

L 6 U 61/09

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6.
1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 6 U 90036/06
Datum
03.04.2009
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 6 U 61/09
Datum
05.05.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob Schäden im Bereich der linken Schulter des Klägers weitere Folgen eines Arbeitsunfalls sind.

Der 1945 geborene Kläger geriet am 19. Juni 2005 gegen 6.00 Uhr auf versichertem Weg mit dem Vorderrad eines Mopeds auf einer Weide in eine Fahrspur, stürzte und schlug dabei seitlich mit der linken Schulter und Hüfte auf den Boden. Nach einer ca. halbstündigen Pause fuhr er mit dem Moped nach Hause zurück und stellte sich um 7.50 Uhr bei dem D-Arzt und Chefarzt der Unfallchirurgischen Klinik des Johanniter Krankenhauses G. S. Dr. J. vor, der einen Druckschmerz und eine Schwellung über dem linken AC-Gelenk (Schulterreckgelenk) bei freier Schulterbewegung fand. Über dem Trochanter major links (Außenseite des Hüftgelenkes) seien kleine Prellmarken bei freier Hüftbeweglichkeit vorhanden. Röntgenologisch zeigten sich im Bereich des linken Schulter- und Hüftgelenkes keine Frakturzeichen. Arbeitsunfähigkeit bestehe voraussichtlich bis zum 4. Juli 2005. Diagnostisch bestünden eine AC-Gelenkkontusion sowie eine Hüftprellung links (D-Arztbericht vom 19. Juni 2005).

Nachdem sich der Kläger wegen anhaltender Schulterbeschwerden am 5. September 2005 wieder bei Dr. J. vorgestellt und zuvor ein am 31. August 2005 gefertigtes Magnetresonanztomogramm (MRT) hochgradige Veränderungen im AC-Gelenkspalt mit Flüssigkeitseinlagerung und verdicktem Entzündungsgewebe sowie den Verdacht auf das Vorliegen einer Teilruptur der Supraspinatussehne (Sehne des Obergrätenmuskels) erbracht hatte, erfolgte am 20. September 2005 eine Arthroskopie. Laut Operationsbericht fanden sich eine Synovialitis (Entzündung der Gelenkinnenhaut), degenerative Veränderungen des Labrums (Knorpelring der Schultergelenkspfanne) am vorderen Anteil mit teilweiser Ablösung des deutlich degenerativ veränderten Bizepssehnenankers im Sinne einer SLAP-Läsion Typ II, deutliche degenerative Veränderungen der Bizepssehne, eine I.-gradige Chondropathie der glenoidalen Gelenkfläche (Knorpelverschleiß im Bereich der Schultergelenkspfanne), ein degenerativ verändertes AC-Gelenk mit knöchernen Anbauten, kleine intramurale (an der Gewebewand befindliche) Risse mit begleitenden degenerativen Veränderungen der Supraspinatussehne ohne vollständige Ruptur sowie eine chronisch verdickte Bursa subacromialis (Schleimbeutel zwischen Schulterdach und Gelenkkapsel).

Unter dem 30. September 2005 teilte die Krankenkasse des Klägers der Beklagten auf entsprechende Anfrage mit, dass vom 27. September bis 1. Oktober 2004 wegen einer Schulterzerrung, vom 14. bis 22. Juli 2005 wegen eines Karpaltunnelsyndroms und vom 19. September 2005 an wegen Beschwerden im Bereich der Rotatorenmanschette (Drehmuskelmanschette) Arbeitsunfähigkeit bestanden habe bzw. vorliege.

Mit Bescheid vom 17. November 2005 erkannte die Beklagte das Ereignis vom 19. Juni 2005 mit einer Kontusion der linken Schulter sowie einer Prellung der linken Hüfte als Arbeitsunfall an und stellte eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bis zum 4. Juli 2005 fest.

Hiergegen erhob der Kläger am 28. November 2005 Widerspruch und machte zur Begründung mit Schreiben vom 29. Dezember 2005 vor allem geltend, dass im Rahmen der Operation am 20. September 2005 ein Bizepsabriss festgestellt worden sei, der nach ärztlicher Auskunft vom Unfall stamme. Zudem sei am 6. Dezember 2005 eine weitere Operation erfolgt. Die Beklagte zog vom Johanniter Krankenhaus G. S.

den Operationsbericht vom 6. Dezember 2005 bei. Hierin beschrieb Dr. J. wiederum eine Synovialitis, eine ohne vollständige Kontinuitätstrennung degenerativ veränderte und partiell eingerissene Subscapularissehne (Sehne des Schulterblattmuskels), eine ebenfalls degenerativ veränderte Supraspinatussehne sowie eine Bursitis im subacromialen Raum. Das Labrum sei im distalen (unteren) Bereich wieder angewachsen, wohingegen cranial-ventral zum Bizepssehnenanker (am oberen und hinteren Übergang zum Bizepssehnenansatz) ohne vollständige Ablösung eine Lücke vorhanden sei.

Zur Feststellung und Bewertung der Unfallfolgen beauftragte die Beklagte den Facharzt für Chirurgie/Unfallchirurgie Dr. S. mit der Erstellung des Gutachtens vom 12. April 2006 nach ambulanter Untersuchung am 4. April 2006. Dieser legte dar, dass auf der Röntgenaufnahme vom Unfalltag eine massive Auftreibung des körperfernen Schlüsselbeinendes am Schultergelenk zu erkennen sei, was dem Vorbefund vom 27. September 2004 entspreche. Im Ergebnis schätzte der Sachverständige ein, dass sich die Wiedererkrankung des Klägers im September 2005 nicht auf den Arbeitsunfall zurückführen lasse. Konkrete Folgen seien aus ihm nicht verblieben. Die anlässlich des MRT vom 31. August 2005 sowie der Operation vom 20. September 2005 aufgedeckten Schäden seien Ausdruck eines fortgeschrittenen Verschleißes des linken Schultergelenkes, der Rotatorenmanschette mit einem Engpass in ihrem Gleitraum sowie des Ursprungs der körpfernahen langen Bizepssehne. Auch der Verlauf spreche gegen einen Unfallzusammenhang. Denn angesichts der Mitteilung der Krankenkasse fehle zwischen dem 4. Juli und dem 19. September 2005 eine erforderliche Brückensymptomatik.

Daraufhin wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 18. Mai 2006 als unbegründet zurück.

Am 1. Juni 2006 hat der Kläger vor dem Sozialgericht (SG) Stendal Klage erhoben und sein Begehren weiter verfolgt. Zwar seien bei ihm degenerative Veränderungen vorhanden. Beschwerden im Bereich der linken Schulter hätten vor dem Unfall jedoch nicht bestanden und seien von seinen behandelnden Ärzten auch nicht diagnostiziert worden. Demnach seien die gefundenen Schädigungen allein durch den Arbeitsunfall eingetreten. Jedenfalls hätten sich die gegebenenfalls bereits bestehenden Beeinträchtigungen durch diesen wesentlich verschlechtert bzw. erst gezeigt.

Aus einem am 21. Juni 2006 gefertigten MRT der linken Schulter gehen nach der Auswertung des Chefarztes der Radiologischen Abteilung des Altmark-Klinikums G. Dr. B. ein reaktiver Reizerguss in Anlehnung an die lange Bizepssehne nach Reinsertion sowie degenerative Veränderungen der Supraspinatussehne am Muskelübergang hervor. Die sonstigen Anteile der Rotatorenmanschette zeigten keine Läsionsanzeichen. Hinweise für einen traumatischen Sehnenschaden seien ebenso wenig zu finden wie für ein Impingement (Engpass). Das Labrum zeige einen Längsriss im ventralen Anteil im Sinne einer Bankart-Läsion (Ablösung am vorderen Pfannenrand). Vom 22. bis 29. Juni 2006 hat sich der Kläger stationär in der Klinik für Orthopädie der Pfeifferschen Stiftungen M. befunden, wo am 23. Juni 2006 eine nochmalige arthroskopische Refixation des Labrums erfolgt war. Intraoperativ hat der Oberarzt Dr. K. im Wesentlichen eine Synovialitis und eine in ihrer Kontinuität erhaltene insgesamt abgeflachte Bizepssehne mit teilabgelöstem vorderen Anker im Sinne einer SLAP-Läsion Grad II, einen vom vorderen Ankerbereich ausgehenden degenerativen Rissbereich im vorderen oberen Anteil des Labrums, eine intakte Rotatorenmanschette mit leichten Auffaserungen der Supraspinatussehne im hinteren Anteil sowie eine chronische Bursitis subacromialis vorgefunden.

Das SG hat von dem Facharzt für Orthopädie Dr. G. bei letzter Vorstellung am 16. Oktober 2006 den Befundbericht vom 30. November 2006 eingeholt, der eine Arbeitsunfähigkeit wegen Schulterbeschwerden vom 11. September 2005 bis zum 31. Oktober 2006 mitgeteilt und als Befund für die erstmalige Untersuchung des Klägers am 29. März 2006 eine schmerzhaft endgradig eingeschränkte Beweglichkeit der linken Schulter ohne sensible und motorische Ausfälle dokumentiert hat. Nach der Operation vom 23. Juni 2006 sei es zu einer deutlichen Besserung mit nunmehr freier Beweglichkeit gekommen.

Von dem Facharzt für Chirurgie/Unfallchirurgie Dr. R. hat das SG nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 8. November 2007 das Gutachten vom 3. Januar 2008 fertigen lassen. Dieser hat klinisch eine im Vergleich zur Gegenseite geringer entwickelte Bizepsmuskulatur links, eine seitengleich unbeeinträchtigte und schmerzfreie Beweglichkeit der Schultergelenke sowie eine gleichmäßige grobe Kraft rechts und links gefunden. Im Ergebnis ist Dr. R. zu der Einschätzung gelangt, dass die Teilablösung des knorpeligen Ringes der Schultergelenkspfanne mit Teilablösung des Bizepssehnenursprungs sowie die Auffaserungen der Supraspinatussehne im Bereich der linken Schulter des Klägers nicht mit Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall zurückzuführen seien. Da vor dem Unfallzeitpunkt auch keine Behandlungsbedürftigkeit des Klägers wegen Schulterbeschwerden bestanden habe, sei es durch den Unfall auch nicht zu einer Verschlimmerung gekommen. Gegen einen Unfallzusammenhang spreche zunächst, dass mit einem Sturz auf die Schulter regelmäßig keine Überlastung im Sinne eines Verrenkungsmechanismus verbunden sei, der zu einer Zugbelastung der Rotatorenmanschette sowie der Knorpellippe des Gelenkes bzw. des Bizepssehnenursprungs führe. Klinische Symptome einer unfallbedingten Rotatorenmanschettenläsion bzw. eines Abrisses der Gelenkknorpellippe seien das unmittelbare Auftreten von Schmerzen sowie ein eindrucksvoller lähmungsartiger Kraft- und Funktionsverlust des Schultergelenkes. Eine entsprechende Situation habe hier nicht vorgelegen. Stattdessen sei erstbefundlich eine frei bewegliche linke Schulter ohne Prellmarken und ohne Bluterguss beschrieben. Eine Schwellung habe lediglich im linken Schultergelenkbereich bestanden. Frische unfallbedingte Veränderungen seien auch nachfolgend weder bildgebend noch intraoperativ gesichert worden. Vielmehr sei durch diese weiteren Untersuchungen ein weit fortgeschrittener Verschleiß der linken Schulter als Schadensanlage zu Tage getreten, die als allein wesentliche Ursache anzusehen sei. Die gefundenen degenerativen Veränderungen verliefen typischerweise schleichend und chronisch. Sie blieben in aller Regel auch klinisch stumm und hätten keinen messbaren Verlust an Kraft und Beweglichkeit zur Folge. Erst ein oft banales Ereignis decke die Schädigung auf. Angesichts des fortgeschrittenen Stadiums der Veränderungen habe vorliegend auch ein geringerer Anlass als der Unfall vom 19. Juni 2003 genügt, um die Beschwerden zu entwickeln. Der Unfall sei quasi der "letzte Tropfen, der das Fass zum Überlaufen" gebracht habe, gewesen.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat das SG schließlich den Facharzt für Orthopädie Dr. P. mit der Erstellung des Gutachtens vom 19. September 2009 nach ambulanter Untersuchung am 17. September 2008 beauftragt. Dieser hat klinisch eine im Seitenvergleich regelrechte Schultermuskulatur mit beidseitig flüssigem uneingeschränktem Bewegungsablauf befundet und ist im Ergebnis zu der Einschätzung gelangt, dass der Arbeitsunfall zu einer Prellung des linken Schultergelenkes mit vorübergehender schmerzbedingter Belastungsminderung bis zum 3. Juli 2005 geführt habe. Bleibende Gesundheitsstörungen, insbesondere eine SLAP-Läsion, habe er dagegen nicht hinterlassen. Allein wesentliche Ursache der ab dem 5. September 2005 begonnenen Behandlung sei vielmehr die per MRT und Arthroskopie festgestellte Vorerkrankung in Form ausnahmslos altersbedingter degenerativer Veränderungen gewesen. Wegen des Umfangs dieses Vorschadens habe es sogar ohne Mitwirkung eines äußeren Ereignisses, welches das Maß alltäglicher Belastungen nicht

übersteige, zum Auftreten der behandelten Beschwerden kommen können. Zwar könne auch eine Prellung der das Gelenk umgebenden Strukturen zu heftigen Schmerzen und könnten in der Folge ablaufende Entzündungsprozesse über längere Zeit hinweg zu Bewegungseinschränkungen führen. Das beim Kläger mittels zweimaliger subacromialer Dekompression ausgeräumte degenerative Impingement sowie die jeweils operativ angetroffene Schleimhaut- und -beutelentzündung reichten jedoch völlig aus, seine Beschwerden zu erklären. Weder im Rahmen der erfolgten Operationen noch bei den gefertigten MRT sei ein einziger unfallbedingter Befund zu belegen gewesen. Die am 20. September 2005 durchgeführte Operation sei auch nicht etwa zur Behebung einer präoperativ beschriebenen unfallbedingten Situation, sondern wegen belastungsabhängiger Schmerzen des Klägers und wegen des im MRT geäußerten Verdachtes auf eine Teiltraktur der Supraspinatussehne erfolgt, der sich intraoperativ nicht bestätigt habe. Andererseits seien bei den genannten Untersuchungen aber jeweils krankhafte Befunde degenerativer Natur festgestellt worden. Das treffe insbesondere auf die SLAP-Läsion zu, die mit zunehmendem Alter nahezu eine Normalität darstelle und bei Schulterarthroskopien häufig anzutreffen sei, ohne dass zuvor Schmerzen oder Funktionsbeeinträchtigungen bestanden hätten oder überhaupt irgendein Unfallmechanismus eingewirkt habe.

Mit Urteil vom 25. März 2009 hat das SG die Klage abgewiesen und sich zur Begründung auf die Gutachten der Dres. S., Rieper und Peters gestützt, deren übereinstimmenden Bewertungen überzeugten. Für ihre Argumentation spreche insbesondere, dass bildgebend nur eine degenerative Vorschädigung im Bereich der linken Schulter festgestellt und ebenso in den Operationsberichten anstatt unfallbedingter Verletzungszeichen fortgeschrittene Verschleißveränderungen beschrieben seien.

Gegen das ihm am 10. Juli 2009 zugestellte Urteil hat der Kläger am 10. August 2009 Berufung beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt und darauf verwiesen, dass Dr. J. die Befunde am 19. Juni 2005 offensichtlich unzureichend erhoben habe. Er habe die linke Schulter zunächst nur röntgenologisch untersucht und nicht sogleich ein MRT veranlasst. Ein solcher arzt haftungsrechtlich relevanter Befunderhebungsfehler könne ihm (dem Kläger) nunmehr nicht entgegen gehalten werden.

Der Kläger beantragt seinem Vorbringen nach,

das Urteil des Sozialgerichts Stendal vom 25. März 2009 aufzuheben sowie den Bescheid der Beklagten vom 17. November 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Mai 2006 abzuändern und einen Teilriss des Knorpelrings der Schultergelenkspfanne, eine Teilablösung des Bizepssehnenankers sowie intramurale Risse der Supraspinatussehne im Bereich seiner linken Schulter als weitere Folgen des Arbeitsunfalls vom 19. Juni 2005 anzuerkennen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt die Entscheidung des SG. Das Begehren des Klägers werde von allen drei im Verfahren gehörten Sachverständigen einhellig nicht gestützt.

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

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen. Diese Unterlagen waren Gegenstand der Beratung und der Entscheidungsfindung des Senats.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte nach den [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden, weil die Beteiligten sich mit dieser Verfahrensweise einverstanden erklärt haben.

Die nach [§ 143 SGG](#) statthafte, form- und fristgerecht erhobene ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) sowie auch ansonsten zulässige Berufung ist unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 17. November 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Mai 2006 beschwert den Kläger nicht im Sinne der [§§ 157, 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#). Die Schäden am Knorpelring der Schultergelenkspfanne, am Bizepssehnenanker sowie an der Supraspinatussehne im Bereich seiner linken Schulter sind keine Folgen des Arbeitsunfalls vom 19. Juni 2005.

Nachgewiesene Gesundheitsstörungen sind Folgen eines Arbeitsunfalls, wenn zwischen dem Unfallereignis und ihnen entweder direkt oder vermittelt durch den Gesundheitserstschaden ein Ursachenzusammenhang im Sinne von [§ 8 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) besteht. Dabei gilt der Beweismaßstab der hinreichenden Wahrscheinlichkeit. Diese liegt vor, wenn bei vernünftiger Abwägung aller Umstände mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden, so dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann. Die bloße Möglichkeit einer Verursachung genügt dagegen nicht. Dabei setzt die im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung geltende "Theorie der wesentlichen Bedingung" in Eingrenzung der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie, nach der jede nicht hinwegzudenkende Bedingung (conditiosinequanon) kausal ist, voraus, dass das versicherte Geschehen nicht nur irgendeine Bedingung in der Kette der Faktoren für die Entstehung des Gesundheitsschadens, sondern eine wesentliche Ursache war (vgl. KassKomm-Ricke, Stand Oktober 2010, [§ 8 SGB VII](#) Rn. 4 und 15, m.w.N.). "Wesentlich" ist hierbei nicht gleichbedeutend mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keinen überragenden Einfluss hat (haben). Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besonderen Beziehungen der Ursache zum Eintritt des Erfolges (Gesundheitsschaden/Erkrankung) wertend abgeleitet werden. Gesichtspunkte hierfür sind insbesondere die Art und das Ausmaß der versicherten Einwirkung sowie der konkurrierenden Ursachen, das Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, der zeitliche Verlauf, die Krankheitsgeschichte unter Berücksichtigung der aktuellen medizinischen Erkenntnisse sowie ergänzend auch der Schutzzweck der Norm (siehe Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 12. April 2005 - [B 2 U 27/04 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#); Urteil vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#)).

Ausgehend hiervon ist es nicht hinreichend wahrscheinlich, dass die jeweils arthroskopisch gesicherten Teilablösungen der

Schulterpfannenrandlippe sowie des Bizepssehnenankers und die Einrisse der äußeren Strukturen der Supraspinatussehne im Bereich der linken Schulter des Klägers im Wesentlichen durch den Arbeitsunfall vom 19. Juni 2005 verursacht worden sind.

Für einen solchen Zusammenhang lassen sich zwar das Einsetzen subjektiver Beschwerden und die ärztliche Konsultation in enger zeitlicher Beziehung zum Ereignis anführen. Erste Zweifel an einer wesentlichen Kausalbeziehung zwischen ihm und den zuvor genannten Gesundheitsstörungen kommen aber bereits deshalb auf, weil die Eignung des Geschehensablaufs vom 19. Juni 2005 zur Verursachung einer vor allem traumatischen Schädigung der als weitere Unfallfolgen geltend gemachten Gewebestrukturen nicht mit ausreichender Sicherheit feststeht. Wie insbesondere Dr. R. im Einklang mit den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen dargelegt hat, wird für eine unfallbedingte Verletzung von Sehnenstrukturen der Schulter ein bestimmter Ablauf gefordert. Als maßgeblich wird darauf abgestellt, ob die jeweils betroffene Sehne aktiv und/oder passiv am angeschuldigten Unfallmechanismus beteiligt war. Dabei gelten Belastungen als gefährdend, die überfallartig eine Dehnungsbelastung der angespannten Struktur bewirken, wohingegen etwa direkte Krafteinwirkungen auf die Schulter infolge eines Sturzes, einer Prellung oder eines Schlages nicht mit einer entsprechenden Zugbeanspruchung verbunden seien (siehe nur Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, Abschn. 8.2.5.2, S. 404 ff. und 412 f; Ludolph in: ders./Schürmann/Gaidzik, Kursbuch der ärztlichen Begutachtung, Stand Oktober 2009, VI-1.2.3, S. 12). Übertragen auf den vorliegenden Unfallhergang erscheint damit eine durch den Aufprall der Schulter auf den Boden bewirkte Zugwirkung auf die Supraspinatussehne, die Knorpellippe der Gelenkspfanne sowie den Bizepssehnenursprung unwahrscheinlich.

Ferner sprechen der klinische Erstbefund sowie der nachfolgende Krankheitsverlauf gegen eine wesentliche kausale Verknüpfung zwischen dem Unfall und den Schäden im linken Schulterbereich des Klägers. So hat Dr. J. gut zwei Stunden nach dem Unfall zwar einen Druckschmerz und eine Schwellung über dem linken AC-Gelenk, andererseits aber auch eine frei bewegliche linke Schulter gefunden. Typisch für eine unfallbedingte Schädigung der Supraspinatussehne ist demgegenüber das Vorliegen eines droparm-Zeichens im Sinne einer Pseudolähmung (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Abschn. 8.2.5.6, S. 417 f.; Ludolph, a.a.O., VI-1.2.3, S. 15). Auch insoweit folgt der Senat deshalb Dr. R., der aus dem fehlenden lähmungsartigen Kraft- und Funktionsverlust des Schultergelenkes nachvollziehbar Zweifel am Unfallzusammenhang abgeleitet hat. Hinzu kommt, dass beim Kläger nach Abklingen der primären Beschwerden und Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit zum 4. Juli 2005 zwei Monate später eine zunehmende Verschlechterung der Befundlage zu verzeichnen war, was im Sinne eines zweiphasigen Beschwerdeverlaufs anstatt auf eine traumatische Ursache auf eine degenerative Schadensentwicklung hindeutet (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Abschn. 8.2.5.3, S. 414). Zutreffend weist Dr. S. in diesem Zusammenhang auf eine fehlende Brückensymptomatik zwischen dem 4. Juli und dem 19. September 2005 hin, zumal vom 14. bis 22. Juli 2005 Behandlungsbedürftigkeit wegen eines Karpaltunnelsyndroms vorgelegen hatte.

Gewichtige Zweifel an einer im Wesentlichen traumatischen Bedingtheit der als zusätzliche Unfallfolgen angeschuldigten Gesundheitsstörungen werden weiterhin durch die erhobenen bildgebenden und intraoperativen Befunde hervorgerufen, denen im Hinblick auf die geltend gemachten Unfallfolgen keine verletzungstypischen Veränderungen zu entnehmen sind. Aus dem MRT vom 31. August 2005 geht als Restsubstrat der durchgemachten Kontusion zwar eine Flüssigkeitseinlagerung im Bereich des AC-Gelenks, ansonsten jedoch nur eine hochgradige degenerative Veränderung in dessen Gelenkspalt und ein verdicktes Entzündungsgewebe hervor. Dem entspricht die Kontrolluntersuchung vom 21. Juni 2006, bei der auch Dr. B. ausschließlich degenerative Veränderungen der Supraspinatussehne gefunden, Läsionszeichen im Bereich der sonstigen Anteile der Rotatorenmanschette verneint sowie Hinweise für einen traumatischen Sehnen Schaden ausdrücklich ausgeschlossen hat. Nichts anderes ergibt sich unter Berücksichtigung der jeweils intraoperativ angetroffenen Befundsituationen. Bei der ersten Operation am 20. September 2005 konnte der bildgebend verdächtige Teilriss der Supraspinatussehne entkräftet werden. Vorgefunden wurden lediglich degenerative Auffaserungen des äußerlichen Sehnen Gewebes, die bis zum Vorliegen der festen Sehnenstruktur abgetragen und geglättet worden sind. Daneben lagen im Wesentlichen eine Entzündung der Gelenkinnenhaut, deutliche degenerative Veränderungen des Labrums, des Bizepssehnenankers, der Bizepssehne, des AC-Gelenkes sowie ein chronisch verdickter Schleimbeutel unterhalb des knöchernen Schulterdaches vor. Auch bei der Nachfolgeoperation am 6. Dezember 2005 beschrieb Dr. J. mit einer wiederum gesehenen Synovialitis, degenerativ veränderten Subscapularis- und Supraspinatussehnen sowie einer Bursitis im subacromialen Raum Befunde, die Dr. K. im Rahmen der von ihm am 23. Juni 2006 durchgeführten dritten Arthroskopie einschließlich eines degenerativen Rissbereichs in der Gelenkklappe nochmals bestätigt hat.

Gegen einen wesentlichen Unfallzusammenhang spricht schließlich, dass eine konkurrierende Ursache als einleuchtende und vom Unfallereignis unabhängige Erklärung der als dessen Folgen geltend gemachten Gesundheitsstörungen gesichert ist. So ist im linken Schulterbereich des Klägers in Form der arthroskopisch belegten Synovialitis, der deutlichen degenerativen Veränderungen des Labrums, des Bizepssehnenankers und der Bizepssehne, der Subscapularis- und Supraspinatussehne und des AC-Gelenkes sowie der chronisch verdickten Bursa subacromialis als Schadensanlage ein weit fortgeschrittener Verschleiß bewiesen, der neben der versicherten Einwirkung im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinn eine Bedingung für die Auslösung der angeschuldigten Unfallfolgen gesetzt hat und dem im Verhältnis zu dieser Einwirkung nach den einhelligen Darlegungen aller drei Gutachter ein ganz überragendes Gewicht zukommt. Angesichts des Verschleißgrades, der u.a. eine zweimalige subacromiale Dekompression mit knöcherner Abtragung bei dreimalig angetroffener Gelenkinnenhaut- und Schleimbeutelentzündung erforderlich machte, hätte sowohl nach Dr. R. als auch nach Dr. P. anstatt der Unfalleinwirkung auch ein alltäglicher Vorgang genügt, um die Ablösungen des Labrums und des Bizepssehnenankers sowie den Auffaserungen der Supraspinatussehne zu bewirken (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 12. April 2005 - [B 2 U 27/04 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#); Urteil vom 30. Januar 2007 - [B 2 U 8/06 R](#) - juris). Gerade auch die dreimal erforderlich gewordene Arthroskopie untermauert diese Bewertung, da bei einem frischen Riss nach operativer Therapie in der Regel mit einer funktionsgerechten Wiederherstellung gerechnet werden kann, wohingegen eine mehrfache operative Intervention stark auf ein bereits umfangreich vorgeschädigtes Gewebe hindeutet (vgl. Hepp/Lambert, MED SACH 2009, 181 [188]). Abgesehen davon handelt es sich sowohl nach Dr. S. als auch laut den Dres. R. und Peters bei den beim Kläger intraoperativ gefundenen Läsionen des Knorpelrings, des Bizepssehnenankers und der Supraspinatussehne um ein typisches degeneratives Schadensbild. Dies bleibt auch unter Berücksichtigung des erstmaligen Beschwerdeintritts am 19. Juni 2005 eine mögliche Erklärung, da insbesondere Labrum- und Bizepsankerschädigungen Zufallsbefunde ohne vorherige Krankheitsrelevanz sein können, wie Dr. P. unter Literatursauswertung nachvollziehbar dargestellt hat.

Insgesamt verbleiben beim Senat angesichts des Vorschadens unter Einbeziehung der zuvor geprüften weiteren Gesichtspunkte damit ernste Zweifel daran, dass der Arbeitsunfall die Schädigungen des Labrums, des Bizepssehnenankers sowie der Supraspinatussehne wesentlich (mit-)verursacht hat. Es besteht deshalb auch keine Veranlassung, den übereinstimmenden Einschätzungen der im Verfahren eingeschalteten Sachverständigen im Ergebnis nicht zu folgen.

Nach alledem konnte die Berufung keinen Erfolg haben.

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

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtsmittelbelehrung und Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

I. Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil steht den Beteiligten die Revision nur zu, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils schriftlich beim Bundessozialgericht, Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel, oder in elektronischer Form einzulegen. Die Beschwerdeschrift muss bis zum Ablauf der Monatsfrist beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Die elektronische Form wird durch eine qualifizierte signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht (ERVVOBSG) vom 18. Dezember 2006 ([BGBl I 3219](#)) in den elektronischen Gerichtsbriefkasten zu übermitteln ist. Die hierfür erforderliche Software kann über das Internetportal des Elektronischen Gerichts- und Verwaltungspostfachs (www.egvp.de/) unter "Downloads" lizenzfrei heruntergeladen werden.

Als Prozessbevollmächtigte sind nur zugelassen:

Rechtsanwälte

Rechtslehrer mit Befähigung zum Richteramt an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz

zur Vertretung ihrer Mitglieder und bei einem Handeln durch Personen mit Befähigung zum Richteramt oder durch Diplom-Juristen aus dem Beitrittsgebiet im Sinne des [§ 5](#) des Einführungsgesetzes zum Rechtsdienstleistungsgesetz

selbständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung

berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft

Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände oder andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung

Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten

juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der zu c) genannten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt. Dazu ist ein Handeln durch Personen mit Befähigung zum Richteramt oder durch Diplom-Juristen aus dem Beitrittsgebiet im Sinne des [§ 5](#) des Einführungsgesetzes zum Rechtsdienstleistungsgesetz und die Haftung der Organisation für die Tätigkeit der Prozessbevollmächtigten Voraussetzung.

Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte oder solche anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen. Diese Beschäftigten müssen die Befähigung zum Richteramt haben oder Diplom-Jurist aus dem Beitrittsgebiet im Sinne des [§ 5](#) des Einführungsgesetzes zum Rechtsdienstleistungsgesetz sein.

Die Beschwerde ist innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung des Urteils von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form (s. o.) zu begründen.

In der Begründung muss die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache dargelegt oder die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, des Bundessozialgerichts oder des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes, von der das Urteil abweicht, oder ein Verfahrensmangel, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann, bezeichnet werden. Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der [§§ 109](#) und [128 Abs. 1 Satz 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) nicht und eine Verletzung des [§ 103 SGG](#) nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision kann ein Beteiligter, der nicht schon durch einen Bevollmächtigten der unter I. c) und I. d) genannten Vereinigungen, Gewerkschaften oder juristischen Personen vertreten ist, Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht entweder schriftlich oder in elektronischer Form (s. o.) einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären.

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen; hierzu muss der für die Erklärung durch Rechtsverordnung vorgeschriebene Vordruck benutzt werden. Dieser amtliche Vordruck für die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse kann von allen Gerichten und ggf. durch den Schreibwarenhandel bezogen werden. Er kann auch über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) unter "Das Gericht" - "Zugang zur Revisionsinstanz" - "Prozesskostenhilfe" heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse - ggf. nebst entsprechenden Belegen - müssen bis zum Ablauf der Frist für die Einlegung der Beschwerde (ein Monat nach Zustellung des Urteils) beim Bundessozialgericht eingegangen sein. Soll der Vordruck beim Bundessozialgericht in elektronischer Form eingereicht werden, ist ein Vordruck in Papierform auszufüllen, zu unterzeichnen und mittels Einscannen in eine Datei umzuwandeln, die qualifiziert signiert ist und nach Maßgabe der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht (s. o.) in den elektronischen Gerichtsbriefkasten zu übermitteln ist.

Mit dem Antrag auf Prozesskostenhilfe kann ein zur Vertretung bereiter Rechtsanwalt benannt werden.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2011-08-03