

L 9 U 5216/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 2 U 3519/05
Datum
11.09.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 U 5216/07
Datum
19.08.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 11. September 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist zwischen den Beteiligten die Anerkennung weiterer Unfallfolgen sowie die Gewährung von Verletztengeld und Rente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um mindestens 20 vH.

Der 1949 geborene Kläger erlitt am 14.11.2002 einen Arbeitsunfall, als bei seiner Tätigkeit als Baggerfahrer ein schwerer Betonklotz auf seine Schulterregion fiel bzw. diese streifte. Wegen Schmerzen im Nacken und im Schulterbereich links stellte er sich am nächsten Tag bei dem Arzt für Orthopädie Dr. J. vor, der die Halswirbelsäule (HWS) sowie die linke Schulter röntgte, hierbei jedoch keinen Hinweis für eine knöcherne Verletzung fand. Er diagnostizierte eine Zerrung der Nacken-Schulter-Muskulatur links (Bericht vom 20.11.2002).

Am 25.8.2004 wandte sich der Kläger an die Beklagte und übersandte Rechnungen, die seines Erachtens auf unfallbedingte Behandlungen zurückzuführen seien. Die Beklagte zog Unterlagen der Sana-Klinik Z. GmbH vom 10.5.2004 über eine stationäre Behandlung des Klägers vom 29.4. bis 13.5.2004 (Diagnosen: Läsionen der Rotatorenmanschette links, Impingement-Syndrom der Schulter links, Bursitis im Schulterbereich links; Therapie: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette (Supraspinatussehne) durch Naht, Acromioplastik mit Durchtrennung des Ligamentum coracoacromiale, laterale Clavicularesektion) und Leistungsauszüge der Krankenkasse vom 21.10.2004 bei.

Mit Schreiben vom 26.10.2004 teilte die Beklagte dem Kläger mit, nach dem Bericht der Sana-Klinik sei nicht davon auszugehen, dass seine derzeitige Behandlungsbedürftigkeit sowie die stationären Behandlungen vom 29.4. bis 10.5.2004 und vom 15.7. bis 13.8.2004 in ursächlichem Zusammenhang mit dem Unfall vom 14.11.2002 stünden. Nach der vorliegenden ärztlichen Unfallmeldung vom 20.11.2002 habe er lediglich eine Zerrung der Nacken-Schultermuskulatur erlitten, sodass nicht davon auszugehen sei, dass die bei den Krankenhausaufenthalten behandelte erhebliche Schädigung der linken Schulter auf den Unfall zurückzuführen sei. Die übersandten Rechnungen sende sie daher unbeglichen zurück.

Hiergegen legte der Kläger am 1.12.2004 Widerspruch ein und trug vor, der Unfall habe sich so ereignet, dass eine Betonsäule von drei Meter Länge und 23 cm Breite aus einer Stützmauer herausgelöst werden sollte. Beim Aushöhlen der Säule mit dem Pickel habe sich diese gelöst und sei über die Kante waagrecht zu Boden gestürzt. Dabei habe sie ihn an der Schulter gestreift; zu Schürfungen sei es deshalb nicht gekommen, weil er auf Grund der kalten Jahreszeit dick angezogen gewesen sei. Er habe einen Schlag und Schmerzen in der Schulter gespürt und sofort die Arbeit eingestellt. Die Betonsäule habe ein Gewicht von 700 bis 800 Kilogramm gehabt. Dieser Schlag sei geeignet gewesen, zu einer Teilerreißung der Supraspinatussehne zu führen. Er habe zunächst unter Schmerzen weitergearbeitet; vor dem Unfall habe er keinerlei Schmerzen in der Schulter gehabt.

In einem Nachschaubericht vom 25.1.2005 stellte der Chirurg Dr. B. folgende Diagnosen: traumatische Capsulitis adhaesiva links, Rotatorenmanschententeilruptur links und vertrat die Ansicht, dass der Verlauf für eine traumatische Capsulitis adhaesiva spreche.

Auf Veranlassung der Beklagten erstattete Professor Dr. K., Ärztlicher Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Ulm, ein Gutachten vom 31.5.2005, in dem er als Unfallfolgen eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion links mit begleitendem chronischem Impingementsyndrom nannte und die MdE für die Unfallfolgen ab Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit auf 20% schätzte. Er führte aus, für

eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion spreche die vom Kläger mitgebrachte Kernspintomographie vom 24.1.2004, in der der Musculus supraspinatus keine degenerativen Veränderungen aufweise.

Nach Beiziehung weiterer ärztlicher Unterlagen (Operationsbericht vom 9.8.2004, Entlassungsberichte der Sana-Klinik vom 10.5. und 27.9.2004, Leistungsauszüge der Krankenkasse und Röntgenaufnahmen der Radiologischen Universitätsklinik Ulm) führte Dr. Brunner in der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 4.10.2005 aus, für eine nachhaltige Verletzung der Schulterstrukturen, insbesondere für eine traumatische Ruptur der Rotatorenmanschette, ergäben sich weder initial noch im weiteren Verlauf entsprechende Anhaltspunkte. Die anzunehmende Prellung der Schulter sei theoretisch überhaupt nicht geeignet, eine Ruptur der Rotatorenmanschette zu verursachen. Der Erstbefund sowie der weitere Verlauf rechtfertigen eine derartige Annahme nicht. Der Versicherte habe fast unmittelbar anschließend wieder weiterarbeiten können, und dies langfristig. Die dann im Juni 2003 während eines stationären Heilverfahrens mitbehandelten Schulterbeschwerden reflektierten in den entsprechenden Schilderungen genauso wenig wie die späteren kernspintomographisch und intraoperativ gesehenen Befunde ein sicheres Verletzungssubstrat. Sie seien mit einer zunehmenden Periarthropathie der Schulter vor dem Hintergrund von Zervikal-Syndromen und Zervikobrachialgien vereinbar, was auch schon früher auffällig gewesen sei. Ein Unfallzusammenhang, d. h. ein im Sinne der Wesentlichkeit ursächlicher Zusammenhang der erstmals im Sommer 2003 und dann vor allem ab Anfang 2004 beklagten sowie später operativ angegangenen Beschwerden und Schäden mit dem Unfall vom 14.11.2002, lasse sich nicht mit dem notwendigen Grad an Wahrscheinlichkeit herstellen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 13.10.2005 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte sie aus, selbst bei Annahme einer unfallbedingten Schulterprellung komme dem Geschehen vom 14.11.2002 nach der Gesamtbewertung aller Ursachen einschließlich der Angaben zum Unfallhergang nicht die Bedeutung einer rechtlich wesentlichen Teilursache für die erheblich später aufgetretenen Schulterbeschwerden links zu, sondern müsse vielmehr das Ausmaß der Vorerkrankungen auch unter Berücksichtigung des Lebensalters des Klägers als rechtlich wesentlich gewertet werden.

Hiergegen erhob der Kläger am 19.10.2005 Klage zum Sozialgericht (SG) Reutlingen, mit der er die Anerkennung von Unfallfolgen, die Gewährung von Verletztengeld und im Anschluss daran von Unfallrente nach einer MdE um 20% weiter verfolgte.

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 7.6.2006 führte Professor Dr. K. aus, er stimme mit Dr. Brunner darin überein, dass beim beschriebenen Trauma Anhaltspunkte für eine traumatische Ruptur der Rotatorenmanschette links initial fehlten. Der weitere Verlauf weise zwar trotz der Begleiterkrankungen auf einen Zusammenhang hin, dieser lasse sich jedoch nicht mit großer Wahrscheinlichkeit belegen.

Auf Antrag des Klägers gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) beauftragte das SG Dr. A., Arzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, mit der Begutachtung des Klägers. Auf seine Anregung hin holte das SG weitere Auskünfte bei Dr. J. und der Sana-Klinik ein. Dr. J. erklärte am 7.11.2006, der Kläger sei ab 9.1.2004 wieder von ihm behandelt worden. Das Röntgen des linken Schultergelenks habe einen Hochstand des Humeruskopfes und eine Einengung des subacromialen Raumes ergeben. Der Kläger sei zur Durchführung einer Kernspintomographie des linken Schultergelenks überwiesen worden (Befundbericht vom 15.1.2004). Da die physikalische Behandlung und Elektrotherapie keinen Erfolg gezeigt hätten, sei der Kläger am 3.3.2004 in die Sana-Klinik zur Prüfung der operativen Behandlungsmöglichkeiten überwiesen worden. Professor Dr. G.-Z., Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Sana-Klinik, führte unter dem 20.12.2006 aus, laut Operationsbericht handle es sich im Wesentlichen um zwei Komponenten, zum einen eine Impingementproblematik durch bestehende AC-Gelenksarthrose sowie zum anderen um eine Ruptur der Supraspinatussehne. Bei der AC-Gelenksarthrose handle es sich um eine degenerativ bedingte Erkrankung. Die Ruptur der Supraspinatussehne sei, insbesondere auf Grund des Abstandes vom Zeitpunkt des Traumas bis zum Zeitpunkt der Operation, eher als degenerative Erkrankung anzusehen.

Dr. A. gelangte im Gutachten vom 27.1.2007 zum Ergebnis, beim Kläger lägen folgende Gesundheitsstörungen vor: Zustand nach Prellung des linken Schultergelenks, Impingementsyndrom des linken Schultergelenks bei fortgeschrittener Degeneration der Rotatorenmanschette, Zustand nach Naht eines Supraspinatussehne und Burssektomie sowie Zustand nach mehrmaliger operativer Intervention wegen Gelenkinfekt. Gesundheitsstörungen, die mit Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 14.11.2002 zurückzuführen seien, lägen nicht vor. Eine am Unfalltag erlittene Ruptur der Supraspinatussehne hätte wegen der damit verbundenen Schmerzen und Funktionseinbußen eine sofortige Einstellung der Arbeit über einen längeren Zeitraum nach sich gezogen. Erst 14 Monate nach dem Ereignis sei eine weiterführende Diagnostik erfolgt, wobei der Nachweis einer Supraspinatussehnenruptur gelungen sei. Das MRT gebe jedoch keine Auskunft darüber, wann der Riss entstanden sei. Die Operateure gingen von degenerativen Prozessen aus. In der ergänzenden Stellungnahme vom 5.4.2007 hielt Dr. A. an seiner Beurteilung fest.

Mit Urteil vom 11.9.2007 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, der Kläger habe keinen Anspruch auf Anerkennung von Unfallfolgen und auf die Gewährung von Verletztengeld und Verletztenrente. Das SG habe auf Grund der Beweisaufnahme nicht zu der Überzeugung gelangen können, dass die nunmehr beim Kläger bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf das Unfallereignis vom 14.11.2002 zurückzuführen seien. Das Unfallereignis habe lediglich zu einer Zerrung des linken Schultergelenks geführt, wie sich aus der Erstdiagnose von Dr. J. ergebe. Gegen einen gravierenden Erstbefund spreche auch, dass der Kläger bereits nach zwei Tagen wieder seine Arbeit habe aufnehmen können und erst über 18 Monate später eine einschlägige Behandlungsbedürftigkeit dokumentiert sei. Ferner sei auch nicht feststellbar gewesen, dass es zu einer solchen Zugbelastung der Sehne gekommen sei, die zu einem Sehnenriss hätte führen können. Nach der ursprünglichen Schilderung des Unfalls durch den Kläger habe der herabfallende Betonklotz die linke Schulter des Klägers lediglich gestreift. Auf die Entscheidungsgründe im Übrigen wird Bezug genommen.

Gegen das am 19.10.2007 zugestellte Urteil hat der Kläger am 2.11.2007 unter Vorlage einer Stellungnahme von Dr. B. vom 4.11.2007 Berufung eingelegt und vorgetragen, Dr. A. habe nur eindimensional geprüft, ob der Unfall die Sehnenverletzung verursacht habe, nicht aber, ob andere Verletzungen vorlägen. Dr. B. weise darauf hin, dass bei ihm eine traumatische Capsulitis vorliege. Der äußerlich unauffällige Schulterbefund spreche dafür, dass er sich keine Schulterprellung, sondern eine Distorsion der linken Schulter und auch der Nackenmuskulatur zugezogen habe. Der Operateur liste die Diagnose Capsulitis adhaesiva in seinem Operationsbericht an erster Stelle auf. Eine Capsulitis adhaesiva trete entweder spontan oder nach Traumata auf. Dr. B. rüge daher zu Recht, dass Dr. A. sich nur mit der Teilruptur der Supraspinatussehne beschäftigt habe, nicht aber mit der Capsulitis als Folge einer Schulterdistorsion.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 11. September 2007 sowie den Bescheid der Beklagten vom 26. Oktober 2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Oktober 2005 aufzuheben und bei ihm eine ausgeprägte schmerzhafte Bewegungseinschränkung der linken Schulter mit daraus resultierender muskulärer Hypertrophie und Kraftlosigkeit, Dauerschmerz, nächtlichem Ruheschmerz, postoperativen Wund- und Gelenkinfekten mit NMRSA festzustellen und die Beklagte zu verurteilen, ihm Verletztengeld und anschließend Rente nach einer MdE um mindestens 20% zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie erwidert, ein traumatisch bedingter Rotatorenmanschettenschaden lasse sich nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachweisen. Nach der übereinstimmenden Beurteilung aller mit der Unfallsache befassten Gutachter habe das Unfallereignis vom 14.11.2002 lediglich zu einer Prellung der linken Schulter geführt, welche nicht geeignet sei, einen Rotatorenmanschettenschaden nach sich zu ziehen. Ferner sei ein Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der von Dr. B. angeführten Schultersteife nicht nachweisbar, wie sich aus der beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. B. vom 12.02.2008 ergebe. Danach seien 80 bis 90 % der schmerzhaften Schultersteifen Folgen degenerativer Veränderungen in der Umgebung der Schultergelenks bzw. in den so genannten Nebengelenken des Schultergelenks. Beim Kläger habe eine Arthrose des linken Schultergelenks vorgelegen, entsprechend dem OP-Bericht sei deshalb das linke Schultergelenk im Sinne einer außenseitigen Schlüsselbeinresektion entfernt worden. Um einen Kausalzusammenhang zwischen einem Unfallereignis und der schmerzhaften Schultersteife herstellen zu können, sei ausnahmslos der Nachweis einer erheblichen direkten oder indirekten Gewalteinwirkung auf das Schultergelenk in Form von Schwellung, Bluterguss im Gelenk und sofortiger schmerzhafter Funktionsbehinderung im zeitlichen Zusammenhang erforderlich.

In einer weiteren ergänzenden Stellungnahme vom 23.4.2008 hat Dr. A. ausgeführt, eine traumatische Capsulitis adhaesiva des linken Schultergelenks habe sich zwischen dem Unfall vom 14.11.2002 und der ersten Schultergelenksoperation links am 30.4.2004 nicht abgespielt, da sich bei der Operation die für eine adhaesive Capsulitis typischen pathologisch-anatomischen Veränderungen nicht gefunden hätten. Die Operation am 30.4.2004 sei wegen der schicksalhaften degenerativen Veränderung des Schultergelenks erfolgt. Eine fehlerhafte OP-Indikation vermöge er nicht zu erkennen. Die jetzt bestehenden Funktionseinschränkungen seien Folge der degenerativen Veränderungen und der postoperativen Komplikationen.

In einer weiteren beratungsärztlichen Stellungnahme vom 2.7.2008 führt Dr. B. aus, eine traumatische Ursache der Capsulitis bzw. eine Auslösung der Capsulitis durch den geschilderten Unfallverlauf könne nicht wahrscheinlich gemacht werden. Der Kläger sei bereits zwei Tage nach dem Unfallereignis wieder in der Lage gewesen, seiner Tätigkeit als Baggerfahrer nachzugehen, und das offensichtlich bis Ende Januar 2004, d. h. bis ca. 14 Monaten nach dem Unfall.

In einer Stellungnahme vom 28.7.2008 führt Dr. B. aus, eine Rotatorenmanschettenruptur mache üblicherweise erhebliche Beschwerden, sodass der Kläger dann nicht zwei Tage nach dem Unfall die Arbeit wieder hätte aufnehmen können. Komplet anders sei es dagegen bei einer traumatischen Capsulitis. Diese entwickle sich langsam, schleichend über viele Monate und unabhängig von der Stärke des Traumas.

Zur weiteren Darstellung des Tatbestandes wird auf die Akten der Beklagten, des SG sowie des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgemäß eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig. Berufungsausschlussgründe nach [§ 144 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) liegen nicht vor.

Die Berufung des Klägers ist jedoch nicht begründet. Das angefochtene Urteil des SG sowie die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind nicht zu beanstanden, da der Kläger keinen Anspruch auf Feststellung von Gesundheitsstörungen als Folgen des Arbeitsunfalls vom 14.11.2002 sowie auf Gewährung von Verletztengeld und Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung hat. Das SG hat den rechtserheblichen Sachverhalt umfassend dargestellt, die Voraussetzungen für die Feststellung von Unfallfolgen sowie die Gewährung von Verletztengeld und Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung zutreffend benannt und das Beweisergebnis frei von Rechtsfehlern gewürdigt. Hierbei hat es auch überzeugend begründet, weshalb es den Beurteilungen des Dr. A. gefolgt ist. Der Senat schließt sich der Beweismittelwürdigung des SG uneingeschränkt an und sieht deshalb von einer Darstellung der Entscheidungsgründe gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) weitgehend ab. Der Senat vermag auch nach weiterer Sachaufklärung - ebenso wie das SG - nicht festzustellen, dass die beim Kläger vorliegende ausgeprägte schmerzhafte Bewegungseinschränkung der linken Schulter mit daraus resultierender muskulärer Hypertrophie und Kraftlosigkeit, Dauerschmerz, nächtlichem Ruheschmerz, postoperativen Wund- und Gelenksinfekten Folge des Arbeitsunfalls vom 14.11.2002 ist und dem Kläger wegen der Folgen des Arbeitsunfalls Verletztengeld und Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung zustehen. Der beim Kläger vorliegende Rotatorenmanschettenschaden ist - wie schon das SG zutreffend festgestellt hat - nicht mit Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 14.11.2002 zurückzuführen. Zu diesem Ergebnis gelangt der Senat auf Grund der im Wesentlichen übereinstimmenden Beurteilungen von Dr. Brunner in der Stellungnahme vom 4.10.2005, Prof. Dr. G.-Z. in der sachverständigen Zeugenaussagen vom 20.12.2006, Dr. A. im Gutachten vom 27.1.2007 und auch Dr. B. in der Stellungnahme vom 28.7.2008. Professor Dr. K., der zunächst im Gutachten vom 31.5.2005 eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion links als Folge des Unfalls vom 14.11.2002 angenommen hat, hat sich nach Kenntnis der Stellungnahme von Dr. B. vom 4.10.2005 von seiner Beurteilung in der ergänzenden Stellungnahme vom 7.6.2006 distanziert und eingeräumt, dass initial Anhaltspunkte für eine traumatische Ruptur der Rotatorenmanschette links fehlten und der Kausalzusammenhang sich nicht mit großer Wahrscheinlichkeit belegen lasse. Der Senat vermag auch nicht festzustellen, dass eine Capsulitis adhaesiva mit Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall vom 14.11.2002 zurückzuführen ist. So räumt Dr. B. in seiner Stellungnahme vom 4.11.2007 selbst ein, dass eine Capsulitis adhaesiva spontan oder nach Traumata auftritt. Gründe, warum mehr dafür als dagegen spricht, dass eine beim Kläger aufgetretene Capsulitis unfallbedingt sein soll, hat er aber nicht genannt. Darüber hinaus ist schon nicht mit einer an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass beim Kläger am 30.4.2004 eine Capsulitis adhaesiva vorgelegen hat. Zwar ist auf Seite 1 des Operationsberichts vom 30.4.2004 unter Diagnosen eine adhaesive Entzündung der Schultergelenkkapsel aufgeführt. Pathologisch-anatomische Veränderungen, die diese Diagnose stützen könnten, werden intraoperativ jedoch nicht beschrieben, insbesondere keine Zottenhypertrophie, keine Verklebung des Gelenkinnenraumes und

keine Kapselverdickung. Genannt werden eine mäßiggradige Synovialitis, eine Bursitis, ein Impingementsyndrom, Läsionen der Rotatorenmanschette, eine Arthrose des Schulterreckgelenks und degenerative Veränderungen am Labrum (knorpelige Gelenkklippe der Schultergelenkspfanne). Auch im Arztbrief vom 10.5.2004 wird die Diagnose einer Capsulitis adhaesiva nicht gestellt. Angesichts dessen ist die Beurteilung von Dr. A. schlüssig und nachvollziehbar, dass zum Zeitpunkt der Operation am 30.4.2004 eine Capsulitis adhaesiva nicht vorlag und der operative Eingriff wegen fortgeschrittener degenerativer Veränderungen innerhalb des linken Schulterreckgelenks, eines sogenannten Impingementsyndroms, erfolgte und nicht auf Grund falscher Operations-Indikation. Aber selbst wenn man zu Gunsten des Klägers unterstellen würde, dass eine Capsulitis adhaesiva im Zeitpunkt der Operation am 30.4.2004 vorgelegen hätte, ist nicht mit Wahrscheinlichkeit feststellbar, dass diese unfallbedingt ist. Denn nach der übereinstimmenden Auffassung von Dr. B. in der Stellungnahme vom 12.2.2008 und Dr. A. in der Stellungnahme vom 23.4.2008, der Dr. B. auch nicht widersprochen hat, sind 80 bis 90 % der schmerzhaften Schultersteife Folge degenerativer Veränderungen in der Umgebung des Schultergelenks bzw. in den sogenannten Nebengelenken. Bei dem Kläger lagen derartige degenerative Veränderungen (Arthrose des linken Schulterreckgelenks, Impingement-Syndrom des linken Schulterreckgelenks infolge einer ansatznahen Ausdünnung der Supraspinatussehne; zusätzlich Schleimbeutelentzündung, Entzündung der Gelenkinnenhaut und Degeneration des Labrums) vor. Sowohl Dr. B. als auch Dr. A. legen dar, dass eine traumatische Ursache nur in Betracht käme, wenn der Nachweis einer erheblichen direkten oder indirekten Gewalteinwirkung auf das Schultergelenk in Form von Schwellung, blutigem Gelenkerguss und sofortiger schmerzhafter Funktionsbehinderung im zeitlichen Zusammenhang gegeben wäre. Dies war beim Kläger nicht der Fall. Weder wurden von Dr. J. am 15.11.2002 äußerliche Verletzungszeichen an der linken Schulter festgestellt, noch kam es zu einer sofortigen schmerzhaften Funktionseinschränkung der linken Schulter, nachdem der Kläger noch am 15.11.2002 seine Arbeit wieder aufnahm und die Funktionseinschränkungen im linken Schultergelenk auch bei der Aufnahme in das wegen der Diabeteserkrankung durchgeführte Heilverfahren am 10.6.2003 nur geringfügig waren. Es bestand ausweislich des Entlassungsberichts vom 14.7.2003 im linken Schultergelenk lediglich ein Endbewegungsschmerz am Acromioclaviculargelenk ohne tastbare Gelenkschwellung oder Kraftminderung bei einem Abduktionsausmaß von 102°, einer Anteversion von 160°, einer Retroversion von 40° und IRO/ARO 80/0/60°. Schließlich begab sich der Kläger danach wegen Schmerzen in der linken Schulter erst wieder im Januar 2004 in die ärztliche Behandlung zu Dr. J. ... Darüber hinaus legt Dr. A. dar, dass in der medizinischen Literatur bei der adhaesiven Capsulitis teilweise sogar von einem eigenständigen Krankheitsbild ausgegangen wird, dessen definitive Ursachen nicht bekannt sind. Diese Auffassung wird im Schrifttum bestätigt, wonach die Ursache der Capsulitis bislang unklar ist, Männer und Frauen, meist im mittleren Lebensalter, gleichermaßen trifft, wobei Patienten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus - wie der Kläger - häufiger betroffen sind und meist schwerere Verläufe haben (<http://www.univerimed.com/frame.php?frame>). Soweit Dr. B. ausführt, eine traumatische Capsulitis entwickle sich langsam, schleichend über viele Monate, wobei die Stärke des Traumas nicht maßgeblich sei, berücksichtigt er überwiegend häufigere Ursachen für die Entwicklung einer Capsulitis nicht und nimmt auch keine Abwägung vor. Nach alledem war das angefochtene Urteil des SG nicht zu beanstanden. Die Berufung des Klägers musste zurückgewiesen werden.

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

Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-09-14