiges Vorerkrankungsverzeichnis eingeholt und Dr. P. mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Dr. P. hat in seinem orthopädisch-unfallchirurgischen Gutachten nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 17.01.2012 an orthopädischen Befunden u. a. eine konzentrische Funktionseinschränkung beider Schultern, links deutlich mehr als rechts, im Sinne einer chronischen Periarthritis humerus-scapularis bei radiologisch nachweisbarer mittelgradiger Arthrose beider Schultergelenke und mäßiggradiger Impingement-Situation, ein myogenes Reizsyndrom der HWS mit leichter Funktionseinschränkung ohne radikuläre Ausfälle bei radiologisch und kernspintomographisch nachgewiesener Degeneration der Bandscheibe im Segment C 5/6 und C 6/7, eine unspezifische Epicondylopathie rechts ohne Funktionseinschränkung des Ellenbogengelenks und ein chronisches Schmerzsyndrom im Sinne einer Somatisierungsstörung diagnostiziert. Zur Kernspintomographie der linken Schulter vom 15.03.2007 hat er ergänzend angemerkt, der insgesamt in nur sehr geringem Ausmaß auf den STIR-Sequenzen zur Darstellung kommende bone-bruise sei im Wesentlichen im lateralen Aspekt des Humeruskopfes zu sehen und setze sich zur Pfanne, also zum Labrum hin, nicht fort. Das Labrum stelle sich ebenso wie auf den Folgeaufnahmen (26.07.2007) in im Wesentlichen unveränderter Form dar. Zwischenzeitlich habe sich das bone-bruise deutlich zurückgebildet. Seiner Einschätzung nach habe der Sturz nicht zu einer wesentlichen Kompression des Labrums durch den Humeruskopf geführt, die später dort arthroskopisch beschriebene Veränderung sei daher auch nicht traumatischer Genese. Bei einem Sturz aus dem Stand auf den angelegten Oberarm komme es, wenn überhaupt, zu einer Dezentrierung des Kopfes nach distal, also in Richtung des unteren und nicht des oberen (superioren) Pfannenanteils. Diese Annahme stehe in Übereinstimmung mit dem unfallnah angefertigten kernspintomographischen Befund, in dem ein bone-bruise im Wesentlichen im lateralen Anteil des Humeruskopfes, nicht jedoch im medialen, d.h. der Pfanne, zugewandten Anteil zu erkennen sei. Dementsprechend werde später im Operationsbericht auch eine degenerative Auffaserung des Labrums beschrieben, wie sie im Übrigen auch auf von dem Kläger am Tag der gutachterlichen Untersuchung vorgelegten Videoprints dieser Untersuchung zu sehen gewesen sei. D. h. die Läsion sei offensichtlich anlässlich einer zu diagnostischen Zwecken durchgeführten Arthroskopie bei zuvor lang anhaltendem unspezifischem Schmerzzustand und insgesamt unauffälligem bzw. unspezifischem Kernspinnbefund durchgeführt worden. Die von Prof. Dr. R. beschriebenen Veränderungen des Labrumkomplexes, die er im Übrigen auch als "aufgefaserter" beschreibe, seien in dieser Form bei der Durchsicht der vorgelegten CD nicht nachzuvollziehen, wobei im Übrigen Mazzotti et.al. darauf hinweise, dass eine eindeutige Beurteilung des Labrumkomplexes kernspinnmäßig verlässlich nur durch eine MR-Arthrographie, wie sie im vorliegenden Fall präoperativ nicht durchgeführt worden sei, möglich sei. Bei Durchsicht des Vorerkrankungsverzeichnisses falle auf, dass der Kläger neben sehr lange - und seinen Angaben zufolge auch bis heute - anhaltenden Beschwerden im Bereich der rechten Schulter auch vor dem in Rede stehenden Ereignis unter anderem im Jahr 2003 wegen eines Cervikobrachialsyndroms behandelt worden sei. Auch die heute geschilderte Beschwerdesymptomatik im Sinne einer Cervikobrachialgie mit Einschlafen des gesamten linken Armes und der schmerzhaften Anspannung aller die linke obere Extremität bewegendenden Muskelgruppen spreche gegen allein auf die an der linken Schulter bestehende Situation zurückzuführende Ursachen und sei vielmehr, insbesondere auch unter Berücksichtigung der am sonstigen Bewegungsapparat insgesamt eher diffus geklagten Beschwerden, am ehesten noch auf eine

Somatisierungsstörung zurück zu führen. Bei an beiden Schultergelenken - angeborener - bestehender Impingement-Symptomatik und bereits am Unfalltag nachweisbarer, diese Situation begünstigender Arthrose der Schultergelenke beidseits, sei somit abschließend festzustellen, dass der Arbeitsunfall vom 12.01.2007, bei dem der Kläger eine Prellung der linken Schulter erlitten habe, lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines vorbestehenden Befundes geführt habe. Selbst unter Berücksichtigung der vorbestehenden Arthrose des Schultergelenks und der insgesamt nicht sonderlich stark ausgeprägten Impingement-Situation am Schultergelenk, sei von dem Ausheilen dieser Verletzung nach Ablauf von spätestens sechs Wochen auszugehen. Die jetzige Situation sei auf die unfallunabhängig vorbestehende Impingement-Situation der linken Schulter zurück zu führen, wobei für eine unfallunabhängige Genese dieser Periarthritis humero-scapularis auch der klinische und radiologische Befund an der rechten Schulter spreche, der mit Sicherheit auch nicht mehr auf den im Jahr 1999 erlittenen Unfall zurückzuführen sei. Prof. Dr. R. habe die zur Verletzung des Labrumkomplexes führenden denkbaren Unfallabläufe nicht diskutiert. Es werde insbesondere nicht erkennbar, woraus er schließe, dass die sowohl vom Durchgangsarzt als auch den behandelnden Ärzten gemachten klinischen Aussagen, einschließlich des Operationsberichtes, beweisend für eine traumatische Labrumverletzung seien. Dies insbesondere, als an anderer Stelle von ihm selbst eindeutig eine "Ausfaserung" des Labrums beschrieben werde. Zutreffend beschreibe er zwar ein "Ödem des Humeruskopfes", unterlasse aber eine nähere Spezifizierung dieses Ödems, das sich eindeutig im Wesentlichen im lateralen Aspekt des Humeruskopfes und nicht medial, also in der Nähe des Labrums, was auf eine entsprechende Kraftübertragung auf den Labrumkomplex deuten könne, darstelle. Beigelegt hat er den Arztbrief der Radiologin Dr. B. vom 26.07.2007 (MRT Schulter links Diagnose: Impingementsituation für die SSP-Sehne durch Arthrose des AC-Gelenkes im Reizzustand, entsprechend mit Kapselschwellung und Erguss und groben Randosteophyten).

Mit Urteil vom 05.12.2012 hat das SG die Klage abgewiesen. Der Kläger habe bei dem Arbeitsunfall am 12.01.2007 eine Prellung der linken Schulter erlitten, die spätestens nach Ablauf von sechs Wochen vollständig ausgeheilt gewesen sei. Die weiteren Schulterbeschwerden seien nicht unfallbedingt. Der Unfall habe lediglich zur vorübergehenden Verschlimmerung eines vorbestehenden Befundes, nämlich einer vorbestehenden Arthrose im Schultergelenk, geführt. Dies folge insbesondere aus dem Gutachten von Dr. P. ... Dieser habe zu Recht darauf hingewiesen, dass das von Prof. Dr. R. erwähnte Ödem sich im Wesentlichen im lateralen Aspekt des Humeruskopfes (Kopf des Oberarmknochens) und nicht im medialen, also in der Nähe des Labrums, befunden habe. Aus dem in dem MRT sichtbaren Ödem lasse sich also eine Krafteinwirkung auf den Labrumkomplex im Rahmen des Unfalls nicht ableiten. Zutreffend habe Dr. P. auch hervor, dass der Unfallablauf ohne Luxation der Schulter nicht geeignet gewesen sei, die Labrumverletzung (SLAP-Läsion) herbeizuführen. Dementsprechend habe er schlüssig und nachvollziehbar begründet, dass die verbliebenen Beschwerden des Klägers an der linken Schulter auf die unfallunabhängig vorbestehende Impingement-Situation zurückzuführen seien. Der Kläger leide hier an beiden Schultern, wie sich auch umfangreich hinsichtlich der rechten Schulter aus den eingeholten Befundunterlagen bereits aus den Jahren vor dem streitgegenständlichen Unfall zeige, unter Arthrose und Impingement-Situation. Einer ergänzenden Anfrage an Prof. Dr. R. habe es nicht bedurft, da die umfassende Beurteilung der Kausalitätsfrage unter Berücksichtigung des Unfallablaufs und der Krafteinwirkungen auf die Gelenke nicht in die Fachkompetenz des Radiologen, sondern des Orthopäden und Unfallchirurgen falle. Die Beurteilung der bildgebenden Untersuchungsbefunde durch die beiden Sachverständigen weise keine derartigen Diskrepanzen auf, dass weitere Sachaufklärung erforderlich gewesen sei.

Gegen das ihm am 12.12.2012 zugewandene Urteil hat der Kläger am 27.12.2012 Berufung eingelegt. Zur Begründung hat er im Wesentlichen ausgeführt, Prof. Dr. R. komme in seinem Gutachten zu dem Ergebnis, dass sich infolge des Arbeitsunfalls eine Verletzung des Labrums ergeben habe, welche die Operation im Klinikum M. im November 2007 notwendig gemacht habe. Als Folge der Operation seien aber noch im Juli 2010, also fast drei Jahre nach der Operation, Bewegungseinschränkungen in der Schulter sowie eine beschleunigte Ausbildung einer AC-Gelenksarthrose festzustellen gewesen. Die noch im Jahr 2010 feststellbaren Veränderungen im Schultergelenk seien somit als Folgen des Arbeitsunfalls vom 12.01.2007 bestätigt, weshalb eine Entschädigungspflicht der Beklagten gegeben sei. Die Klageabweisung sei ausschließlich auf die Ergebnisse des Gutachtens von Dr. P. gestützt worden. Es sei nicht akzeptabel, dass bei der Beweiswürdigung die Ergebnisse eines objektiven und deutlich zeitnäher erstellten Gutachtens vollständig ohne Beachtung blieben.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 5. Dezember 2012 aufzuheben und unter Abänderung des Bescheides vom 23. April 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Juni 2008 eine AC-Gelenksarthrose der linken Schulter und die Folgen der operativ versorgten SLAP-Läsion im linken Schultergelenk als Folgen des Arbeitsunfalls vom 12. Januar 2007 festzustellen und die Beklagte zu verurteilen, eine Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 v. H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung hat die Beklagte ausgeführt, entscheidend sei, dass der Unfallhergang nicht geeignet gewesen sei, eine Luxation der Schulter zu verursachen. Dementsprechend sei die Labrum-Verletzung nicht Folge des Unfalls vom 12.01.2007. Außerdem verkenne der Kläger, dass auch das Gutachten von Prof. Dr. R. ca. 3 ½ Jahre nach dem Unfall erstellt worden sei.

Die Berichterstatterin hat am 13.06.2014 die Sach- und Rechtslage mit den Beteiligten erörtert. Auf die Niederschrift wird Bezug genommen.

Die Beteiligten haben einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Wegen der weiteren Einzelheiten und des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen und die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den §§ 143 und 144 SGG statthafte und nach § 151 Abs. 1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat (§ 124 Abs. 2 SGG), ist zulässig, aber

unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid vom 23.04.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.06.2008 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 v. H., die AC-Gelenkarthrose der linken Schulter und deren Folgen sowie die Folgen der operativ versorgten SLAP-Läsion im linken Schultergelenk sind nicht Unfallfolge.

Rechtsgrundlagen für die Feststellung von Unfallfolgen und die Gewährung von Verletztenrente sind die §§ 7, 8 und 56 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII). Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (§ 7 Abs. 1 SGB VII). Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit (§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen (§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII). Nach § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII i.V.m. § 102 SGB VII haben die Versicherten gegen den zuständigen Unfallversicherungsträger einen Anspruch auf Feststellung einer Unfallfolge, wenn ein Gesundheitsschaden durch den Gesundheitserstschaden eines Versicherungsfalles oder infolge der Erfüllung eines Tatbestandes des § 11 SGB VII rechtlich wesentlich verursacht wird (BSG, Urteil vom 15.05.2012 - B 2 U 31/11 R - NZS 2012, 909). Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente (§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII), das heißt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, die Art und das Ausmaß des Unfallereignisses, der Gesundheitserstschaden und die hierdurch verursachten länger andauernden Unfallfolgen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit (Vollbeweis) nachgewiesen werden. Lässt sich ein Nachweis nicht führen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten. Für die Prüfung des Ursachenzusammenhangs zwischen einer Gesundheitsstörung und dem - hier als Arbeitsunfall anerkannten - Unfallereignis (haftungsbegründende Kausalität), welcher nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, ist grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit, ausreichend, aber auch erforderlich. Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht, so dass auf diesen Grad der Wahrscheinlichkeit vernünftiger Weise die Entscheidung gestützt werden kann und ernste Zweifel ausscheiden. Dabei ist auf einer ersten Prüfungsstufe zu fragen, ob der Versicherungsfall eine naturwissenschaftlich-philosophische Bedingung für den Eintritt der Gesundheitsstörung ist. Dabei ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nach den einschlägigen Erfahrungssätzen nicht hinweg gedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen. Die Ursachenbeurteilung im Einzelfall hat anhand des konkreten individuellen Versicherten unter Berücksichtigung seiner Krankheiten und Vorschäden zu erfolgen. Die Kausalitätsbeurteilung hat dabei auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Dies schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen (vgl. BSG, Urteil vom 09.05.2006 - B 2 U 1/05 R - SozR 4-2700 § 8 Nr. 17). Wenn festzustellen ist, dass der Versicherungsfall in diesem Sinne eine (von möglicherweise vielen) Bedingungen für den Erfolg ist, ist auf der ersten Prüfungsstufe weiter zu fragen, ob es für den Eintritt des Erfolgs noch andere Ursachen im Sinne der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie gibt; das können Bedingungen aus dem nicht versicherten Lebensbereich wie z.B. Vorerkrankungen, Anlagen, nicht versicherte Betätigungen oder Verhaltensweisen sein. Erst wenn sowohl der Versicherungsfall als auch andere Umstände als Ursache des Gesundheitsschadens feststehen, ist auf einer zweiten Prüfungsstufe rechtlich wertend zu entscheiden, welche der positiv festzustellenden adäquaten Ursachen für die Gesundheitsstörung die rechtlich "Wesentliche" ist (BSG, Urteil vom 15.05.2012 - B 2 U 31/11 R - a.a.O.).

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung gegebenenfalls in einem oder mehreren Schritten zu prüfende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Dies wird häufig bei einem klar erkennbaren Ursache-Wirkungs-Zusammenhang, vor allem wenn es keine feststellbare konkurrierende Ursache gibt, kein Problem sein. Aber es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache das angeschuldigte Ereignis eine Ursache ist oder die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festgestellte versicherte Ursache im naturwissenschaftlichen Sinn automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde (BSG, Urteil vom 09.05.2006 - B 2 U 1/05 R - a.a.O.).

Unter Zugrundelegung dieser Grundsätze und nach Auswertung der medizinischen Unterlagen, insbesondere des Gutachtens von Dr. P., lagen bei dem Kläger als Folge des von der Beklagten mit Bescheid vom 23.04.2010 inzident anerkannten Arbeitsunfalls vom 12.01.2007 nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit über die 26. Woche hinaus unfallbedingte Gesundheitsbeeinträchtigungen vor, die eine MdE von 20 v. H. begründen. Ein Anspruch auf Feststellung weiterer Gesundheitsbeeinträchtigungen als Unfallfolgen die Gewährung einer Verletztenrente besteht damit nicht. Der Senat hält es nicht für hinreichend wahrscheinlich, dass außer der ausgeheilten Schulterprellung links mit Bone-Kontusion und subkapitaler Infraktion weitere Gesundheitsbeeinträchtigungen der linken Schulter, insbesondere eine AC-Gelenkarthrose bzw. deren Verschlimmerung sowie eine SLAP-Läsion, wesentlich durch den anerkannten Arbeitsunfall verursacht worden sind.

Eine SLAP-Läsion stellt eine Verletzung des Bizepssehnenankers am Labrum, dem Knorpelring der Schultergelenkspfanne, dar. Wie Dr. P. und der Beratungsarzt Dr. S. im Einklang mit den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und der herrschenden wissenschaftlich-medizinischen Lehrmeinung dazu dargelegt haben, gilt ein direkter Sturz auf die Schulter bei angelegtem Arm als nicht geeignet zur Verursachung einer SLAP-Läsion, da die für eine traumatische Ruptur erforderliche Zugbeanspruchung ausgeschlossen ist, wenn der Unfall eine direkte Krafteinwirkung auf die Schulter in Form eines Sturzes bewirkt hat. Ein geeigneter Unfallmechanismus wäre vielmehr das Abfangen eines Sturzes (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., 8. Auflage 2010, S. 405). So wird - wie von Dr. P. ausgeführt - als zur Verletzung des oberen Labrums geeigneter Mechanismus ein Sturz auf den ausgestreckten Arm bzw. auf den Ellenbogen in leicht flektierter und abduzierter Position beschrieben (vgl. auch Der Schulterschmerz, Diagnostik, operative Prinzipien, Physiotherapie, Hrsg. Irlenbusch/Nitsch/Uhlemann/Venbrocks, 2000, S. 19f.; Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 07.11.2013 - L 3 U 9/11 - m.w.N., juris), der zu einer Kompression oder cranialen Subluxation des Humeruskopfes führt. Denn bei einem Sturz aus dem Stand auf den angelegten Oberarm kommt es, wenn überhaupt, zu einer Dezentrierung des Kopfes nach distal, also in Richtung des unteren und nicht des oberen (superioren) Pfannenanteils. Damit kann ein Sturz auf die Schulter nicht zu einer wesentlichen Kompression des Labrums durch den Humeruskopf führen und die dort eingetretenen Veränderungen können nicht traumatischer Genese sein. Zum Unfallhergang ist seitens des

Klägers nach dem Durchgangsarztbericht vom 12.01.2007 und der Unfallanzeige jedoch jeweils angegeben worden, dass er auf die linke Schulter gestürzt ist. In seiner Auskunft vom 26.03.2007 an die Beklagte kreuzte der Kläger ausdrücklich an, er sei direkt auf die Schulter gestürzt, er habe sich nicht mit der Hand / den Händen abgefangen. Bei der Begutachtung durch Dr. P. - der ausführlichsten Schilderung des Unfallvorgangs - gab der Kläger an, er sei mit an dem Oberkörper angelegtem Oberarm direkt mit der linken Schulter auf dem Boden aufgeschlagen. Daher ist der konkrete Ablauf des Arbeitsunfalls nicht geeignet, eine SLAP-Läsion hervorzurufen.

Zwar sind Schilderungen über Unfallmechanismen generell unzuverlässig, da Aussagen aufgrund der begrenzten Wahrnehmungsfähigkeit des Menschen und der Neigung, aus einer einmal eingetretenen Unfallsituation Rückschlüsse auf deren Hergang zu ziehen, nur einen begrenzten Beweiswert haben. Dies umso mehr, als die Fähigkeit des Menschen eingeschränkt ist, retrospektiv hinsichtlich einer völlig überraschend aufgetretenen Unfallsituation Bewegungsabläufe quasi in Einzelbildern darzustellen (vgl. Urteil des Senats vom 18.07.2013 - [L 6 U 283/11](#) - juris). Allerdings handelt es sich vorliegend nicht um einen Ablauf mit komplexen Bewegungsabläufen, bei dem zu ermitteln ist, in welche Richtung, wie, unter welcher Krafteinwirkung der Arm gehalten / verdreht oder gerissen wurde. Vielmehr handelt es sich um den vom Kläger einheitlich vorgetragenen Vorgang, dass er direkt auf die Schulter gestürzt ist, ohne sich in irgendeiner Art und Weise abzufangen oder festzuhalten. Dieser durchgehend geschilderte Unfallhergang ist daher als gesichert zugrunde zu legen.

Dies insbesondere auch deshalb, da auch die klinischen Erstbefunde diesen Unfallhergang stützen. Denn es zeigte sich bei der Untersuchung des Klägers durch den Durchgangsarzt Dr. R. am 12.07.2007 eine diskrete Prellmarke über dem Schulterdach bei intakter Haut, Druckschmerz und Schwellung über dem AC-Gelenk. Hinweise für eine Luxation fanden sich nicht. Auch passen die erhobenen bildgebenden Befunde zu diesem Unfallhergang. So sind auf den am Unfalltag bzw. unfallnah am 17.01.2007 angefertigten Röntgenaufnahmen der Schulter keine knöchernen Verletzungen, in der damals auch unter Belastung aufgenommenen a.p.-Aufnahme auch kein Klaffen des Gelenkspaltes im AC-Gelenk im Sinne einer höhergradigen Tossy-Verletzung dargestellt. Auch Dr. J. hat in seinem Bericht vom 15.05.2007 zum röntgenologischen Befund "knöchern unauffällig, kein Anhalt für Tossyverletzung" angegeben. Zur Kernspintomographie der linken Schulter vom 15.03.2007 (Radiologische Praxis Schwetzingen) hat der Radiologe Dr. R. angegeben, es zeigten sich Residuen einer geringen subcapitalen Infraktion und eine e. bone-contusion des tuberculum maius. Die Rotatorenmanschette sei bis auf eine geringe Inhomogenität der Signalgebung unauffällig, intakt, die Biceps- und Subscapularissehnen als auch der labrale Komplex seien intakt. Dies wird wörtlich von Dr. J. in seinem Bericht vom 15.05.2007 übernommen. Dr. P. gibt in Auswertung der CD von dem MRT vom 15.03.2007 mit knapp 100 Schnitten in verschiedenen Achsen und Wichtungen sowie knapp 50 auf Film ausgedruckten Aufnahmen keine wesentlich abweichende Beurteilung an. Er weist allerdings darüber hinaus noch darauf hin, dass der insgesamt in nur sehr geringem Ausmaß auf den STIR-Sequenzen zur Darstellung kommende bone bruise im Wesentlichen im lateralen (seitlichen) Aspekt des Humeruskopfes zu sehen ist und sich zur Pfanne, also zum Labrum hin, nicht fortsetzt. Auch dies passt zum geschilderten Unfallhergang, da es bei einem Sturz aus dem Stand auf den angelegten Oberarm, wenn überhaupt, zu einer Dezentrierung des Kopfes nach distal, also in Richtung des unteren, nicht aber des oberen (superioren) Pfannenanteils kommt.

Auch sprechen die erhobenen bildgebenden Befunde zur Überzeugung des Senats, wie von Dr. P. ausgeführt, mehr für eine degenerative Ursache der SLAP-Läsion sowie der AC-Gelenksarthrose bzw. deren Verschlimmerung denn für eine traumatische Ursache.

Soweit Prof. Dr. R. in seinem Gutachten ausgeführt hat, es liege ein leichtes Knochenödem am Humeruskopf vor und dieses noch leicht erkennbare Ödem des Humeruskopfes passe dazu, dass die Veränderungen des sogenannten Labrums durchaus als Folge des erlittenen Traumas aufgefasst werden können, hat dieser im Gegensatz zum Gutachten von Dr. P. nicht die genaue Lage des Ödems im Humeruskopf angegeben. Unter Anbetracht der genaueren Angaben des Dr. P. ist daher zur Überzeugung des Senats - im Gegensatz zum Gutachten von Prof. Dr. R. - das Ödem aufgrund seiner Lage vielmehr ein Hinweis darauf, dass der Sturz nicht Veränderungen am Labrum hervorgerufen haben kann.

Soweit Prof. Dr. R. in seinem radiologischen Gutachten - im Gegensatz zu dem Radiologen Dr. R., dem Unfallchirurgen Dr. J. und dem Orthopäden und Unfallchirurgen Dr. P., die auf dem MRT vom 15.03.2007 den labralen Komplex als intakt dargestellt gesehen haben - angegeben hat, das MRT vom 15.03.2007 zeige eine knorpelige Ausfaserung des ventralen Labrums, jedoch keinen Abriss vom Knochen, dem sogenannten Glenoid, ist aufgrund seiner höheren Fachkunde seine Angabe zugrunde zu legen. Allerdings ist eine nur leichte knorpelige Ausfaserung des ventralen Labrums unter Würdigung der sonstigen Umstände kein ausreichender Anhaltspunkt dafür, dass von einer hinreichend wahrscheinlichen wesentlichen Verursachung dieser leichten, für die anderen Ärzte nicht sichtbaren, Ausfaserung des Labrums durch den Arbeitsunfall auszugehen ist. Denn allein ein zeitlicher Zusammenhang des Auftretens von Beschwerden genügt für sich allein für die Annahme eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen Gesundheitsstörungen und dem Arbeitsunfall nicht. Er ist nur ein Indiz für einen solchen Kausalzusammenhang. Überwiegend (90 %) ist nämlich die Ruptur der langen Bizepssehne nicht unfallbedingt. Ursächlich ist vielmehr die wiederholte mechanische Belastung. Wobei die funktionsmechanische Beanspruchung deutlich verstärkt ist, wenn sklerosierte, aufgeraute arthrotische Stukturveränderungen in der Gleitrinne des Oberarmkopfes vorliegen. Degenerative Veränderungen erscheinen im vierten Lebensjahrzehnt. Gehäuft sind sie am körperfernen Sulcusausgang und der labrumnahen (pfannenrandnahen) Ursprungszone der langen Bizepssehne (vgl. Schönberger/Mertens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, S. 404). Leichte knorpelige Ausfaserungen sind daher typischerweise degenerativer Natur und nicht traumatischer Genese.

Bei dem Kläger, der sich zum Zeitpunkt des Arbeitsunfalls bereits im vierten Lebensjahrzehnt befunden hat, ist bereits am 12.01.2007 bzw. 17.01.2007 röntgenologisch sowohl eine beidseits leicht ausgeprägte AC-Gelenksarthrose nachweisbar gewesen, wie auch ein knöchernes Impingement, links stärker ausgeprägt als rechts. Die somit bereits zum Zeitpunkt des Unfallereignisses nachweislich vor bestehenden degenerativen Veränderungen sind daher zur Überzeugung des Senats als wesentliche Ursache der Ausfaserung des Labrums anzusehen. Denn Ausfaserungen sind typische Folgen einer AC-Gelenksarthrose und die Lage des Ödems, wie auch der Unfallhergang sprechen nicht für eine Schädigung des Labrums durch den Unfall. Soweit Prof. Dr. R. in seinem Gutachten zu dem MRT vom 26.07.2007 angibt, dass die Ausfaserung des ventralen Labrumkomplexes geringfügig zugenommen hat, dieser jedoch weiterhin mit seiner knöchernen Grundlage verbunden ist, sind für diesen progredienten Prozess daher zur Überzeugung des Senats ebenfalls die fortschreitenden degenerativen Prozesse aufgrund der AC-Gelenksarthrose mit Impingement-Symptomatik wahrscheinlich die wesentliche Ursache, die dann bis zur Operation am 15.11.2007 dazu geführt haben, dass das Labrum in den Gelenkraum disloziert und degenerativ aufgefaserter ist und eine SLAP-Repair-Operation links notwendig wurde. Nicht hinreichend wahrscheinlich ist unter Würdigung der Gesamtumstände hingegen, dass dies im Wesentlichen Folge einer traumatischen Genese durch den Arbeitsunfall vom 12.01.2007 ist. Hierfür spricht auch die Angabe eines degenerativ aufgefaserter Labrums im Operationsbericht.

Bei der Würdigung der von Prof. Dr. R. getroffenen Schlussfolgerungen ist auch zu berücksichtigen, dass Prof. Dr. R. bei der Erstellung seines radiologischen Gutachtens nur die MRT-Aufnahmen der linken Schulter vom 15.03.2007, 26.07.2007 und 08.04.2008 sowie das MRT der BWS und LWS vom 31.07.2008 vorgelegen haben. Ein Seitenvergleich der Schultern und damit die Kenntnis der seitengleich ähnlich vorliegenden AC-Gelenksarthrose und Impingement-Symptomatik sowie ein Vergleich zwischen dem Röntgenbefund am Unfalltag und danach, mit der Erkenntnis, dass bereits am Unfalltag arthrotische Prozesse im Schultergelenk vorgelegen haben sowie eine Impingement-Symptomatik sind ihm somit nicht möglich gewesen. Daher ist zur Überzeugung des Senats auch nicht seinen Ausführungen zu folgen, dass hinreichend wahrscheinlich wesentlich eine Verschlimmerung der AC-Gelenksarthrose durch den Arbeitsunfall verursacht worden ist. So hat Prof. Dr. R. in seinem Gutachten für den Zeitraum März 2007 bis Juli 2007 (zwischen dem MRT vom 15.03.2007 und dem vom 26.07.2007) eine (nach dem Trauma) zunächst beschleunigte Ausbildung einer AC-Gelenksarthrose, die dann im April 2008 in weitgehend gleicher Weise bestanden hat, angegeben und daraus auf eine durch das Unfallereignis aktivierte Arthrose geschlossen. Bereits am Unfalltag ist jedoch röntgenologisch eine leichte AC-Gelenksarthrose beidseits nachgewiesen worden und die Angaben von Prof. Dr. R. in seinem Gutachten sind insoweit widersprüchlich, als er zum einen eine geringfügig akzentuierten AC-Gelenksarthrose und zum anderen eine deutliche Zunahme der sogenannten degenerativen Veränderungen im AC-Gelenk im Zeitraum März bis Juli 2007 angibt. Darüber hinaus hat Prof. Dr. R. noch ausgeführt, dass die Aufnahmen vom 26.07.2007 wohl aufgrund geringfügig besser positionierter Spulen noch mit etwas höherer Detailschärfe charakterisiert sind. Eine aufgrund der offensichtlich größeren Detailschärfe der Aufnahmen vom 26.07.2007 erkennbare geringfügig akzentuiert dargestellte AC-Gelenksarthrose, ohne einen adäquaten Vergleich der Entwicklung der Arthrose vor dem Unfallereignis, ist im Hinblick auf die grundsätzlich progredient verlaufende degenerative Erkrankung zur Überzeugung des Senats jedoch noch kein ausreichender Anhaltspunkt dafür, den Sturz auf die Schulter als wesentliche Ursache für die Verschlimmerung als hinreichend wahrscheinlich anzuerkennen.

Vielmehr weist die bestehende dokumentierte Schadensanlage auf eine im Wesentlichen nicht unfallbedingte Verursachung hin. Hierfür spricht insbesondere, dass die degenerativen Veränderungen im Hinblick auf die AC-Gelenksarthrose und die Impingement-Symptomatik beide Schultern betreffen, in ähnlicher Ausprägung vorhanden sind und auch bezüglich der linken Schulter vor dem Unfall nicht klinisch stumm gewesen sind, insbesondere nicht erst in der Folgezeit nach dem Arbeitsunfall schmerzhaft in Erscheinung getreten sind. Vielmehr hat sich der Kläger bereits am 02.10.2006 auf Überweisung seines Hausarztes Dr. H. bei dem Orthopäden Dr. M. wegen rezidivierender Schultergelenksbeschwerden beidseits, rechts mehr als links, zur Behandlung befunden. Als Befund wurden in dem Arztbrief von Dr. M. vom 05.10.2006 ein Bewegungsschmerz bei beiden Schultergelenken und eine endgradig eingeschränkte Beweglichkeit angegeben und es wurde die Diagnose einer chronischen Periarthritis humero scapularis beidseits gestellt. Aus dem von Dr. B. übersandten Karteikartenauszug des Zeitraumes 07.10.1999 bis 08.04.2008 ergeben sich viele Konsultationen bezüglich Schulterbeschwerden, bei denen teilweise nicht die Schulterseite angegeben worden ist. Allerdings hat der Kläger unstreitig seit dem Jahr 1999 unter Schulterbeschwerden rechts gelitten und war diesbezüglich immer wieder in Behandlung. Aus den Röntgenaufnahmen vom Unfalltag bzw. zeitnah zum Unfall, wie auch aus den von Dr. P. erstellten Röntgenaufnahmen folgt eine beidseits bestehende AC-Gelenksarthrose und Impingementsymptomatik, die die schon vor dem Unfall bestehenden Beschwerden zu erklären vermag. Bereits etwa drei Monate vor dem Unfall hat der Kläger auch schon unter Bewegungsschmerz und endgradig eingeschränkter Beweglichkeit an der linken Schulter gelitten, wie es in den ärztlichen Unterlagen seit dem Arbeitsunfall auch fortlaufend dokumentiert ist. Zusätzlich ist bei dem Kläger bereits 2003 eine Cervicalgie diagnostiziert worden, für die als Ursache die Schulterbeschwerden rechts angenommen wurden und bereits im Jahr 2002 hat er taube Arme im Ellenbogenbereich angegeben, ohne dass ein Carpal-Tunnelsyndrom nachgewiesen werden konnte und im Jahr 2003 Armmißeempfindungen und Parästhesien. Daraus folgt, dass bereits vor dem Unfall teilweise ähnliche Beschwerden vorgelegen haben, wie sie danach vom Kläger angegeben wurden.

Für einen Zusammenhang mit einem Arbeitsunfall lassen sich zwar grundsätzlich das Einsetzen subjektiver Beschwerden und die ärztliche Konsultation in unmittelbarer zeitlicher Beziehung zu dem Ereignis anführen. Allerdings lagen vorliegend offensichtlich bereits vor dem Ereignis sowohl subjektive Beschwerden, wie auch ärztliche Konsultationen vor. Darüber hinaus hat der Kläger auch unstreitig aufgrund des Arbeitsunfalls eine akute Gesundheitsbeeinträchtigung an der linken Schulter erlitten die zunächst zu Beeinträchtigungen und einer Behandlungsbedürftigkeit geführt hat. So hat der Kläger eine Schulterprellung mit Bone-Kontusion des Tuberkulum maius mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentlich durch den Arbeitsunfall erlitten sowie eine geringe subkapitale Infraktion. Dies hat naturgemäß eine akute gravierende Beschwerdezunahme verursacht und zu vermehrten und intensivierten ärztlichen Kontakten und Behandlungen geführt. Allerdings sind deren Folgen im Laufe von Wochen abgeklungen und im Wesentlichen folgenlos ausgeheilt. Die den Kläger dann noch weiter störenden Gesundheitsbeeinträchtigungen wie zum Beispiel die im MRT vom 08.04.2008 sichtbaren Zeichen einer chronischen Supraspinatustendinitis und einer Bursitis sind hingegen Folge der SLAP-Läsion und der AC-Gelenksarthrose mit Impingement-Symptomatik, die nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentlich durch den Arbeitsunfall verursacht worden sind.

Insgesamt hält es der Senat deswegen nicht für hinreichend wahrscheinlich, dass durch den Arbeitsunfall die SLAP-Läsion bzw. die AC-Gelenksarthrose bzw. deren Verschlimmerung hervorgerufen worden sind. Nachdem die Schulterprellung mit Bone-Kontusion des Tuberkulum maius und die subkapitale Infraktion über die 26. Woche hinaus folgenlos ausgeheilt waren, liegt keine unfallbedingte MdE rentenberechtigenden Grades vor.

Einer Vorlage des Gutachtens von Dr. P. an Prof. Dr. R. zur Stellungnahme bedurfte es nicht. In den Ausführungen von Dr. P. und Prof. Dr. R. in ihren Gutachten liegt kein wesentlicher klärungsbedürftiger Widerspruch in den angegebenen medizinischen Befunden vor, sondern im Wesentlichen im Hinblick auf die logischen Schlussfolgerungen die aus den angegebenen Befunden gezogen werden. Der Gutachtensauftrag an Prof. Dr. R. hat insbesondere andere Fragestellungen umfasst als der Gutachtensauftrag an Dr. P., da die Aufgabe des Radiologen die Umdeutung der Bilder in einen in Worte zu fassenden Befund ist. Dementsprechend wurde er nicht zur Kausalität und Wesentlichkeit befragt, im Gegensatz zu dem orthopädisch-unfallchirurgischen Gutachten, das auch die Plausibilität des Unfallhergangs sowie die Entwicklung der Gesundheitsbeeinträchtigungen in der Prüfung mitumfasst. Weiterer Beweiserhebung von Amts wegen bedurfte es nicht, der Sachverhalt bedarf keiner weiteren Aufklärung.

Ein Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) besteht damit nicht, die durch den Arbeitsunfall hinreichend wahrscheinlich wesentlich verursachten Gesundheitsbeeinträchtigungen bedingen keine MdE um mindestens 20 v. H. Die AC-Gelenksarthrose der linken Schulter und die Folgen der operativ versorgten SLAP-Läsion im linken Schultergelenk sind nicht Unfallfolge.

Die Berufung des Klägers ist deswegen zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-10-08