

L 3 U 9/11

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Neuruppin (BRB)

Aktenzeichen

S 19 U 55/08

Datum

02.12.2010

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 3 U 9/11

Datum

07.11.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Neuruppin vom 02. Dezember 2010 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt Entschädigungsleistungen nach einem Arbeitsunfall und die Feststellung von Unfallfolgen.

Der 1954 geborene Kläger ist Hochbauingenieur und rutschte am 02. Mai 2006 während seiner Beschäftigung als Niederlassungsleiter in einem Betonwerk beim Hochsteigen von einer Metalltreppe ab, hielt sich dabei mit dem linken Arm am Geländer fest und fiel auf die linke Schulter, wodurch er eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung an der linken Schulter davon trug, vgl. Durchgangsarztbericht (DAB) des Chirurgen Dr. S vom 02. Mai 2006. Die am Unfalltag gefertigte Röntgenaufnahme erbrachte laut DAB keine knöchernen Verletzungen und keine Luxation; es wurden schmerzhafteste Bewegungseinschränkungen festgestellt und eine Prellung der linken Schulter diagnostiziert. Der Durchgangsarzt nahm keine Arbeitsunfähigkeit an. Die Arbeitgeberin des Klägers sah von der Erstattung einer Unfallanzeige ab, weil kein Arbeitsausfall stattfand, vgl. Mitteilung an die Beklagte vom 11. Mai 2006.

Die Beklagte befragte den Kläger schriftlich zum Unfallhergang. Dieser gab mit Schreiben vom 24. Mai 2006 an, sich beim Sturz am Geländer festgehalten zu haben und 1 m tief gefallen zu sein. Beim Sturz habe er sich seitlich weggedreht und sich beim Drehen mit dem linken Arm am Geländer festgehalten; er habe den abrutschenden Körper mit dem linken Arm zum Halten gebracht, ihn aber dadurch stark verdreht.

Laut DAB des Chirurgen Dr. S vom 01. November 2006 stellte sich der Kläger am 01. November 2006 wegen seit dem Unfall anhaltender Schmerzen im linken Schultergelenk vor. Die Beweglichkeit des linken Schultergelenks sei in allen Richtungen eingeschränkt und endgradig schmerzhaft, und zwar insbesondere bei der Abduktion. Röntgenologisch hätten sich keine sicheren traumatischen Veränderungen gefunden. Es bestehe ein Zustand nach Schulterzerrung und Verdacht auf Läsion der Rotatorenmanschette links. Dr. S sah den Kläger als arbeitsfähig an. Es wurde zur weiteren Abklärung am 06. November 2006 ein MRT des linken Schultergelenks durchgeführt, welches einen Hochstand des Humeruskopfes als Hinweis auf eine muskuläre Dysbalance, Faserrisse des M. supraspinatus ansatznah am Humeruskopf, sowie bei deutlichen degenerativen Veränderungen des Schultergelenks kein wesentliches Impingement erbrachte; zudem seien die Faserstrukturen des M. infraspinatus und subscapularis intakt. Dr. S interpretierte mit Abschlussbericht vom 09. November 2006 das MRT-Ergebnis dahingehend, dass die vom Kläger beklagten Schmerzen auf degenerative Ursachen zurückzuführen seien und die Behandlung zu Lasten der Beklagten beendet werde.

Mit Bescheid vom 17. November 2006 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass ihre Ermittlungen ergeben hätten, dass die jetzt bestehenden Beschwerden in der linken Schulter nicht ursächlich auf den Unfall vom 02. Mai 2006 zurückzuführen seien. Der MRT-Befund vom 07. November 2006 habe degenerative Veränderungen in der linken Schulter ergeben. Der Kläger erhob am 20. November 2006 Widerspruch und wies darauf hin, bis zum Unfall keine Beschwerden im linken Oberarm gehabt zu haben. Er sei Rechtshänder, weshalb er, wenn überhaupt, dann zuerst dort Abnutzungserscheinungen haben müsse. Die Beklagte wies den Widerspruch nach Einholung einer beratungärztlichen Stellungnahme des Chirurgen Dr. P vom 27. November 2006, wonach alle im MRT erhobenen Befunde unfallunabhängig seien und es sich allein um degenerative Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette handele, welche typisch für einen Mann im Alter von über 50 Jahren seien, mit Widerspruchsbescheid vom 15. Februar 2007 als unbegründet zurück. Die beim Kläger diagnostizierten Erscheinungen im Bereich der linken Schulter seien nicht dem am 02. Mai 2006 erlittenen Arbeitsunfall anzulasten.

Der Kläger hat sein Begehren mit der am 14. März 2007 zum Sozialgericht Neuruppin (SG) erhobenen Klage weiterverfolgt. Das Ereignis vom 02. Mai 2006 sei als Arbeitsunfall anzuerkennen, es seien die Behandlungskosten zu übernehmen und ihm eine Rente unter Zugrundelegung einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in Höhe von 20 vom Hundert (v.H.) zu gewähren.

Wegen anhaltender Beschwerden wurde an der A Klinik unter der (Verdachts-) Diagnose einer insertionsnahen Supraspinatussehnenläsion im linken Schultergelenk eine Arthroskopie in die Wege geleitet, vgl. Arztbrief vom 01. Juni 2007. Am 22. Juni 2007 wurde die Arthroskopie des linken Schultergelenks von Dr. M durchgeführt. Es wurde bei der Operation jedenfalls (auszugsweise) folgender Befund gestellt: kein Erguss, mittelgradige Synovialitis, keine freien Gelenkkörper, am Humeruskopf/ Glenoid keine Chondromalacie, Bizepssehne stabil, leichte Tenosynovitis, SLAP I degenerativ, Auffaserungen am LBS-Übergang in den Sulcus, Rotatorenmanschette artikularseitig und bursaseitig intakt, Gelenkkapsel und glenohumerale Bänder ohne Elongation, Bursa subacromialis vergrößert und entzündlich verändert, deutlich fibrosiert, Ligamentum coracoacromiale straff und AC-Gelenk unauffällig. Diagnostiziert wurde SLAP I°, Pulley-Läsion, Bursitis subacromialis.

In einem undatierten, für die D-Versicherung des Klägers erstellten Gutachten von Dr. M wird die o.g. Unfallschilderung wiedergegeben und weiter ausgeführt, der Kläger habe angegeben, sofort beim Ereignis einen Schmerz in der linken Schulter sowie ein Krepitationsgeräusch verspürt zu haben. Die Schmerzen seien so heftig gewesen, dass ihm übel und schwarz vor Augen geworden sei. Deshalb habe er sich am gleichen Tag in die Rettungsstelle des Krankenhauses B begeben. Nach dem Unfall habe er zunächst keinen Bluterguss im Bereich der linken Schulter bemerkt. Zur Frage der Krafteinschränkung im Bereich der betroffenen Schulter könne der Kläger keine Angaben machen, weil sich die Schulter schmerzbedingt nur geringfügig habe bewegen lassen. Er habe sich selbst ein Tragetuch für den linken Arm aus der Apotheke besorgt und sei seiner beruflichen Tätigkeit mit der entsprechenden Einschränkung (Nichtgebrauchsfähigkeit des linken Arms) nachgegangen. Da die Schmerzen im weiteren Verlauf sowie die Bewegungseinschränkung der linken Schulter nicht nachgelassen hätten, habe er eine Praxis für Orthopädie/ Unfallchirurgie aufgesucht, von wo aus eine MRT-Untersuchung veranlasst worden sei. Es sei der Verdacht auf eine insertionsnahe Läsion der Supraspinatussehne aufgetreten. Am 22. Juni 2007 sei beim Kläger eine Schultergelenksarthroskopie durchgeführt worden. Dabei habe sich an pathologischen Befunden eine Läsion im Bereich des Austrittes der langen Bizepssehne aus dem Glenohumeral-Gelenk verifizieren lassen (sog. Pulley-Läsion). Weiterhin hätten sich eine erstgradige SLAP-Läsion und eine Bursitis subacromialis gefunden. Eine Läsion der Rotatorenmanschette sei weder artikularseitig noch bursaseitig gesehen worden. Dr. M äußerte die Diagnose eines Schmerzsyndroms der linken Schulter bei Verdacht auf eine persistierende intramurale Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne sowie Zustand nach Schultergelenkarthroskopie links mit Debridement einer SLAP I- sowie Pulley-Läsion und Durchführung einer subakromialen Bursektomie sowie arthroskopischen subakromialen Dekompression. Der Unfallmechanismus sei geeignet, die beim Versicherten vorliegenden Gesundheitsschädigungen hervorzurufen. Es habe beim Kläger nach dessen Schilderung der Pathomechanismus einer passiv forcierten Außen- oder Innenrotation bei anliegendem oder abgespreiztem Arm vorgelegen (Treppensturz mit der Hand am Geländer). Für die traumatische Genese der Pathologien spreche überdies die bis zum Unfall bestandene Beschwerdefreiheit. Bis zum Gutachtenzeitpunkt seien keine weitreichenden degenerativen röntgenologischen Veränderungen erkennbar gewesen, die einen Hinweis auf eine bereits vorbestehende Degeneration des Schultergelenks liefern würden. Dafür sprächen zudem der sofortige Arztbesuch, das nach dem Sturz vorgelegene Drop-Arm-Sign mit einer schmerzhaften Einschränkung der Beweglichkeit des linken Arms, das zum Gutachtenzeitpunkt noch junge Alter des Klägers und ein entsprechender Kraftverlust. Dagegen sprächen das Fehlen eines Hämatoms und eines direkten Nachweises einer Rotatorenmanschetten-Läsion.

Das SG hat einen Befundbericht bei Dr. S vom 24. August 2007 und das schriftliche Sachverständigengutachten des Chirurgen Dr. B vom 15. Mai 2009 aufgrund ambulanter Untersuchung eingeholt. Er hat beim Kläger einen Zustand nach arthroskopischer Operation im linken Schultergelenk bei degenerativen Veränderungen mit anhalten Bewegungseinschränkungen diagnostiziert. Diese Gesundheitsstörung sei nicht mit Wahrscheinlichkeit auf das angeschuldigte Ereignis vom 02. Mai 2006 zurückzuführen. Zwar liege ein geeigneter Unfallmechanismus vor. Die primäre unfallärztliche Diagnostik und die nachfolgenden Kontrolluntersuchungen sowie auch die relativ zeitnah durchgeführte MRT-Diagnostik sprächen aber eindeutig für das Vorliegen eines unfallunabhängigen, schicksalhaft aufgetretenen Prozesses, der bereits vor dem Unfallereignis im Sinne eines degenerativen Verschleißes in der linken Schulterregion entstanden sei. Bei der MRT-Untersuchung am 06. November 2006 hätten sich deutliche degenerative Veränderungen gezeigt. Anders als Dr. M es sehe, liege beim Kläger keinesfalls ein jugendliches Alters vor; er sei 52 Jahre alt gewesen und somit in einem Lebensabschnitt, in dem degenerative Prozesse im Bereich des Schultergelenks bei einem hohen Prozentsatz festzustellen seien. Unrichtig sei die Aussage Dr. M, dass keine degenerativen Veränderungen beim Kläger zeitnah zum Unfallgeschehen festgestellt worden seien. Was Dr. M mit einer intramuralen Ruptur der Supraspinatussehne meine, sei terminologisch nicht nachvollziehbar, zumal eine Sehnenruptur im Bereich der gesamten Rotatorenmanschette auszuschließen gewesen sei. Zudem sei der in der MRT-Untersuchung festgestellte degenerative Prozess als sehr deutlich beschrieben. Unzutreffend sei die Aussage von Dr. M, dass der Kläger primär nach dem Sturz ein sog. Drop-Arm-Sign gehabt habe. Ein derartiger pathologischer Befund sei nirgends verzeichnet. Dr. S habe in seinem Befund nur von endgradigen schmerzhaften Bewegungen, insbesondere bei der Abduktion, berichtet. Abschließend sei darauf hinzuweisen, dass die im Rahmen der Begutachtung durchgeführte radiologische Diagnostik ergeben habe, dass an beiden Schultergelenken deutliche Verschleißerscheinungen nachweisbar gewesen seien, so dass auch hierdurch der Beweis erbracht worden sei, dass beim Kläger unfallunabhängige Verschleißerscheinungen an den Schultergelenken vorlägen.

In der mündlichen Verhandlung vor dem SG vom 01. Oktober 2010 hat die Beklagte erklärt, dass das Vorliegen eines Arbeitsunfalls am 02. Mai 2006 schon im Hinblick auf die Ausführungen in den angefochtenen Bescheiden nicht streitig sei.

Der Kläger ist dem Gutachten u.a. mit einem für die D-Versicherung erstellten freien unfallchirurgischen Gutachten von Dr. M vom 06. November 2008 entgegen getreten, wonach bei der im sechsten Monat nach dem Ereignis veranlassten MRT-Untersuchung die nachgewiesenen Befunde nicht mehr eindeutig dem Ereignis vom 02. Mai 2006 zuzuordnen seien. Für einen Nachweis verletzungsbedingter Schäden der Rotatorenmanschette müsse die Untersuchung innerhalb von drei Monaten durchgeführt werden. Die Indikation zur Gelenkspiegelung sei wegen der anhaltenden Schmerzen gestellt worden. Eine Schmerzklinderung sei erreicht worden. Die Funktion habe sich nicht gebessert. Da vor dem Ereignis eine freie Beweglichkeit des Schultergelenks bestanden habe, seien die jetzt erhobenen Befunde Folge des Ereignisses. Ferner hat der Kläger eine undatierte ergänzende Stellungnahme von Dr. M vorgelegt.

Das SG hat hierauf eine ergänzende Stellungnahme von Dr. B vom 02. November 2010 eingeholt, in welcher er bei seinem bisherigen Standpunkt geblieben ist. Zu betonen sei, dass sich der Kläger nach dem Geschehen am 02. Mai 2006 erst nach einem langen Zeitintervall, nämlich am 01. November 2006, erneut in unfallärztliche Behandlung wegen Beschwerden im Bereich des linken Schultergelenks begeben

habe. Dies spreche ebenfalls eindeutig gegen einen Kausalzusammenhang zwischen dem Geschehen und festgestellten Gesundheitsstörungen.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 02. Dezember 2010 abgewiesen. Es hat die Voraussetzungen einer Verletztenrente verneint, weil beim Kläger wegen der Folgen des Arbeitsunfalls über die 26. Woche nach dem Ereignis hinaus keine MdE in rentenberechtigender Höhe vorliege. Der Zustand nach arthroskopischer Operation im linken Schultergelenk bei degenerativen Veränderungen mit anhaltenden Bewegungseinschränkungen sei nicht mit Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall vom 02. Mai 2006 zurückzuführen. Es bestünden ausschließlich schicksalhaft aufgetretene degenerative Veränderungen. Dies habe Dr. B in seinem schriftlichen Sachverständigengutachten in Übereinstimmung mit der unfallmedizinischen Fachliteratur und den hiernach geltenden Kriterien überzeugend dargelegt.

Der Kläger hat gegen das ihm am 09. Dezember 2010 zugestellt Urteil am Montag, dem 10. Januar 2011 Berufung eingelegt. Er führt zur Begründung aus, eine Mitursächlichkeit zwischen Arbeitsunfall und Gesundheitsschaden sei ausreichend. Die anders lautenden Ausführungen von Dr. B träfen mithin nicht zu. Zwar habe er an beiden Schultergelenken degenerative Verschleißerscheinungen. Beim Arbeitsunfall habe er sich jedoch allein die linke und nicht die rechte Schulter verletzt. Warum nun nicht gleichermaßen auch die rechte Schulter wie die linke betroffen sei, könne Dr. B nicht erklären. Er sei vor dem Unfall nie wegen der Schulter in ärztlicher Behandlung gewesen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Neuruppin vom 02. Dezember 2010 sowie den Bescheid der Beklagten vom 17. November 2006 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 15. Februar 2007 aufzuheben und festzustellen, dass eine Pulley-Läsion des linken Schultergelenks, eine Teiltraktur der Rotatorenmanschette im Bereich der Supraspinatussehne links, ein Impingementsyndrom links, eine AC-Gelenksarthrose links und eine schmerzhaft Funktionseinschränkung des Schultergelenks links Folgen des Arbeitsunfalls vom 02. Mai 2006 sind.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat auf Antrag des Klägers aufgrund Beweisanordnung vom 07. Juni 2011 das schriftliche Sachverständigengutachten von Dr. D vom 01. August 2012 aufgrund ambulanter Untersuchung eingeholt. Er hat beim Kläger nach einer eigenen MRT-Untersuchung des linken Schultergelenks vom 25. Januar 2013 eine Pulley-Läsion des linken Schultergelenks, eine Teiltraktur der Rotatorenmanschette im Bereich der Supraspinatussehne links, ein Impingementsyndrom links, eine AC-Gelenksarthrose links und eine schmerzhaft Funktionseinschränkung des Schultergelenks links als Folgen des Arbeitsunfalls vom 02. Mai 2006 festgestellt. Es sei aufgrund der vorliegenden Unterlagen sowie der Befragung des Klägers eindeutig, dass vor dem Unfallereignis vom 02. Mai 2006 keine Einschränkung der Beweglichkeit sowie der Funktion des linken Schultergelenks vorgelegen habe. Auch sei zu diesem Zeitpunkt durch ein vorher durchgeführtes MRT nicht nachgewiesen, dass die nach dem Unfall vorliegende Teiltraktur der Rotatorenmanschette, die im MRT vom 07. November 2006 dargestellt worden sei, schon bestanden habe. Somit sei auch der Beweis nicht anzutreten, dass die zu diesem Zeitpunkt festgestellten Veränderungen des linken Schultergelenks schon vor dem Unfall bestanden hätten. Es sei eindeutig aus den Unterlagen und der Befragung sowie der Untersuchung des Klägers nachzuweisen, dass seit dem Unfallereignis vom 02. Mai 2006 eine dauerhafte schmerzhaft Funktionseinschränkung des linken Schultergelenks eingetreten sei. Der Versicherte sei grundsätzlich in dem Zustand geschützt, der zu Beginn des Arbeitstags vorgelegen habe. Altersentsprechende Schulterdegenerationen von Überfünfzigjährigen hätten keinen Krankheitswert. Aufgrund der Tatsache, dass es sich hier um ein adäquates Trauma handle und zeitnah mit dem Unfallereignis die schmerzhaft Funktionseinschränkung des linken Schultergelenks eingetreten sei, müsse diese Situation im Sinne des vorher genannten verbindlichen Grundsatzes, dass der Arbeitnehmer im Zustand geschützt sei, der zu Beginn des Arbeitstages vorgelegen habe, die vorliegende pathologische Veränderung des linken Schultergelenks im Sinne der wesentlichen Teilersache des Unfallereignis vom 02. Mai 2006 zugeordnet werden. Die im MRT nachgewiesenen degenerativen Veränderungen seien hier im Bereich der Supraspinatussehne sowie auch im Bereich des Akromioklavikulargelenks des linken Schultergelenks beschrieben. Dabei spielten die bestehenden degenerativen Veränderungen im Bereich der Supraspinatussehne nach den vorgenannten Kriterien keine wesentliche Rolle. Die degenerativen Veränderungen im Bereich des Akromioklavikulargelenks müssten ebenfalls als Normalzustand angesehen werden, weil nach einer neueren Studie mit Auswertung von Tausenden von Röntgenbildern bekannt sei, dass mit ca. 50 Lebensjahren bei jedem Menschen eine Akromioklavikulargelenkarthrose nachweisbar sei, welche zu über 90 % symptomfrei sei. An der Begutachtung durch Dr. B sei zu kritisieren, dass keine Untersuchungen von spezifischen Funktionstests für das linke Schultergelenk durchgeführt worden seien. Es fehle mithin an einer spezifischen Untersuchungstechnik, die differentialdiagnostisch die vorliegenden Verletzungsfolgen untersuche. Zu bemängeln sei zudem die Miteinbeziehung bzw. die Überbewertung der degenerativen Veränderungen bei der Zusammenhangsfrage.

Die Beklagte ist dem Gutachten von Dr. D mit beratungsärztlichen Stellungnahmen von Prof. Dr. M vom 27. September 2012 und 14. November 2012 entgegen getreten, wonach nach Auswertung des Operationsberichts vom 22. Juni 2007 kein unfallbedingter Befund zu erkennen sei. Richtigerweise habe am 22. April 2007 am linken Schultergelenk eine Verletzung der Supraspinatussehne ausgeschlossen werden können.

Auf Antrag des Klägers hat Dr. D unter dem 26. Februar 2013 ergänzend Stellung genommen. Danach sei dem Standpunkt von Prof. Dr. M, eine Läsion der Rotatorenmanschette sei bei der Arthroskopie nicht diagnostiziert worden, entgegen zu treten. Eine Pulley-Läsion, wie in den Operationsbildern dargestellt, sei eine Einrissverletzung des lateralen Pulley-Systems im Sinne einer Rotatorenmanschettenverletzung. Dies bedeute immer eine Verletzung der Supraspinatussehne, da diese einen Teil des Pulley-Systems darstelle. Auch sei die von Prof. Dr. M getroffene Aussage, die SLAP I-Läsion sei eindeutig degenerativ, unzutreffend.

Die Beklagte hat eine weitere beratungsärztliche Stellungnahme von Prof. Dr. M vom 15. März 2013 vorgelegt, in welcher er sich mit der ergänzenden Stellungnahme von Dr. D kritisch auseinandergesetzt hat.

Ein Versuch des Berichterstatters, die MRT-Aufnahmen vom 06. November 2006 beizuziehen, verlief ergebnislos. Die behandelnden Ärzte haben mitgeteilt, die Aufnahmen nicht mehr zu haben.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten und beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen und inhaltlich Bezug genommen.

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.

Zulässiger Gegenstand des vorliegenden Klage- und Berufungsverfahrens ist von Anfang an lediglich die Feststellung von Arbeitsunfallfolgen. Nur hierüber traf die Beklagte im verfahrensgegenständlichen Bescheid vom 17. November 2006 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 15. Februar 2007 eine anfechtbare – verwaltungsaktsmäßige – Regelung i.S.v. [§ 31 S. 1](#) des Zehnten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB X) in Form einer Ablehnung. Demgegenüber ist eine Klage auf die Gewährung von Entschädigungsleistungen unzulässig, solange nicht in einem Verwaltungsverfahren darüber vor Klageerhebung befunden worden ist (vgl. etwa Bundessozialgericht, Urteil vom 30. Oktober 2007 – [B 2 U 4/06 R](#) –, zitiert nach juris Rn. 10 f.). Eben so liegt es hier. Über die Gewährung einer Verletztenrente oder Übernahme von Behandlungskosten liegt noch keine anfechtbare Entscheidung der Beklagten vor. Es ist lediglich pauschal – und damit als rechtlich unbeachtliche Leerformel – von einem Nichtbestehen von Ansprüchen auf Leistungen die Rede. Ein Anspruch auf Verletztenrente oder Behandlungskostenübernahme wird so jedenfalls nicht rechtsbehelfsfähig abgelehnt.

Ein Anspruch auf Feststellung der vom Kläger geltend gemachten Arbeitsunfallfolgen besteht 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 02. Mai 2006 zurückführbare gesundheitliche Folgen bestehen. Vielmehr fehlt es bereits an einem im Vollbeweis gesicherten Gesundheitserstschaden, welcher über die direkt nach dem Unfall festgestellte Schulterprellung hinausgeht und an welchen sich die vom Kläger behaupteten Unfallfolgen anknüpfen lassen. Sämtliche von Dr. D gestellten Diagnosen – eine Pulley-Läsion des linken Schultergelenks, eine Teiltraktur der Rotatorenmanschette im Bereich der Supraspinatussehne links, ein Impingementsyndrom links, eine AC-Gelenksarthrose links und eine schmerzhaft funktionseinschränkende des Schultergelenks links – kommen so als Unfallfolgen nicht in Betracht.

Im Zentrum der Auseinandersetzung zwischen Dr. B (schriftliches Sachverständigengutachten vom 15. Mai 2009 und ergänzende Stellungnahme vom 02. November 2010), Dr. D (schriftliches Sachverständigengutachten vom 01. August 2012 und ergänzende Stellungnahme vom 26. Februar 2013) und Prof. Dr. M (beratungsärztliche Stellungnahmen vom 27. September 2012, 14. November 2012 und 15. März 2013) steht die Diskussion, ob eine beim Kläger im Nachhinein mit der MRT-Untersuchung vom 06. November 2006 festgestellte Schultergelenksdegeneration als wesentliche Ursache einer im Wesentlichen unfallbedingten Verursachung der beim Kläger bestehenden Funktionsbehinderungen entgegen steht bzw. welche Erkrankungen beim Kläger überhaupt im linken Schultergelenk (unfallbedingt) bestehen.

Es kann dahinstehen, welche Rolle eine möglicherweise im Zeitpunkt des Unfalls bestehende Degeneration der linken Schulter spielt, an der Dr. B in seinem für das SG erstellten schriftlichen Sachverständigengutachten seine Skepsis gegenüber einem versicherungsrechtlichen Zusammenhang fest macht. Geht man vom einschlägigen unfallmedizinischen Schrifttum aus, so ist die Zusammenhangsbeurteilung nach den Grundsätzen beim Sehnenriss vorzunehmen (Schönberger et al., Kap. 8.2.5.6, S. 417). Bei einem Sehnenriss nach Degenerationszeichen und einem – wie hier – etwa für eine Rotatorenmanschettenruptur geeigneten Unfallereignis (Treppensturz mit Hand am Geländer, vgl. Schönberger et al., Kap. 8.2.5.2, S. 412) ist es zum Ausschluss des Unfallereignisses als Mitursache für den Sehnenriss nicht zulässig, den zur Risszeit bestehenden Zustand des Sehnengewebes mit der Beschaffenheit einer Sehne zu vergleichen, die jung und noch nicht vorgeschädigt ist. Dies wäre – darin ist Dr. D in seinem auf Antrag des Klägers für den Senat erstellten schriftlichen Sachverständigengutachten recht zu geben – ein Verstoß gegen den Grundsatz, dass jeder Versicherte in dem Zustand geschützt ist, in welchem er sich bei Arbeitsantritt befand, d.h. auch mit einer degenerierten Sehne. Daher sind Ausmaß und Wert der zum Unfallzeitpunkt

bestehenden Degeneration zu prüfen, wobei in der Regel nur in den ersten vier bis sechs Wochen nach einem Riss entschieden werden kann, ob die Sehne zum Zeitpunkt des Risses vor- oder nicht vorgeschädigt war und ob der Sehnenriss bei über die physiologische Alteration des Gewebes hinausgehender Degeneration eintrat (Schönberger et al., Kap. 8.2.2.3, S. 396). Hiervon ausgehend lassen sich vom erst mehr als ein halbes Jahr nach dem Unfall gefertigten MRT vom 06. November 2006 wohl in der Tat nicht ohne Weiteres tragfähige Rückschlüsse auf den Degenerationsgrad im Zeitpunkt des Unfalls ziehen, zumal den im vorliegenden Fall mit der Zusammenhangsfrage befassten Ärzten mitsamt nicht die MRT-Aufnahmen vom 06. November 2006, sondern nur der MRT-Bericht zur Verfügung standen und diese nicht mehr auffindbar sind. Hilfreich sind nach der verstrichenen Zeit von vornherein auch histologische Untersuchungen nicht, wenn sie mehr als zwölf Wochen nach dem angeschuldigten Ereignis stattfinden (vgl. Schönberger et al., Kap. 8.2.5.5, S. 416).

Soweit Dr. B den MRT-Befund vom 06. November 2006 plausibel so deutet, dass dort von so starken Degenerationen berichtet wird, dass solche innerhalb eines halben Jahres nicht entstanden sein können, lässt sich hier in der Tat von einer bereits vorbestehenden, altersvoraneilenden Schadensanlage ausgehen, die allein schon ausreicht, eine im Wesentlichen unfallbedingte Verursachung auszuschließen. Hierfür spricht der von Dr. B anlässlich seiner für das SG durchgeführten Begutachtung erhobene Röntgenbefund, welcher auch in der rechten Schulter arthrotische Veränderungen erbracht hat, welche vom Kläger tatsächlich nicht bestritten, sondern eingeräumt werden. Ferner verweist Dr. B im Einklang mit dem einschlägigen unfallmedizinischen Schrifttum zutreffend darauf hin, dass die Rotatorenmanschette im hohen Maß der Degeneration, d.h. einem die altersentsprechende Norm deutlich übersteigenden Zustand unterliegt und zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr die meisten Rotatorenmanschettschäden mit Krankheitsmerkmalen vorliegen (vgl. Schönberger et al., Kap. 8.2.5.1, S. 410; Habermeyer, Schulterchirurgie, 4. Aufl. 2010, Kap. 3.2, S. 52). Demgegenüber kann die von Dr. M in seinem für die D-Versicherung erstellten Gutachten geäußerte Einschätzung, der Kläger sei noch jung gewesen, jedenfalls nicht überzeugen.

Letztlich kann dahinstehen, ob in der Degeneration die wesentliche Ursache zu erkennen ist. Selbst wenn nach Vorstehendem eine Degeneration als konkurrierende Ursache auszuschließen ist, lässt sich im vorliegenden Fall nicht beweisen, dass die anhaltenden Beschwerden des Klägers im linken Schultergelenk nach versicherungsrechtlichen Maßstäben auf den Unfall vom 02. Mai 2006 zurückzuführen sind.

Zunächst einmal lässt sich eine Rotatorenmanschettenruptur nicht auf den Unfall zurückführen. Es ist bereits kein 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. Hierauf weist bereits Dr. Min seinem für die Debeka-Versicherung des Klägers erstellten freien unfallchirurgischen Gutachten vom 06. November 2008 hin, indem er ausführt, dass die bei der sechs Monate nach dem Unfall durchgeführten MRT-Untersuchung erhobenen Befunde nicht mehr eindeutig dem Ereignis vom 02. Mai 2006 zuzuordnen sind. Der am Unfalltag erhobene klinische Befund selbst ist zu unspezifisch, als dass auf eine Rotatorenmanschettenruptur geschlossen werden könnte. Im DAB vom 02. Mai 2006 ist lediglich eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung der linken Schulter festgehalten. Zwar führen Dr. M in seinem für D-Versicherung erstellten Gutachten und Dr. D in seinem für den Senat erstellten schriftlichen Sachverständigengutachten für sich betrachtet jeweils zutreffend aus, dass die sofortige Arbeitsniederlegung und der Arztbesuch am Unfalltag für eine Verletzung der Rotatorenmanschette sprechen; auch die gegenüber Dr. M vorgenommene Schilderung des Klägers, beim Sturz in der Schulter ein Krepitationsgeräusch gehört zu haben, lässt sich mit der Typik einer Rotatorenmanschettenruptur in Einklang bringen, welche u.a. durch ein Reißgefühl gekennzeichnet ist (vgl. Schönberger et al., Kap. 8.2.5.4, S. 418). Demgegenüber weist Dr. B jedoch überzeugend auf das Fehlen eines für eine Rotatorenmanschettenruptur typischen Drop-Arm-Sign hin, welches darin besteht, dass 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 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. Vielmehr gab der Kläger Dr. M gegenüber anlässlich der für die Debeka-Versicherung durchgeführten Begutachtung an, dass die Schmerzen – für eine Rotatorenmanschettenruptur eher untypisch – im weiteren Verlauf nicht nachließen. Auch bei der von Dr. S am 01. November 2006 durchgeführten klinischen Untersuchung gab der Kläger einen seit dem Unfall anhaltenden Schmerz im linken Schultergelenk an, vgl. DAB vom 01. November 2006. Die röntgenologische Untersuchung am Unfalltag führte im Übrigen zum Ausschluss sowohl knöcherner Verletzungen als auch einer Luxation, wobei gerade das Fehlen knöcherner Begleitverletzungen gegen eine traumatische Rotatorenmanschettenverletzung spricht (vgl. Schönberger et al., Kap. 8.2.5.2, S. 412 und Kap. 8.2.5.6, S. 418; Ludolph et al., a.a.O., S. 16). Im Übrigen wurde weder eine Schwellung der Schulterweichteile noch eine Hämatomverfärbung innerhalb weniger Tage nach dem Unfall festgestellt bzw. hierüber berichtet.

Hinzukommt, dass selbst die – ein halbes Jahr später – am 06. November 2006 durchgeführte MRT-Untersuchung nicht nur keinen Nachweis für eine knöcherner Begleitverletzung, sondern auch den Ausschluss einer traumatischen Rotatorenmanschettenruptur erbrachte, indem nur kleinere Faserrisse des M. supraspinatus bei zentralen Degenerationszeichen festgestellt wurden. Hierauf verweist Dr. B nachvollziehbar in seinem fürs SG erstellten schriftlichen Sachverständigengutachten. Demgegenüber nicht plausibel erscheint die von Dr. D vorgenommene Interpretation des MRT-Befunds vom 06. November 2006 dahin, dass darin Einrisse der Fasern des M. supraspinatus bzw. eine Teilruptur der Rotatorenmanschette dargestellt worden seien. Dagegen streitet etwa auch die im Abschlussbericht von Dr. Stöckel vom 09. November 2006 geäußerte Einschätzung, dass aus dem MRT-Befund eindeutig hervorgeht, dass die vom Kläger beklagten Schmerzen auf degenerative Ursachen zurückzuführen sind, obwohl Dr. S nach der klinischen Untersuchung des Klägers am 01. November 2006 noch den Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenläsion geäußert und deshalb die MRT-Untersuchung veranlasst hatte, vgl. DAB vom 01. November 2006. Selbst Dr. M in seinem für Debeka-Versicherung erstellten Gutachten vermag dem MRT-Befund nicht die Aussage zu entnehmen, dass darin eine Teilruptur gesichert sei, sondern entnimmt ihm lediglich den Verdacht auf eine insertionsnahe Läsion der Supraspinatussehne.

Dass nun späterhin bei der im Juni 2007 durchgeführten Arthroskopie eine Pulley-Läsion festgestellt wurde, reicht für einen im Vollbeweis zu sichernden, auf das Unfallereignis zurückzuführenden und in einer Rotatorenmanschettenruptur liegenden Gesundheitserstschaden bei alldem ebenfalls nicht aus. Aus dem Operationsbericht ergibt sich gerade nicht eine Rotatorenmanschettenruptur. Zwar interpretiert Dr. D den Operationsbericht eben dahingehend, indem er insbesondere in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 26. Februar 2013 mit einer Pulley-Läsion immer zugleich eine Verletzung der Supraspinatussehne als gegeben ansieht, und beruft sich auf wissenschaftlich-

medizinische Ausführungen von Habermeyer. Dieser jedoch zeigt etwa in "Schulterchirurgie", 4. Aufl. 2010, S. 52 – hierauf verweist überzeugend Prof. Dr. M in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 15. März 2013 – mehrere Formen der Pulley-Läsion auf, die nicht mit einer Rotatorenmanschettenruptur einhergehen müssen. So steht auch bei der Arthroskopie im Juni 2007 die eindeutige Diagnose einer Rotatorenmanschettenruptur aus und ist eine solche im Vollbeweis selbst in diesem Zeitpunkt nicht gesichert. Bei allem Streit um die Begrifflichkeit lässt sich jedenfalls feststellen, dass die Pulley-Läsion, wie sie im Operationsbericht beschrieben ist, vom Operateur nicht in dem Sinne gemeint wurde, wie sie Dr. D interpretiert. Der Operateur, nämlich Dr. M selbst, führt in seinem für die D-Versicherung erstellten Gutachten in Übereinstimmung mit seinem auf den "22. April 2007" datierten OP-Bericht eindeutig aus: "Dabei ließ sich an pathologischen Befunden eine Läsion im Bereich des Austrittes der langen Bizepssehne aus dem Glenohumeral-Gelenk verifizieren (sog. Pulley-Läsion) Eine Läsion der Rotatorenmanschette wurde weder artikulärseitig noch bursaseitig gesehen."

Bei alledem lässt Dr. D außer Betracht, dass selbst dann, wenn die von ihm angenommene Teilruptur gegeben wäre, eine solche als inkomplette Ruptur gerade gegen einen versicherungsrechtlichen Zusammenhang spricht (vgl. Schönberger et al., Kap. 5.2.5.6, S. 418).

Auch die rund ein Jahr nach dem Unfall arthroskopisch gesicherte Pulley-Läsion (pulley engl. = Flaschenzug), d.h. Verletzung der ringförmigen Bandeinfassung am Eintritt der Bizepsrinne (Definition etwa bei Dres. Ernst u.a. – Orthopädie FreiburgSÜD –, www.schulter-zentrum.de), kommt als Unfallfolge nicht in Betracht. Die Pulley-Läsion als solche kann sowohl degenerativer als auch traumatischer Ursache im Rahmen einer Rotatorenmanschettenruptur sein (vgl. etwa Wikipedia, Stichwort "Pulley-Läsion"); hiervon geht auch Dr. D in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 26. Februar 2013 noch im Ansatz nachvollziehbar aus. Da nun eine (traumatische) Rotatorenmanschettenruptur – wie gezeigt – nicht vollbeweislich gesichert ist und als – hier überhaupt nur in Betracht kommende – Teilruptur auch schon eben deshalb nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das angeschuldigte, ein Jahr zurückliegende Ereignis zurückzuführen wäre, spricht bereits dies dagegen, dass auch eine mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführende Pulley-Läsion vorliegt. Hinzukommt, dass als Verletzungsmechanismus für Pulley-Läsionen vor allem der Fall auf den ausgestreckten Arm in voller Außen- oder Innenrotation sowie der Fall nach hinten auf die Hand oder den Ellenbogen gesehen wird (etwa Held, Anterosuperiores Impingement der Schulter als Folge von Pulley-Läsionen, München 2008, Kap. 3.4, S. 34; Hartleb, Arthroskopische vs. mini-open Fadenankertenodese bei Pulley-Läsionen, Offenbach a.M. 2012, Kap. 2.3.3.1, S. 42). Der Kläger hielt sich demgegenüber eigenen Angaben zufolge beim Fallen mit dem linken Arm am Treppengeländer fest, wobei er immer bei dieser Unfallschilderung blieb.

Auch die 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 entgegen der Annahme von Dr. D weder die AC-Gelenkarthrose noch das Impingement auf den Unfall zurückgeführt werden.

Schließlich kommt auch die arthroskopisch gesicherte SLAP-Läsion Typ I nicht als Unfallfolge in Frage. SLAP steht für Superior Labrum Anterior to Posterior (etwa Thomann/Schröter/Grosser, Orthopädisch- unfallchirurgische Begutachtung, 1. Aufl. 2009, S. 189 f.). Abgesehen davon, dass selbst Dr. D die SLAP-Läsion nicht als unfallbedingt diskutiert, wurde sie als SLAP-Läsion Typ I im Operationsbericht vom "22. April 2007" in Übereinstimmung mit dem unfallmedizinischen Fachschrifttum konsequenter ausdrücklich als degenerativ beschrieben (vgl. etwa Thomann/Schröter/ Grosser, a.a.O., S. 189, 190.; Jerosch, Läsionen des Labrum glenoidale des glenohumeralen Gelenkes, chir. praxis 57, S. 103, ff.). Davon abgesehen fehlt es überhaupt an geeigneten Unfallmechanismus einer SLAP-Läsion, welcher in einer vollständigen Schulterluxation, in der Kompression des oberen Labrums durch einen Sturz auf den ausgestreckten und abgespreizten Arm oder in einem plötzlichen, heftigen Zug bei gebeugtem und supiniertem Unterarm zu sehen ist (vgl. Thomann/ Schröter/Grosser, ebd.). Abgesehen davon, dass bei der am Unfalltag vorgenommenen röntgenologischen Untersuchung eine Luxation ausgeschlossen werden konnte, lässt sich auch die wiederholt gleichbleibende Unfallschilderung des Klägers nicht mit den für eine SLAP-Läsion zu fordernden Unfallmechanismen in Einklang bringen.

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

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

2014-01-15