

L 6 U 79/07

Land

Sachsen-Anhalt

Sozialgericht

LSG Sachsen-Anhalt

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

6.

1. Instanz

SG Stendal (SAN)

Aktenzeichen

S 6 U 19/05

Datum

31.03.2005

2. Instanz

LSG Sachsen-Anhalt

Aktenzeichen

L 6 U 79/07

Datum

22.06.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 2 U 193/11 B

Datum

14.09.2011

Kategorie

Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Anerkennung der Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne und die Verlagerung der langen Bizepssehne rechts als Folgen des Arbeitsunfalls vom 13. Januar 2004 sowie die Gewährung einer Verletztenrente.

Der 1950 geborene Kläger rutschte während der Ausübung versicherter Tätigkeit am 13. Januar 2004 beim Aussteigen aus einem Lkw auf vereister Fläche aus und verletzte sich an der rechten Schulter. Am 9. Februar 2004 suchte er die Durchgangsarzte Dres. L. & H. auf. Diese gaben in ihrem Bericht an, der Kläger habe, als er ausgerutscht sei, versucht, sich mit der rechten Hand am Haltegriff festzuhalten. Dabei habe er einen plötzlich auftretenden ziehenden Schmerz im rechten Schultergelenk verspürt und sei auf den Rücken gefallen. Er habe zunächst weitergearbeitet. Der Kläger habe sie aufgesucht, weil es zu keiner Besserung der Schmerzsymptomatik und zu deutlichen motorischen Einschränkungen gekommen sei. Die Abduktion des rechten Schultergelenks sei bis zu 30° möglich. Nach Durchführung der Sonographie bestehe der Verdacht auf eine Ruptur der Rotatorenmanschette. Die Röntgenbilder der rechten Schulter zeigten keinen Anhalt für eine knöcherne Verletzung.

In dem Nachschauerbericht vom 12. Februar 2004 führten die Durchgangsarzte aus, das Magnetresonanztomogramm (MRT) des rechten Schultergelenks vom 11. Februar 2004 bestätige die vermutete Ruptur der Rotatorenmanschette. Sie veranlassten eine Vorstellung des Klägers bei dem Direktor der Klinik für Unfallchirurgie der O.-v.-G.-Universität M. Prof. Dr. W. ... In dem Zwischenbericht vom 13. Februar 2004 diagnostizierte Prof. Dr. W. unter Mitwirkung des Facharztes für Chirurgie Dr. T. bei dem Kläger eine Ruptur der Rotatorenmanschette rechts und eine Luxation der Bizepssehne mit partieller Läsion. Er hielt den vom Kläger geschilderten Unfallmechanismus für geeignet, einen Schaden an der Rotatorenmanschette hervorzurufen. Bei der abschließenden Beurteilung seien ein Unfall vor circa fünf Jahren mit einer Verletzung der Schulter und die im MRT beschriebenen degenerativen Veränderungen der rechten Schulter einzubeziehen. Die Röntgenaufnahmen der Durchgangsarzte zeigten abnutzungsbedingte Veränderungen im Bereich des Schultergelenkes. Er fügte den Befundbericht des Facharztes für diagnostische Radiologie Dr. A. über die Durchführung des MRT der rechten Schulter vom 11. Februar 2004 bei. Danach zeige sich eine komplette Ruptur der Rotatorenmanschette mit Retraktion der Sehne und des Muskels. Die lange Bizepssehne sei luxiert. Es zeige sich eine partielle Läsion der Bizepssehne. Im Gelenkspalt sowie im Bereich der Bursa subacromiale und subdeltoidea bestehe ein Erguss im Sinne einer begleitenden Bursitis. Im Labrumbereich am Humeruskopf seien degenerative Veränderungen zu erkennen.

Am 3. März 2004 nahm der Oberarzt der Klinik für Unfallchirurgie der O.-v.-G.-Universität M. P. eine Arthroskopie der rechten Schulter vor. In dem Operationsbericht führte er aus, es habe sich wenig seröse Gelenkflüssigkeit entleert. Die einsehbaren Gelenkflächen von Glenoid und Humeruskopf wiesen keine auffälligen degenerativen Veränderungen auf. Wesentliche degenerative Veränderungen im Bereich des Labrum gleonidale ließen sich nicht verifizieren. Die Bizepssehne sei bei eingerissenem Rotatorenintervall luxiert. Es sei ein retrahierter Sehnenstumpf bei kompletter Längsruptur der Rotatorenmanschette zu sehen. Darüber hinaus ließen sich noch einige Sehnenfasern der Supraspinatussehne verifizieren. Es liege eine komplette Querruptur der Supraspinatussehne im Ansatzbereich (Typ II nach Habermeyer) in einer Größenausdehnung von etwa 4 cm vor. Der Sehnenrand erscheine eher etwas hypertroph (aufgetrieben). Der Operateur führte am

rechten Schultergelenk des Klägers eine Akromioplastik durch.

Die mikroskopische Untersuchung des Bizepssehnenstumpfes und von Sehnenanteilen der Supraspinatussehne ergab nach dem Bericht des Direktors des Instituts für Pathologie der O.-v.-G.-Universität M. Prof. Dr. R. vom 5. März 2004 den nachfolgenden Befund: Am Bizepssehnenstumpf bestehe eine mukoide (schleimartige) Degeneration bei Auffaserung der einzelnen Fasern sowie reichlich einsprossendem kapillarhaltigen Granulationsgewebe. Der Sehnenanteil der Supraspinatussehne weise ebenfalls eine mukoide Degeneration auf; es lägen frische Fibrinabscheidungen und winzige kleine eingesprossene Kapillaren vor.

Der Beratungsarzt der Beklagten Dr. B. hielt unter dem 28. März 2004 das Unfallereignis für geeignet, einen Riss der Rotatorenmanschette hervorzurufen; ein Zusammenhang zum Unfallereignis sei jedoch nicht gegeben, weil der Kläger erst vier Wochen nach dem Unfall einen Durchgangsarzt in Anspruch genommen habe.

Die Beklagte holte ein Verzeichnis über die Arbeitsunfähigkeitszeiten des Klägers von der Barmer Ersatzkasse ein. Danach sei der Kläger vom 21. bis 31. Januar 1998 wegen einer Schulterprellung links und vom 31. Mai bis 11. Juli 1999 wegen eines Schulter-Arm-Syndroms links arbeitsunfähig gewesen.

Die Beklagte holte den Abschlussbericht des Facharztes für Orthopädie Dr. M. vom Zentrum für Rehabilitation und Physikalische Therapie M. vom 24. Juni 2004 sowie das Vorerkrankungsverzeichnis der AOK für die Zeit vom 27. September 1993 bis 14. Februar 1997 (mit nachfolgenden Erkrankungen: Schädelhirntrauma, Schädelprellung, Thoraxprellung, Schnittwunde, Gastroenteritis, Nephrolithiasis [Nierensteinkrankheit]) ein.

Die Beklagte beauftragte den Arzt für Unfallchirurgie Dr. S. vom Medizinischen Begutachtungsinstitut M. mit der Erstattung des Gutachtens vom 6. August 2004 nach Untersuchung des Klägers am 7. Juni 2004. Dr. S. führte aus, nach den Angaben zu dem Ereignishergang sei grundsätzlich eine axiale Zugwirkung am rechten Arm möglich gewesen. Dabei könne es zu einer Strapazierung der Rotatorenmanschette gekommen sein, wenn der Arm dabei ausgestreckt gewesen und es zu einer plötzlichen Zugwirkung ohne muskuläre Kontrolle gekommen wäre. Ob ein solcher Mechanismus hier vorgelegen habe, sei nicht mehr zu klären. Nativröntgenologisch seien keine knöchernen Verletzungen festgestellt. Die Auswertung der Röntgenaufnahmen vom 9. Februar 2004 ergebe deutliche Hinweise auf fortbestehende degenerative Veränderungen und auf ein Impingement. Entsprechende Veränderungen fänden sich auch in dem MRT vom 11. Februar 2004. Die feingewebliche Untersuchung von Sehnenanteilen aus der langen Bizepssehne und aus der Rotatorenmanschette habe degenerativ veränderte Sehnenanteile mit reaktiven Veränderungen ergeben. Im histologischen Befund fänden sich somit Veränderungen, die auf eine wie auch immer geartete Schädigung circa vier Wochen zuvor zurückgeführt werden könnten, gleichzeitig Veränderungen, die als Fortbestehen interpretiert werden müssten (mukoide Degeneration). Für einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Schadensereignis und dem Beschwerdebild an der rechten Schulter sprächen die Beschwerdefreiheit vor dem Unfall und das insoweit leere Vorerkrankungsverzeichnis, die Angaben des Klägers zum Ereignishergang sowie die Kombination von Ruptur der Rotatorenmanschette und Luxation der langen Bizepssehne. Gegen den ursächlichen Zusammenhang sprächen die deutlichen vorbestehenden Verschleißerscheinungen am rechten (und am linken) Schultergürtel, der histologische Befund mit deutlichen degenerativen Veränderungen der betroffenen Sehnen, der intraoperative Befund mit dem ausgedehnten Schadensbild an der Rotatorenmanschette und dem Impingement, welches zur Akromioplastik Anlass gegeben habe, die Tatsache, dass verletzungstypische Veränderungen am rechten Schultergürtel im zeitlichen Zusammenhang mit dem Ereignis nicht objektiviert worden seien sowie das Verhalten des Klägers, indem er zunächst nach einer Pause weitergearbeitet und erst circa vier Wochen nach dem Ereignis Erste Hilfe in Anspruch genommen habe. Eine traumatische Zusammenhangstrennung der Rotatorenmanschette verursache in der Regel unmittelbar nach dem Ereignis einen dramatischen schmerzhaften Funktionsverlust des betroffenen Armes, welcher in der Regel der betroffenen Person nicht erlaube, körperliche Arbeit weiter auszuführen. Die gegen einen ursächlichen Zusammenhang sprechenden Tatsachen überwiegen. Auch die Kombination des Schadensbildes sei kein Hinweis auf eine traumatische Ursache, wenn man unterstelle, dass es durch den bereits fortgeschrittenen degenerativen Schaden an der Rotatorenmanschette zur Verrenkung der langen Bizepssehne aus ihrer knöchernen Rinne am Oberarmkopf gekommen sei. Die lange Bizepssehne stehe in diesem Verlauf im unmittelbaren anatomischen Zusammenhang mit der Rotatorenmanschette, so dass bei einer Vorschädigung der Rotatorenmanschette die wesentliche Teilursache der Luxation der langen Bizepssehne in der anlagebedingten Strukturschädigung und nicht in einer äußeren Einwirkung zu sehen sei. Ein Rotatorenmanschettenschaden sei ein typisches degeneratives Schadensbild im Alter des Versicherten. Rotatorenmanschettenschäden bis hin zu großen Defekten könnten lange Zeit klinisch stumm bleiben, bis es zur Manifestation des Schadensbildes komme. Zu den von Dr. S. erhobenen Messdaten für obere Gliedmaßen wird auf Seite 9 des Gutachtens (Blatt 104 der Verwaltungsakte) Bezug genommen.

Mit Bescheid vom 9. November 2004 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Verletztenrente ab und erkannte in der Sache einen Arbeitsunfall an. Der Unfall vom 13. Januar 2004 habe zu einer Schulterprellung rechts geführt, die bereits am 9. Februar 2004 folgenlos ausgeheilt gewesen sei. Den hiergegen erhobenen Widerspruch wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten mit Widerspruchsbescheid vom 3. März 2005 zurück.

Mit der am 31. März 2005 vor dem Sozialgericht Stendal erhobenen Klage hat der Kläger die Gewährung einer Verletztenrente weiter verfolgt. Er habe jahrelang keinerlei Beschwerden, Einschränkungen oder Schmerzen am rechten Schultergelenk gehabt. Die Beeinträchtigungen in der Bewegung und die Schmerzen hätten sich in den Wochen nach dem Unfall verschlimmert. Aus Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes, aus Treue gegenüber seinem Arbeitgeber und in der Hoffnung auf eine Besserung habe er sich zunächst nicht in ärztliche Behandlung begeben, bis er nach vier Wochen den rechten Arm gar nicht mehr bewegen könne. An einen Bluterguss könne er sich nicht erinnern, dieser sei aber auch nicht auszuschließen. In jedem Falle wären die Beschwerden ohne den Unfall am 13. Januar 2004 nicht eingetreten.

Der Kläger hat in dem Schriftsatz vom 13. Juni 2005 für seine Behauptung, er habe unmittelbar nach dem Unfall Schmerzen und Bewegungseinschränkungen in der rechten Schulter gehabt, die Zeugen K. H., K. S., R. S., G. V., M. S. und J. S. benannt. Ferner hat er dem Gericht das sozialmedizinische Gutachten des MDK Sachsen-Anhalt e.V. vom 18. März 2005 vorgelegt.

Das Sozialgericht hat den Arzt für Orthopädie Dr. E. mit der Erstattung des Gutachtens vom 2. April 2006 nach Untersuchung des Klägers am 29. März 2006 beauftragt, der unter dem 12. Juni 2006 ergänzend Stellung genommen hat. Dr. E. hat ausgeführt, der Kläger habe

berichtet, er sei von dem obersten vereisten Tritt – 1,50 m Höhe – abgerutscht und habe während des Fallens mit der rechten Hand den Haltegriff gefasst. Dabei habe es einen stechenden Schmerz in der rechten Schulter gegeben und er sei auf den Rücken gefallen. Ein Bluterguss sei nicht aufgetreten. Die Röntgenaufnahmen des rechten Schultergelenks vom 28. Februar 2005 zeigten einen Hochstand des Humeruskopfes bei Ruptur der Rotatorenmanschette sowie einen Zustand der langen Bizepssehne nach Tenodese (Verankerung der Sehne am Knochen). Das Unfallereignis vom 13. Januar 2004 sei auf eine erheblich vorgeschädigte Schulter getroffen. Ein Bluterguss sei nicht dokumentiert. Eine überwiegend traumatische Genese der Rotatorenmanschette sei auszuschließen. Eine unfallbedingte Zerreißung der Rotatorenmanschette führe als äußerst dramatisches Ereignis zum sofortigen Funktionsverlust der betreffenden Extremität und lasse den Verunfallten sofort ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Da die Degeneration im Schultergelenk normalerweise längere Zeit stumm bleibe, sei auch die leere Anamnese vor dem Unfall – bezogen auf Schulterbeschwerden – nicht relevant. Die degenerative Vorschädigung sei durch das MRT des rechten Schultergelenks, die durchgeführte Operation und den histologischen Befund nachgewiesen. Es sei zu einer durch den Unfall bedingten zeitlichen Verschlimmerung eines anlagebedingten Leidens gekommen. Als direkte Unfallfolge könne lediglich eine Zerrung der rechten Schulter angenommen werden. Diese sei in vier bis sechs Wochen ausgeheilt gewesen. Eine unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit liege nicht vor. Aufgrund der degenerativen Veränderungen hätte jede arbeitsübliche Belastung zu einer Ruptur der Rotatorenmanschette geführt. Zu den von Dr. E. erhobenen Messdaten für obere Gliedmaßen wird auf Blatt 103 und 104 der Gerichtsakte Bezug genommen.

Auf Antrag des Klägers hat das Sozialgericht nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) den Unfallchirurgen des Kreiskrankenhauses B. gGmbH Dr. T. mit der Erstattung des Gutachtens vom 30. Januar 2007 nach Untersuchung des Klägers am 22. November 2006 beauftragt. Dr. T. hat ausgeführt, für einen ursächlichen Zusammenhang der Schädigung der rechten Schulter und dem Unfallereignis spreche die Beschwerdefreiheit des Klägers bis zum Unfall. Der Unfallhergang sei prinzipiell geeignet gewesen, eine Ruptur der Supraspinatussehne sowie eine Verrenkung der langen Sehne des zweiköpfigen Oberarmbeugers hervorzurufen. Bei dem Unfallmechanismus handele es sich um einen plötzlichen axialen Zug am Arm ohne willkürliche Muskelanstrengung. Gegen einen ursächlichen Zusammenhang sprächen die eindeutig bestehenden abnutzungsbedingten Veränderungen im Bereich der Schulter, das Ergebnis der feingeweblichen Untersuchung der Rotatorenmanschette und der langen Bizepssehne (eindeutig abnutzungsbedingte Veränderungen beider Sehnen), der intraoperative Befund (eindeutig abnutzungsbedingte Veränderungen), die durchgeführte Operation, welche nicht nur die Rekonstruktion der Supraspinatussehne und der Tenodese der langen Bizepssehne beinhaltet habe, sondern auch die Abtragung von umformenden Knochenanteilen (Akromioplastik), welche insbesondere bei abnutzungsbedingten Veränderungen durchgeführt werde sowie der lange Zeitraum zwischen dem stattgehabten Unfallereignis und der Erstkonsultation aufgrund der bestehenden Beschwerden, welcher für dieses Verletzungsmuster nicht typisch sei. Es überwiegen diejenigen Faktoren, die gegen einen ursächlichen Zusammenhang sprächen. Bei dem Unfall sei es nur zu einer nach vier bis sechs Wochen folgenlos ausgeheilten Schulterzerrung gekommen. Die anlagebedingten Veränderungen wären wahrscheinlich auch bei üblichen Verrichtungen des täglichen Lebens ohne einen besonderen Anlass oder unter Mitwirkung eines äußeren Ereignisses, welches das Maß alltäglicher Belastungen nicht übersteige, etwa zur gleichen Zeit und etwa im gleichen Umfang, eingetreten. Ein Rotatorenmanschettenschaden sei ab einem Lebensalter von 50 Jahren ein typisches abnutzungsbedingtes Krankheitsbild. Eine unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit liege nicht vor. Zu den von Dr. T. erhobenen Messdaten für obere Gliedmaßen wird auf Blatt 187 der Gerichtsakte Bezug genommen.

Der Kläger hat das für die G. Versicherungs AG von Prof. Dr. W. unter Mitwirkung von Dr. T. am 24. April 2005 erstattete Gutachten zur Verfügung gestellt, worin der ursächliche Zusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsschaden bejaht wurde.

Mit Gerichtsbescheid vom 18. Mai 2007 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und sich zur Begründung im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. S. und Dr. E. gestützt.

Gegen den am 1. Juni 2007 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 2. Juli 2007 (Montag) Berufung eingelegt und seinen bisherigen Vortrag vertieft. Die Gutachten von Dr. S., Dr. E. und Dr. T. seien nicht zu verwerten. Er habe bei dem Unfall einen Sehnenabriss erlitten. Dies ergebe sich eindeutig aus dem Erstbefund der Durchgangsarzte Dres. L. & H., die den Verdacht auf eine Ruptur der Rotatorenmanschette geäußert hätten, der radiologisch bestätigt worden sei. Dr. T. widerspreche mit seinem Gutachten seinem Befundbericht vom 9. März 2004, in dem er eine bloße Schulterzerrung nicht beschrieben habe und den Ausführungen im Gutachten für die Generali Versicherung, in dem er den Ursachenzusammenhang bejaht habe. Er habe sich von den anderen Gutachtern leiten lassen. So habe er die fehlerhafte Aussage von Dr. S., an der linken Schulter seien Operationsnarben vorhanden, einfach übernommen. Sein Gutachten sei nur oberflächlich gefertigt ohne tatsächliche Auseinandersetzung mit dem Einzelfall. Die Feststellung einer Schulterzerrung als Unfallfolge entbehre jeglicher Grundlage, denn Dr. S. habe eine Schulterzerrung am 9. Februar 2004 nicht mehr für objektivierbar gehalten. Im Übrigen spreche die Bewegungslosigkeit des rechten Armes gegen eine Schulterzerrung. Die Ruptur der Rotatorenmanschette und die Verlagerung der langen Bizepssehne seien ein typisches Schadensbild des Unfalls am 13. Januar 2004. Seine abrupte Bewegung, als er sich mit seinem rechten Arm habe festhalten wollen, habe zu der Zerreißung der Sehne geführt. Zuvor sei er beschwerdefrei gewesen. Dass er nicht sogleich einen Arzt aufgesucht habe, liege daran, dass er zunächst selbst von einer Zerrung, wie er sie bereits vor fünf Jahren an der linken Schulter erlitten habe, ausgegangen sei. Allerdings habe sich sein Zustand bis zur völligen Funktionslosigkeit seines rechten Armes in der Folgezeit nach dem Unfall verschlechtert. Es sei nicht nachvollziehbar, dass deutlich vorbestehende Verschleißerscheinungen bestanden haben sollen. Im linken Schultergürtelbereich hätten Dr. T. und Dr. E. keinen Anhalt für einen vorzeitigen Gelenkverschleiß gefunden. Erhebliche degenerative Veränderungen des rechten Schultergelenks seien weder den Gutachten noch dem Operationsbericht zu entnehmen. Es sei daher auch nicht richtig, dass es bei jeder arbeitsüblichen Belastung zu einer Ruptur der Rotatorenmanschette hätte kommen können. Die im rechten Schulterbereich vorhandenen Verschleißerscheinungen seien Folgen des Unfalls. Die Vornahme einer Akromioplastik spreche nicht gegen einen Ursachenzusammenhang. Denn selbst bei Vorliegen einer Einengung des Gleitraumes der Rotatorenmanschette sei es eher unwahrscheinlich, dass hierdurch eine Sehne abreiße. Dass ein Bluterguss bzw. Reste eines Blutergusses bei der Arthroskopie nicht beschrieben worden seien, spreche nicht gegen einen Ursachenzusammenhang. Denn bis zur Operation sei ein durch den Unfall hervorgerufener Bluterguss in jedem Falle körperseits bereits abgebaut gewesen. Einen Ursachenzusammenhang hätten auch Prof. Dr. W. in seinem Zwischenbericht vom 13. Februar 2004 und Prof. Dr. R. in seinem Bericht vom 5. März 2004 gesehen. Schließlich bedingten die Bewegungseinschränkungen eine Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 vom Hundert (v. H.). Der Kläger hat den Befundbericht von Prof. Dr. W. und Dr. T. vom 9. März 2004 beigelegt.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stendal vom 18. Mai 2007 aufzuheben,

den Bescheid der Beklagten vom 9. November 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. März 2005 abzuändern,

festzustellen, dass die Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne und die Verlagerung der langen Bizepssehne rechts Folgen des Arbeitsunfalls vom 13. Januar 2004 sind und

die Beklagte zu verurteilen, ihm vom 14. Januar 2004 an eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 v.H. zu gewähren,

hilfsweise, zur nochmaligen Beurteilung des Unfallzusammenhangs ein Obergutachten einzuholen sowie

die im Schriftsatz vom 13. Juni 2005 benannten Zeugen dazu zu hören, dass er bereits unmittelbar nach dem Unfall Schmerzen und Bewegungsbeeinträchtigungen in der rechten Schulter hatte.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Gründe des Gerichtsbescheides des Sozialgerichtes für zutreffend und geht davon aus, das Unfallereignis sei nicht geeignet gewesen, den Riss der Rotatorenmanschette herbeizuführen.

Das Landessozialgericht hat die Patientenakte von Dipl.-Med. R. mit Eintragungen seit 1971 beigezogen. Beigefügt war ein vom Sozialmedizinischen Dienst der Bundesknappschaft M. gefertigtes Gutachten vom 18. November 2004. Ferner hat das Landessozialgericht die Gerichtsakten des Rechtsstreits des Klägers gegen die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See vor dem Landessozialgericht Sachsen-Anhalt mit dem Aktenzeichen L 3 KN 23/07 beigezogen.

Die Verwaltungsakte der Beklagten mit dem Aktenzeichen hat vorgelegen und war Gegenstand der mündlichen Verhandlung. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsakten ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) statthafte und formgerechte Berufung hat der Kläger auch fristgerecht eingelegt (vgl. [§§ 151 Abs. 1, 64 SGG](#)).

Die Berufung ist jedoch unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 9. November 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. März 2005 beschwert den Kläger nicht im Sinne der [§§ 157, 54 Abs. 2 SGG](#). Der Kläger hat keinen Anspruch auf Anerkennung der Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne und der Verlagerung der langen Bizepssehne rechts als Folgen des Unfalls vom 13. Januar 2004 und auf die Gewährung einer Verletztenrente.

Nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versicherte Anspruch auf eine Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn ihre Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles (Arbeitsunfall oder Berufskrankheit) über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um mindestens 20 v.H. gemindert ist. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)). Dabei wird die Minderung der Erwerbsfähigkeit durch eine abstrakte Bemessung des Unfallschadens bewertet und beruht auf freier richterlicher Beweiswürdigung unter Berücksichtigung der im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung etablierten allgemeinen Erfahrungssätze aus der Rechtsprechung und dem einschlägigen Schrifttum (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 18. März 2003 - [B 2 U 31/02 R](#) - Breithaupt 2003, 565 ff.; Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 14/03 R](#) - [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)). Voraussetzung der hier geltend gemachten Ansprüche ist demnach einerseits, dass zwischen dem Unfallereignis und einer nachgewiesenen Gesundheitsstörung entweder direkt oder vermittelt durch den Gesundheitserstschaden ein Ursachenzusammenhang nach [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#) besteht, und dass andererseits die Minderung der Erwerbsfähigkeit durch die arbeitsunfallbedingten Gesundheitsstörungen einen Grad um mindestens 20 v.H. erreicht (vgl. BSG, Urteil vom 12. April 2005 - [B 2 U 11/04 R](#) - [BSGE 94, 262](#) ff.; Urteil vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#)).

Ausgehend hiervon kann der Kläger von der Beklagten vom 14. Januar 2004 an keine Verletztenrente beanspruchen.

Die als zusätzliche Unfallfolge geltend gemachte Ruptur der Supraspinatussehne und Verlagerung der langen Bizepssehne sind bei der Bemessung der Minderung der Erwerbsfähigkeit nicht heranzuziehen. Diese Gesundheitsschäden erfüllen nicht die Voraussetzungen für die Anerkennung als Unfallfolgen. Dabei folgt der Senat im Wesentlichen den überzeugenden Gutachten von Dr. S. und Dr. E ... Denn es fehlt an dem Ursachenzusammenhang zwischen diesen Gesundheitsschäden und dem anerkannten Arbeitsunfall.

Für die Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der geltend gemachten Gesundheitsstörung gilt der Maßstab der hinreichenden Wahrscheinlichkeit. Dies bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller Umstände, insbesondere unter Berücksichtigung der geltenden medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung, mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden. Die bloße Möglichkeit einer Verursachung genügt nicht.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze steht nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit fest, dass die Ruptur der Supraspinatussehne und die Verlagerung der langen Bizepssehne Folgen des Arbeitsunfalls sind. Denn es spricht mehr gegen als für einen Ursachenzusammenhang.

So hat der Kläger nach dem Unfall nicht nur am Unfalltag seine Tätigkeit als Kraftfahrer fortgesetzt, ohne einen Arzt aufzusuchen, sondern auch in den folgenden Wochen. Dabei handelt es sich bei einer Ruptur der Supraspinatussehne nach den Ausführungen des Sachverständigen Dr. E. und des Gutachters Dr. S. um ein dramatisches Ereignis mit sofortigem Funktionsverlust des rechten Armes, der den Kläger veranlasst hätte, sofort ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Auch der auf Antrag des Klägers gehörte Sachverständige Dr. T. hat den langen Zeitraum zwischen dem Unfall und der Erstkonsultation eines Arztes aufgrund der Beschwerden für untypisch gehalten. Anknüpfungspunkte, die auf eine traumatische Verletzung der Rotatorenmanschette hinweisen sind unter anderem neben der sofortigen Arbeitsniederlegung der baldige Arztbesuch (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, Abschnitt 8.2.5.6, S. 418). Ärztliche Hilfe hat der Kläger aber erstmals am 9. Februar 2004 - 27 Tage nach dem Arbeitsunfall - in Anspruch genommen.

Auch fehlt es an einem unmittelbar nach dem Unfall erhobenen Befund über eine Ruptur der Supraspinatussehne und einer Verlagerung der Bizepssehne. Klinische und bildgebende Befunde haben erstmals Dres. L. & H. mit dem Verdacht auf eine Ruptur der Rotatorenmanschette am 9. Februar 2004 erhoben. Ein Hämatom haben sie nicht beschrieben. Auch Dr. A. hat in seinem Befundbericht über die Auswertung des MRT vom 11. Februar 2004 keinen Bluterguss vermerkt. Der darin erwähnte Erguss bezog sich demgegenüber auf eine Bursitis. Dabei handelt es sich nicht um ein Hämatom, sondern um eine Entzündung des Schleimbeutels. Einblutungen hat auch der Operateur P. in seinem Operationsbericht vom 3. März 2004 nicht vermerkt; bei der Arthroskopie hat sich nur wenig seröse Gelenkflüssigkeit entleert. Der Kläger konnte sich schließlich nicht erinnern, einen Bluterguss an der rechten Schulter gehabt zu haben. Dabei wäre ein Bluterguss ein starker Hinweis für eine traumatische Verletzung der Schulter gewesen; demgegenüber fehlen Einblutungen in aller Regel bei einer degenerativen Veränderung im Bereich der Rotatorenmanschette (Ludolph in Ludolph/Schürmann/Gaidzik, Kursbuch der ärztlichen Begutachtung, Stand Oktober 2009, VI-1.2.3, S. 17). Auf die fehlenden verletzungstypischen Veränderungen am rechten Schultergürtel hat auch Dr. S. unter anderem den fehlenden Ursachenzusammenhang gestützt.

Knöcherne Begleitverletzungen, als Hinweis auf eine traumatische Verletzung des Schultergelenks (siehe Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Abschnitt 8.2.5.6, S. 418), haben ebenfalls nicht vorgelegen. Dres. L. & H. haben einen entsprechenden Befund in der Auswertung der Röntgenaufnahmen vom 9. Februar 2004 nicht erhoben.

Schließlich lässt auch der histologische Befund nicht sicher darauf schließen, dass bereits Mitte Januar 2004 eine Ruptur der Supraspinatussehne vorgelegen hat. Dr. S. hält die mukoiden Degenerationen für vor dem Unfall entstandene, die weiteren Veränderungen hingegen für ca. vier Wochen alt. Da die Probenentnahme erst sieben Wochen nach dem Arbeitsunfall erfolgt ist, wären hiernach die weiteren Veränderungen der Sehnen erst einige Wochen nach dem Arbeitsunfall entstanden. Im Ergebnis haben schließlich alle Gutachter und Sachverständigen in Kenntnis des Ergebnisses der histologischen Befunde einen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis am 13. Januar 2004 und der Ruptur sowie der Verlagerung der Bizepssehne abgelehnt.

Dem steht nicht entgegen, dass der Unfallhergang nach Ansicht von Dr. S., Dr. E. und Dr. T. grundsätzlich geeignet war, einen Riss der Supraspinatussehne und eine Verlagerung der Bizepssehne hervorzurufen. Keiner dieser Sachverständigen hat den ursächlichen Zusammenhang aufgrund der Eignung des Unfallhergangs für zwingend gehalten. Vielmehr haben die Sachverständigen gerade eine Verursachung der Schulterschäden durch den Arbeitsunfall nicht für hinreichend wahrscheinlich gehalten. Die bloße Möglichkeit einer Verursachung reicht aber nicht aus, einen ursächlichen Zusammenhang herzustellen.

Aber auch wenn der Kläger bei dem Unfall am 13. Januar 2004 einen Riss der Supraspinatussehne und eine Verlagerung der Bizepssehne erlitten haben sollte, wäre der Unfall nach der Theorie der wesentlichen Bedingung nicht wesentliche Ursache für den Schaden. Dabei kann unterstellt werden, dass der Kläger unmittelbar nach dem Arbeitsunfall Schmerzen und Bewegungseinschränkungen in der rechten Schulter gehabt hat.

Rechtlich ursächlich sind nur Ereignisse, die sich wegen ihrer besonderen Beziehung zum Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens als wesentliche Ursache darstellen (BSG, Urt. v. 15.2.05 - [B 2 U 1/04 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 12](#) Rdnr. 14). Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besonderen Beziehungen der Ursache zum Eintritt des Gesundheitsschadens abgeleitet werden (BSG, Urt. v. 9.5.06 - [B 2 U 1/05 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#)). Ist die ursächliche Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen Krankheitsanlage zu vergleichen und abzuwägen, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die Auslösung akuter Erscheinungen nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass ein anderes, alltäglich vorkommendes Ereignis oder die eigengesetzliche Entwicklung zu der selben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte (BSG, Urt. v. 9. 5. 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - a.a.O.).

Wesentliche Ursache waren danach die degenerativen Veränderungen an der Schulter und insbesondere an den betroffenen Sehnen. Hierauf haben Dr. S., Dr. E. und Dr. T. übereinstimmend hingewiesen.

Degenerative Veränderungen an der Supraspinatussehne und der Bizepssehne und am Schultergelenk sind nach der Befunderhebung nachgewiesen. Prof. Dr. W. und Dr. T. haben in den von Dres. L. & H. gefertigten Röntgenaufnahmen vom 9. Februar 2004 degenerative Veränderungen am Schultergelenk erkannt. Deutliche degenerative Veränderungen hat auch Dr. S. in eigener Auswertung der Röntgenaufnahmen vom 9. Februar 2004 festgestellt. Er hat eine 4 Bildmillimeter große kalkdichte runde Verschattung in Projektion auf den Übergang der Gelenkfläche des inneren unteren Oberarmkopfes zum Oberarmschaft, deutliche Ausziehungen des unteren Schulterpfannenrandes nach fußwärts, eine deutliche Aufrauung der Knochenoberfläche des großen Muskelhöckers, deutliche fußwärtige Vorwölbungen der Unterkante des Schulterdaches sowie eine leicht kolbige Auftreibung beider das Schultergelenk bildenden Knochen beschrieben. Degenerationen im Labrumbereich und winzige subchondrale zystische Formationen im ventrolateralen Aspekt des Humeruskopfes im Sinne einer Degeneration hat Dr. A. im MRT vom 11. Februar 2004 erkannt. Dem steht der Arthroskopiebericht nicht entgegen. Zwar hat der Operateur wesentliche degenerative Veränderungen im Bereich des Labrum glenoidale nicht verifiziert. Allerdings hat er sich veranlasst gesehen, eine Akromioplastik mit dem Meißel am Vorder-Unterrand des Akromions (5x15 mm) vorzunehmen und die Unterfläche des Akromions mittels Raspel zu glätten. Dies spricht für degenerative Veränderungen, auf die auch Dr. T. hingewiesen hat. Der bei der Arthroskopie durchgeführten Akromioplastik lagen nach seinen Ausführungen "eindeutig abnutzungsbedingte Veränderungen" zu Grunde.

Degenerative Veränderungen sind auch unmittelbar an den geschädigten Sehnen nachgewiesen. Prof. Dr. R. hat in der mikroskopischen

Untersuchung des Sehnenstumpfes der Bizepssehne und von Sehnenanteilen der Supraspinatussehne eine schleimartige Degeneration gesehen.

Durch diese erheblichen degenerativen Veränderungen lassen sich auch zwanglos der Riss der Supraspinatussehne und die Verlagerung der Bizepssehne erklären. Dr. S. hat diese degenerativen Veränderungen gegen eine unfallbedingte Verletzung der Sehnen angeführt. Durch die Vorschädigung der Rotatorenmanschette ist es nach seinen Ausführungen nicht nur zum Riss der Supraspinatussehne gekommen, sondern auch zur Luxation der Bizepssehne. Denn die lange Bizepssehne steht in ihrem Verlauf im unmittelbaren anatomischen Zusammenhang mit der Rotatorenmanschette. Auch Dr. E. hat aufgrund der durch das MRT belegten und durch die durchgeführte Operation und die histologische Untersuchung nachgewiesenen degenerativen Veränderungen des rechten Schultergelenks einen Ursachenzusammenhang zwischen Arbeitsunfall und Riss der Supraspinatussehne und Verlagerung der Bizepssehne verneint. Degenerative Veränderungen der Supraspinatussehne sind zudem erfahrungsgemäß ab dem 50. Lebensjahr die häufigste Ursache für Rupturen der Supraspinatussehne. Hierauf haben Dr. S. und Dr. T. hingewiesen. Dies wird auch in der Literatur beschrieben (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Abschnitt 8.2.5.1, S. 410; Ludolph in Ludolph/Schürmann/Gaidzik, a.a.O., VI-1.2.3, S. 16).

Die degenerativen Veränderungen sind auch nicht - wie der Kläger meint - Folgen des Unfalls, sondern hatten schon zuvor bestanden. Hierauf haben Dr. S. und Dr. E. hingewiesen. Auch Dr. T. hält die in der histologischen Untersuchung festgestellten Veränderungen der Sehnen für "eindeutig abnutzungsbedingte Veränderungen".

Dem kann nicht entgegengehalten werden, dass der Kläger vor dem Arbeitsunfall beschwerdefrei war. So können Schäden infolge degenerativer Veränderungen der Sehnen lange Zeit stumm verlaufen, ohne manifest zu werden. Dr. S. hat hierzu ausgeführt, dass dies auch bei großen Defekten der Fall sein kann.

Schließlich war diese Schadensanlage derart leicht ansprechbar, dass der Schaden auch ohne den Unfall durch jede alltägliche Tätigkeit eintreten konnte. Das Unfallereignis ist auf eine erheblich vorgeschädigte Schulter getroffen. Hierauf hat Dr. E. hingewiesen. Der Senat folgt daher dessen Einschätzung, dass jede arbeitsübliche Belastung zu der Ruptur geführt hätte. Dies hat auch Dr. T. bestätigt und es für wahrscheinlich gehalten, dass die Schäden auch bei üblichen Verrichtungen des täglichen Lebens ohne äußere Einwirkung zur gleichen Zeit und in etwa gleichem Umfang eingetreten wären.

Die Gutachten von Dres. S., E. und T. sind auch verwertbar. Der Kläger hat keine hinreichenden Anhaltspunkte benannt, die gegen eine Verwertbarkeit sprechen. Dass Dr. T. keine eigene gutachtliche Leistung abgegeben hat und sich nur von den anderen Gutachtern hat leiten lassen, weil er - ebenso wie Dr. S. - in der Zusammenfassung und Beurteilung Narben an der linken Schulter beschrieben hat, die nicht vorhanden sind, ist aus dem Gutachten nicht ersichtlich. So hat Dr. T. nach eigenen Angaben den Kläger selbst untersucht und die Untersuchungsergebnisse im Lokalbefund aufgenommen (S. 7 f. des Gutachtens). Dabei hat er Befunde an der rechten Schulter erhoben und Narben an der rechten Schulter beschrieben. Dies trifft im Übrigen auch auf Dr. S. zu, der in der Befunderhebung eine "12 cm lange, quere, reizlose Operationsnarbe" am rechten Schultergelenk beschrieben hat (S. 6 des Gutachtens). Dass beide Gutachter demgegenüber in der Zusammenfassung bzw. in der Diagnose Narben am linken Schultergelenk benannt haben, lässt auf einen Schreibfehler schließen und führt nicht zur Unverwertbarkeit des jeweiligen Gutachtens. Auch die von dem Kläger behaupteten Widersprüche des Ergebnisses des Gutachtens von Dr. T. zu seinem Befundbericht vom 9. März 2004 und dem für die Generali Versicherung erstellten Gutachten, führen nicht zur Unverwertbarkeit des Gutachtens. So richtet sich die Beurteilung der Kausalität zwischen Unfall und Gesundheitsschaden im Privatrecht nach anderen Grundsätzen als in der gesetzlichen Unfallversicherung, in der die Theorie der wesentlichen Bedingung Anwendung findet. Im Übrigen ist ein Sachverständiger nicht an seine bisherigen Einschätzungen eines medizinischen Sachverhaltes gebunden. Insbesondere die Auseinandersetzung mit anderen Meinungen kann dazu führen, dass sich die bisherige Einschätzung ändert. Dem Sachverständigen ist insoweit auch nicht vorzuwerfen, er habe sich von den anderen Gutachtern leiten lassen. Gerade die Auseinandersetzung mit vermeintlich anderen Meinungen ist bei der Begutachtung gefragt. Dabei bleibt es dem Sachverständigen unbenommen, sich ggf. von den Vorgutachtern überzeugen zu lassen und sich deren Meinung anzuschließen.

Die Ruptur der Supraspinatussehne und die Verlagerung der Bizepssehne sind nach alledem nicht als Folgen des Arbeitsunfalls bei der Bemessung des Grades der Minderung der Erwerbsfähigkeit zu berücksichtigen.

Dem Hilfsantrag des Klägers auf Einholung eines "Obergutachtens" und auf Anhörung der von ihm benannten Zeugen war nicht stattzugeben. Der Senat hält die medizinischen Fragen nach Einholung von drei orthopädischen Gutachten für hinreichend geklärt. Alle Gutachter haben sich mit dem Ursachenzusammenhang zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden eingehend auseinandergesetzt und dabei sowohl die Eignung des Unfallhergangs als auch die durch bildgebende Befunde nachgewiesenen degenerativen Veränderungen der Schulter und der Sehnen ebenso berücksichtigt wie die fehlenden typischen klinischen Zeichen einer traumatischen Verletzung. Ausgehend von dieser einhelligen Bewertung des medizinischen Sachverhalts, sah sich der Senat zu keiner weiteren Sachverhaltsaufklärung gedrängt. Im Übrigen hat der Kläger nicht beantragt, einen bestimmten, namentlich benannten Arzt als "Obergutachter" zu einem konkreten Beweisthema anzuhören, so dass der Beweisanregung nicht weiter nachgegangen werden musste (vgl. hierzu näher BSG, Beschluss vom 24. Mai 1993 - [9 BV 26/93](#) - [SozR 3-1500 § 160 Nr. 9](#)).

Von einer Beweiserhebung der vom Kläger benannten Zeugen konnte der Senat absehen. Die Behauptung des Klägers, er habe unmittelbar nach dem Unfall Schmerzen und Bewegungseinschränkungen rechts gehabt, hat der Senat bei seiner Entscheidung zugunsten des Klägers als wahr unterstellt, ohne dass dies an dem Ergebnis etwas geändert hat. Die vom Kläger unter Beweis gestellten Behauptungen waren im Übrigen auch Grundlage der Gutachten der Sachverständigen Dr. E. und Dr. T. ...

Aus der mit Bescheid vom 9. November 2004 anerkannten Unfallfolge einer Schulterprellung ist keine Minderung der Erwerbsfähigkeit in rentenberechtigender Höhe um mindestens 20 v. H. herzuleiten. Dr. S. und Dr. E. haben übereinstimmend dargelegt, dass die bei dem Unfall am 13. Januar 2004 eingetretene Verletzung innerhalb von vier bis sechs Wochen folgenlos ausgeheilt ist. Ob es sich dabei um eine Schulterprellung, wie sie die Beklagte im Bescheid vom 9. November 2004 bezeichnet hat, oder um eine Schulterzerrung gehandelt hat, kann dahingestellt bleiben. Denn beide Verletzungen wären nach Ablauf von längstens sechs Wochen folgenlos ausgeheilt.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Die Voraussetzungen nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#), die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2011-10-24