L 9 U 6409/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 7 U 3266/04
Datum
23.11.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 U 6409/06
Datum
21.07.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 23. November 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Feststellung von Unfallfolgen sowie die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung streitig.

Der 1940 geborene Kläger, ausgebildeter Schaufenstergestalter bzw. Dekorateur und Inhaber eines Unternehmens für Messebau, war bei der Beklagten freiwillig versichert.

Bei seiner beruflichen Tätigkeit zog er sich am 24. November 2002 eine Verletzung im Bereich der linken Schulter zu. Art und Ausmaß der infolge des Ereignisses eingetretenen Schädigung ist zwischen den Beteiligten streitig, insbesondere ob eine am 25. Juli 2003 operativ behandelte Ruptur der Supraspinatussehne der linken Schulter Folge des Unfalles und eine am 23. Oktober 2003 operativ behandelte Rektusdiastase mittelbare Unfallfolge sind.

Mit Schreiben vom 21. August 2003 informierte der Kläger die Beklagte erstmals über den Unfall und teilte zum Hergang mit, beim Aufbau eines Messestandes habe er Traversen aufgerichtet und dabei einen starken Schmerz in der linken Schulter verspürt, der lange angehalten habe, nach ärztlicher Behandlung jedoch weniger geworden sei. Deswegen habe er zunächst auch keine Notwendigkeit gesehen, den Vorfall zu melden. Am 09. September 2003 gab er auf Fragen der Beklagten an, er habe einen Messestand abbauen müssen. Beim Umlegen von PVC-Rohren mit einem Durchmesser von 400 mm und einer Länge von 3000 mm sei ihm eine Säule entglitten und er habe diese, um größeren Schaden zu vermeiden, auffangen müssen. Dabei habe er in seiner linken Schulter einen sehr starken, stechenden Schmerz gespürt. Trotz langzeitiger Behandlungsmaßnahmen seien die Schmerzen immer wieder aufgetreten. Auf die Frage, ob und wenn ja, in welche Richtung der linke Arm bei dem Vorgang verdreht worden sei, äußerte er, "ich müsste lügen, wenn ich diese Frage klar beantworten würde". Nachdem sich das Rohr seitlich verdreht habe, könne er sich "schon vorstellen", dass sich sein Arm seitlich nach links weggedreht habe. Anlässlich einer Begutachtung gab er am 08. April 2004 bei der Untersuchung an, beim Abbauen eines Messestandes sei eine Säule umgefallen. Er habe diese mit dem linken Arm auffangen wollen, sich dabei den Arm nach außen verdreht und sofort starke Schmerzen in der linken Schulter verspürt. Unter dem 11. Juni 2006 ließ er - nun anwaltlich vertreten - vortragen, beim Messeabbau habe er eine Plastiksäule mit Metallkonstruktion und einem Gewicht von etwa 75 kg sowie einer Höhe von drei Metern, mit Metallgitter vier Metern, auffangen müssen. Beim Abbau werde die Säule schräg auf einen Punkt gekippt und dann durch Zurückgehen des Kippenden langsam auf den Boden gelegt. Beim Kippen habe sich die Säule nun über den Punkt herum selber gedreht, so dass er sie nicht mehr mit beiden Händen habe halten können und die Säule dann über den linken Arm hinaus, der "sich automatisch mitgedreht" habe, auf den Boden gefallen sei. Dabei sei "der linke Arm typisch nach hinten gezogen und außen gedreht worden". Es habe eine "Scherbewegung und Drehbewegung gleichzeitig stattgefunden, die zur Überlastung des Armes geführt" habe.

Nach dem Ereignis suchte er am 27. November 2002 den Allgemeinmediziner Dr. Sp. auf, der auf Anfrage der Beklagten am 26. Januar 2004 mitteilte, der Kläger habe sich wegen eines Schulter-Arm-Syndroms vorgestellt. Zu der Frage, welche Angaben der Kläger zur Entstehung der Beschwerden gemacht habe, äußerte sich Dr. Sp. nicht. Der Orthopäde Dr. J., bei dem sich der Kläger erstmalig am 06. Februar 2003 vorstellte, berichtete auf Anfrage der Beklagten am 10. November 2003, der Kläger habe über Schmerzen seit Dezember 2002 und eine Bewegungseinschränkung im Bereich der Schultergelenke, links mehr als rechts, geklagt. Ein Unfall sei nicht geltend gemacht worden bzw.

in seinen Unterlagen nicht vermerkt. Gemäß dem Bericht des Chefarztes der Abteilung Chirurgie der Kreisklinik (KK) Balingen, Dr. B., vom 11. Juni 2003 hatte der Kläger dort am 10. Juni 2003 angegeben, er habe im November 2002 nach dem Heben einer schweren Last plötzlich Schmerzen in der linken Schulter verspürt. Ein Arbeitsunfall sei - so Dr. B. am 05. September 2003 - nicht angegeben worden.

Ferner gab der Kläger, der am 23. Oktober 2003 im Krankenhaus (KH) Hechingen wegen einer Rektusdiastase (Auseinanderweichen der geraden Bauchmuskeln) operativ (Herniotomie und Bauchdeckenrekonstruktion nach Stoppa) behandelt worden war, bezüglich dieser Erkrankung erstmals am 28. November 2003 telefonisch gegenüber der Beklagten an, beim Umdrehen im Bett sei die "Bauchdecke gerissen", als er sich wegen der vorangegangenen Schulteroperation nicht mit dem Arm habe abstützen können. Unter dem 27. August 2004 ließ er vortragen, der "Bauchwandbruch" sei mittelbare Unfallfolge und von ihm nach der Operation beim Aufrichten festgestellt worden. Er sei auf einen "Vorfall während der Operation" zurückzuführen. Bei einer Untersuchung anlässlich einer Begutachtung gab er am 05. November 2008 dazu noch an, einige Wochen nach der Operation an der Schulter sei ein "Bauchdeckenbruch" aufgefallen.

Nach dem Unfall war der Kläger gemäß den Unterlagen der AOK Baden-Württemberg, Bezirksdirektion Zollern-Alb in den Zeiträumen vom 28. Januar bis 05. März 2003 (vermerkte Diagnose: Radikulopathie) und vom 25. Juli bis 16. September 2003 (vermerkte Diagnose: "Läsionen der Rotatorenmanschette" [RM], "Sonst Syn-Tendosynovitis SUB" und "Impingement-Syndrom der Schulter") arbeitsunfähig. Dr. J. gab an, die Arbeitsunfähigkeit vom 28. Februar bis 5. März 2003 sei wegen einer Ruptur der Supraspinatussehne links bescheinigt worden.

Am 27. November 2002 erhob Dr. Sp. einen erhöhten Tonus der Nacken- und Schultermuskulatur, einen Druck- und Bewegungsschmerz im Bereich der langen Bizepssehne links deutlicher als rechts, einen beidseits möglichen Schürzengriff, links endgradig schmerzhaft, und eine endgradige konzentrische Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule (HWS). Er verabreichte Antiphlogistika und verordnete Massage (so Dr. Sp. als sachverständiger Zeuge am 2. Februar 2005). Wegen persistierender Beschwerden suchte der Kläger dann am 6. Februar 2003 Dr. J. auf, der ein MRT veranlasste. Dieses ergab am 25. Februar 2003 eine ansatznahe Ruptur der Supraspinatussehne und eine chronische Ansatztendinose der Infraspinatussehne sowie eine chronisch-atrophische Tendinose der langen Bizepssehne im intraartikulären Anteil, wobei mitursächlich der gebogene Verlauf des Akromions sein könnte, eine geringfügige ACG-Arthrose und eine mäßiggradige Synovitis (Bericht des Radiologen Dr. Sch. vom 26. Februar 2003). Am 25. Juli 2003 erfolgte im KK Balingen unter der Diagnose Ruptur der Supraspinatussehne linke Schulter, subacromiales Impingement durch Exophythen des AC-Gelenkes sowie Fehlform des Acromions eine Arthroskopie des linken Schultergelenkes sowie eine offene Refixation der Supraspinatussehne, eine Resektion des linken AC-Gelenkes und eine Acromioplastik nach Neer (Entlassungsbrief vom 1. August 2003 und Operationsbericht vom 25. Juli 2003 des Dr. B.). Ferner erfolgte am 23. Oktober 2003 im KH Hechingen wegen der Rektusdiastase eine Herniotomie mit stationären Aufenthalt vom 21. bis 28. Oktober 2003 (Bericht Dr. Merseburger vom 28. Oktober 2003 und Operationsbericht Oberarzt M. vom 18. November 2003).

Auf das Schreiben des Klägers, zu welchem er den Entlassungsbericht des Dr. B. vom 1. August 2003 vorlegte, zog die Beklagte das Vorerkrankungsverzeichnis der AOK bei und holte die Berichte des Dr. J. vom 10. November 2003 und des Dr. Sp. vom 26. Januar 2004, der weitere Berichte (Dr. B. vom 11. Juni 2003, 1. August 2003, 29. Juli 2003) vorlegte, ein. Dr. B. äußerte unter dem 5. September 2003, ein Durchgangsarztbericht sei nicht erstattet worden, weil ein Arbeitsunfall nicht angegeben worden sei, der Mechanismus, Heben schwerer Last, keinen Unfall im Sinne des Gesetzes darstelle und die Arthrose des Schultergelenkes die Ruptur "chronisch" verursacht habe. In der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 11. Februar 2004 gelangte Dr. K. zum Ergebnis, im Hinblick auf die Ausführungen von Dr. B. bestünden medizinische Bedenken gegen das Vorliegen eines Arbeitsunfalls. Ein Zusammenhang zwischen Körperschaden und Unfallgeschehen bestehe nach den vorliegenden Unterlagen nicht, Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit seien nicht Folge des geschilderten Ereignisses und der Riss der Bauchdecke stelle auch kein Unfallereignis dar.

Sodann holte die Beklagte ein Gutachten des PD Dr. T., Chefarzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Klinikums der Stadt Villingen-Schwenningen, vom 10. April 2004 ein. Er gelangte im Wesentlichen zum Ergebnis, der Kläger habe bei dem Unfall, als er mit dem linken Arm eine umstürzende Säule aufzufangen versucht habe, eine Zerrung der linken Schulter erlitten. Es sei davon auszugehen, dass diese in einem Zeitraum von längstens vier Wochen ausgeheilt gewesen sei. Der Sehneneinriss und die weiter bestehenden Beschwerden, welche letztlich zu dem operativen Eingriff geführt hätten, seien nicht auf das Ereignis zurückzuführen, sondern verschleißbedingt unfallunabhängig entstanden. Ein für die Rissbildung geeigneter Unfallmechanismus habe nicht vorgelegen. Eine verschleißbedingte Verengung und degenerative Veränderungen am Schultergelenk führten zu einem vorzeitigen Verschleiß der Sehne und einer zunehmenden Ausdünnung, die dann bei alltäglicher Betätigung des Armes zum Einreißen der Sehne führen könne. Auch das Auseinanderweichen der Oberbauchmuskulatur sei nicht auf den angeschuldigten Unfall, sondern auf degenerative und anlagebedingte Veränderungen zurückzuführen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf das Gutachten verwiesen.

Mit Bescheid vom 25. Mai 2004 lehnte die Beklagte die Gewährung von Verletztenrente ab, da der Versicherungsfall über die 26. Woche hinaus eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in rentenberechtigendem Grade nicht hinterlassen habe. Unfallfolgen seien eine "folgenlos ausgeheilte Zerrung der linken Schulter". Nicht Folge des Versicherungsfalles seien eine AC-Gelenksarthrose links, ein subacromiales Impingement links und die Rektusdiastase.

Dagegen erhob der Kläger am 1. Juni 2004 Widerspruch und machte geltend, der Unfallmechanismus sei nicht präzise aufgenommen und berücksichtigt worden. Hierzu gab er eine Schilderung des Arbeitsunfalls. Das Gutachten von PD Dr. T. sei insoweit widersprüchlich, als er einerseits eine Rotatorenmanschetten-Ruptur (RMR) links verneine, andererseits aber im August 2003 im Entlassbrief der KK Balingen eine ansatznahe Ruptur der Supraspinatussehne festgestellt sei. Der Riss dieser Sehne sei mit dem Ereignis vereinbar, das auch nach Auffassung von PD Dr. T. so stark gewesen sei, dass eine Schulterzerrung vorgelegen habe. Unfallbedingt sei jedoch auch die Supraspinatussehnenruptur. Es sei nicht bewiesen, dass die Beschwerden eine andere Ursache hätten, als die Distorsion. Vor dem Unfall habe er nie Beschwerden gehabt. Das Vorerkrankungsverzeichnis sei leer. Und er sei in dem Zustand versichert gewesen, in dem er sich zum Unfallzeitpunkt befunden habe. Es habe sich auch eindeutig nicht um eine Gelegenheitsursache gehandelt, nachdem die Plastiksäule ein Gewicht von "zwei Zentnern" habe, wobei die Dynamik einer vier Meter hohen fallenden Säule erheblich sei. Die auf die Schulter einwirkende Last sei geeignet gewesen, zum Zerreißen der Sehne und zur Distorsion beizutragen. Ein Indiz für das erhebliche Gewicht sei weiter die Tatsache, dass eine massive Überspannung der Bauchdecke stattgefunden habe, die zu deren Zerreißen geführt habe. Soweit PD Dr. T. behaupte, nur bei jüngeren Menschen könne es zu einem echten Einreißen der Sehnen kommen, wobei mögliche Ursache eine Schulterluxation oder eine abrupte Bewegung sei, liege hier auch nach Ansicht von PD Dr. T. eine Zerrung der linken Schulter vor, die einer Luxation gleich komme. Durch die Schulterzerrung sei die Muskulatur überdehnt worden. Dies entspreche dem Mechanismus für eine

Verletzung der RM. Der Bauchwandbruch sei mittelbare Unfallfolge. Er habe diesen nach der Operation wegen der Armverletzung festgestellt. Er sei auf einen "Vorfall während der Operation" zurückzuführen, jedenfalls habe er nach dem Aufwachen und beim Aufrichten nach der Operation im Krankenbett den Bauchwandbruch festgestellt.

Im Nachschaubericht vom 21. Juni 2004 und in einem Bericht vom 16. Juni 2004 führte der Chirurg Dr. B. aus, es lägen eine traumatische RMR rechts, eine Dupuytren`sche Kontraktur im Stadium I beidseits sowie eine Rektusdiastase vor und es bestehe der Verdacht eines Sulcus ulnaris-Syndroms rechts. Am 10. Juli 2004 gab Dr. B. einen weiteren Bericht ab und äußerte sich zum Gutachten von PD Dr. T ... Dieser habe den Unfallhergang "nur sehr kursorisch, oberflächlich beschrieben". Hier zum Kontrast stehe "der von mir beschriebene Unfallhergang", der sich wie folgt darstelle: "Der Patient arbeitet als selbständiger Messebauer. Am 24.11.02 hatte er in Hamburg einen Messestand abzubauen. Der Patient war beim Abbau der letzten Säule, die vier Meter lang und 100 kg schwer war. Hierzu hielt er die Säule mit ausgestreckten Armen und wollte langsam zurückgehen. Die Säule drehte sich, so dass das ganze Gewicht der Säule sich auf den linken Arm des Patienten verlagerte. Der linke Arm wurde nach hinten und nach lateral weggerissen. Er musste die Säule dann fallen lassen. Dabei traten massive Schmerzen auf." Unter Berücksichtigung dessen sowie des Verlaufs sei der Unfall geeignet gewesen, eine RMR zu verursachen. Die unfallbedingte MdE betrage 10 v.H. Hinzu komme eine erhebliche berufliche Betroffenheit, da der Kläger als Messebauer schwer körperlich und viel über Kopf arbeiten müsse, was nicht mehr möglich sei. Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. Z. diagnostizierte im Bericht vom 13. Juli 2004 ein Sulcus ulnaris-Syndrom nach Arbeitsunfall mit Schulter- und Oberarmverletzungen ohne Arbeitsunfähigkeit neurologischerseits.

Mit Widerspruchsbescheid vom 8. Oktober 2004 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Die Ablehnung der Gewährung von Verletztenrente sei zu Recht erfolgt. Eine abgeheilte Zerrung der linken Schulter bedinge keine MdE in rentenberechtigendem Grade. Unfallfremde Erkrankungen hätten bei der MdE-Einschätzung und -Festsetzung außer Betracht zu bleiben. Im Übrigen habe auch unabhängig von der Sicht bezüglich der Zuordnung einzelner Körperschäden Dr. B. eine MdE von unter 20 v.H. geschätzt.

Danach gelangte der Beratungsfacharzt Dr. M. in Auswertung eines weiteren Berichtes des Dr. Z. vom 16. September 2004 (das Sulcus ulnaris-Syndrom sei "eindeutig auf den Arbeitsunfall zurückzuführen", der Kläger habe glaubhaft berichtet, vor diesem Unfall keinerlei Beschwerden im Bereich der linken oberen Extremität gehabt zu haben, und es könne mit Sicherheit nicht nur von einer Zerrung ausgegangen werden) zum Ergebnis, weil die Schulteroperation keine Unfallfolge sei, sei auch eine Komplikation der Operation, eine Ruhigstellung im Sinne eines Sulcus ulnaris-Syndroms, keine indirekte Unfallfolge. Hinweise auf eine direkte Schädigung ergäben sich nicht, da ein Ellenbogentrauma nicht vorgelegen habe.

Am 14. Oktober 2004 hat der Kläger Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG) erhoben, mit welcher er zunächst die Feststellung weiterer Unfallfolgen sowie die Gewährung der sich daraus "ergebenden gesetzlichen Leistungen" und schließlich im Termin zur mündlichen Verhandlung am 23. November 2006 die Feststellung von Unfallfolgen sowie die Gewährung von Verletztengeld erstrebt hat. Hierzu hat er nochmals den Unfallhergang aus seiner Sicht geschildert und vorgetragen, das Gutachten von PD Dr. T. sei widersprüchlich und der festgestellte Riss sei mit dem Ereignis vereinbar. Die Beklagte müsse beweisen, dass nur eine ausgeheilte Zerrung eingetreten sei. PD Dr. T. habe nicht vergleichend die rechte Schulter untersucht. Im Übrigen hat er sich auf Dr. B. berufen. Ferner hat er geltend gemacht, bei dem Bauchwandbruch handle es sich um eine mittelbare Unfallfolge durch einen "Vorfall während der Operation". Vorher habe er nie entsprechende Beschwerden gehabt. Ob er mit dem Ellenbogen angeschlagen sei, wisse er nicht. Bei der Bemessung der MdE sei auch eine besondere berufliche Betroffenheit (bbB) zu berücksichtigen. Die Tätigkeit als Messebauer umfasse auch das Platzieren und die gefällige Darstellung des Messestandes. Insofern könne er seine speziellen Kenntnisse nicht mehr verwerten und habe auch einen Einkommensverlust durch den Unfall erlitten.

Das SG hat die Krankenunterlagen des KH Hechingen über die Behandlung des Bauchwandbruches (stationär vom 21. bis 28. Oktober 2003 mittels Herniothomie und Netzeinlage nach Stoppa) sowie die Unterlagen des KH Balingen über die stationäre Behandlung vom 25. Juli bis 01. August 2003 (Bericht vom 1. August 2003 [Arthroskopie linkes Schultergelenk, offene Refixation der Supraspinatussehne, Resektion des linken AC-Gelenkes, Acromioplastik nach Neer am 25. Juli 2003] sowie Operationsbericht vom 25. Juli 2003 des Dr. B.) beigezogen und behandelnde Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. Z. hat am 02. Dezember 2004 über drei Untersuchungen ab 13. Juli 2004 und die erhobenen Befunde (Funktionsstörung am linken Arm, deutliche reaktive Dysthymie, unfallbedingtes Sulcus ulnaris-Syndrom ["während des Unfalls heftig mit dem Ellenbogengelenk angeschlagen"] unfallbedingte MdE bzw. Grad der Behinderung 50) berichtet. Dr. Sp. hat am 2. Februar 2005 über die nach dem Unfall erhobenen Befunde berichtet und die MdE in ihrer "Gesamtheit" auf über 50 v.H. geschätzt. Hierbei ist er davon ausgegangen, dass die RMR und der Bauchwandbruch Unfallfolgen seien. Dazu hat er weitere ärztliche Berichte (u.a. auch den Operationsbericht des KH Hechingen vom 23. Oktober 2003 und den dortigen Bericht vom 21. November 2003) vorgelegt.

Das SG hat weiter auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein Sachverständigengutachten des Unfallchirurgen PD Dr. E. vom 19. August 2005 mit einem radiologischen Zusatzgutachten nach MRT vom 15. Juli 2005 eingeholt. Der Sachverständige hat einen Zustand nach Rekonstruktion einer RMR, "wohl eher traumatischer wie degenerativer Natur links" mit Kraftverlust des linken Armes bei nahezu freier Funktion der Schulter erhoben, die mit Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 24. November 2002 zurückzuführen seien. Bei fehlender Muskeldegeneration sei eine degenerative Ruptur der Supraspinatussehne eher auszuschließen. Dies ergebe sich auch aus dem aktuellen kernspintomographischen Befund, der wesentliche arthrotische Veränderungen des linken Schultergelenkes nicht zeige. Eine Vorgeschichte hinsichtlich einer RM-Schädigung sei nicht bekannt, der Unfall sei nachgewiesen und der Unfallmechanismus lasse durchaus eine RMR zu. Auf der Gegenseite bestehe keine Ruptur der RM und der Operateur habe von einer traumatischen Ruptur der Sehne gesprochen. Unfallfolgen seien zusammengefasst eine geringgradige Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenkes und eine Kraftminderung des linken Schultergelenkes mit Ober-armmuskulaturhypothrophie von bis zwei Zentimeter Oberarmumfang sowie Ruhe- und Belastungsschmerzen. Den Grad der MdE schätze er auf 10 v.H. Entgegen der Auffassung von PD Dr. T. handele es sich nicht (nur) um eine ausgeheilte Zerrung der linken Schulter. Die Rektusdiastase sei sicherlich nicht Folge eines Traumas, auch nicht des Traumas vom 24. November 2002.

In seiner hierauf vom SG eingeholten schriftlichen sachverständigen Zeugenauskunft hat Dr. B. am 20. Dezember 2005 geäußert, den Ausführungen von PD Dr. E. stimme er in großen Teilen nicht zu. Aus seiner Sicht sei die RMR eher degenerativer als traumatischer Natur. Bei der Kernspintomographie vom 26. Februar 2003 seien u. a. auch eine Schultereckgelenksarthrose sowie ein gebogener Verlauf der

Schulterhöhe festgestellt worden. Entgegen den Ausführungen von PD Dr. E. habe er als Operateur weder in seinen Arztbriefen noch im OP-Bericht den Begriff einer traumatischen Ruptur genannt. Eine Supraspinatussehnenruptur könne durch Schultereckgelenksarthrosen oder eine Fehlform des Acromions, die vorgelegen hätten, eintreten. Wie PD Dr. E. sei er der Auffassung, dass die Rektusdiastase sicherlich keine Folge einer Verletzung vom 24. November 2002 sei. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Ausführungen von Dr. B. verwiesen.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG hat PD Dr. E. zu den Ausführungen von Dr. B. Stellung genommen und an seiner Einschätzung festgehalten. Auf die ergänzende Stellungnahme vom 10. März 2006 wird verwiesen.

Die Beklagte hat sich durch die Ausführungen von Dr. B. und PD Dr. T. für bestätigt erachtet und sich PD Dr. E. nicht angeschlossen. Es seien die gesamten aktenkundigen Sachverhalte auszuwerten und zu Grunde zu legen, nicht lediglich die anlässlich der Untersuchung durch PD Dr. E. erhobenen Befunde. Zeitnah zum Auftreten der Beschwerden habe der Kläger einen Unfall als Ursache der schwerwiegenden Schäden im linken Schultergelenk nicht geschildert.

Das SG hat mit Urteil vom 23. November 2006 die Klage abgewiesen. Die - näher dargelegten - Voraussetzungen für die Gewährung von Verletztengeld und Verletztenrente seien nicht erfüllt. Hinsichtlich der Gewährung von Verletztengeld, die der Kläger erstmals in der mündlichen Verhandlung begehrt habe, sei die Klage nicht zulässig, da insofern keine anfechtbare Verwaltungsentscheidung ergangen sei. Hinsichtlich der Gewährung von Verletztenrente sei das Begehren ebenfalls unbegründet. Die geltend gemachten Gesundheitsstörungen seien nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf das angeschuldigte Ereignis zurückzuführen. Dagegen sprächen der feststellbare Unfallmechanismus, der kernspintomographische Befund vom 26. Februar 2003 und der bei der Arthroskopie am 25. Juli 2003 festgestellte Exophyt als Nachweise eines degenerativen Vorschadens. Das ergebe sich aus den Ausführungen von PD Dr. T. und Dr. B ... Demgegenüber könne den Ausführungen von PD Dr. E., Dr. B. und Dr. Sp. nicht gefolgt werden. Damit sei von einer MdE um 0 v.H. auszugehen. Wegen der Einzelheiten wird auf das schriftliche Urteil des SG verwiesen.

Gegen das am 15. Dezember 2006 zugestellte Urteil hat der Kläger am 21. Dezember 2006 Berufung eingelegt, mit welcher er die Feststellung weiterer Unfallfolgen sowie die Gewährung von Verletztengeld und Verletztenrente erstrebt.

Der Senat hat die benannten behandelnden Ärzte hinsichtlich der vor dem Unfallereignis erhobenen Befunde befragt. Über ihre Befunderhebungen haben der Radiologe Dr. H. am 08. April 2008, Dr. J. am 28. April 2008, der Allgemeinmediziner Dr. F. am 05. Mai 2008, der Orthopäde Dr. St. am 08. Mai 2008 und Dr. Sp. am 25. Juni 2008, zum Teil unter Vorlage von Arztbriefen, berichtet.

Ferner hat der Senat ein Sachverständigengutachten des Prof. Dr. L., Leiter der Sektion für Schulter- und Ellenbogenchirurgie der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg, vom 18. November 2008 und - nach Einwendungen und Fragen des Klägers - dessen ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 12. März 2009 eingeholt. Der Sachverständige ist im Wesentlichen zum Ergebnis gelangt, beim Kläger fänden sich Narben, endgradige Bewegungseinschränkungen, Bewegungsschmerzen und eine Kraftminderung der linken Schulter bei Läsion der RM nach operativem Rekonstruktionsversuch. Diese Gesundheitsstörungen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf alterungs- und verschleißbedingte Veränderungen zurückzuführen und stünden in keinem wesentlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 24. November 2002. Unter Berücksichtigung der Vorgeschichte, des Ablaufs, der Befunde und des Verlaufs spreche mehr gegen einen Ursachenzusammenhang. Bei der aktuellen Darstellung schildere der Kläger einen Unfallmechanismus, bei dem es zu einer ungeplanten gewaltsamen Abspreiz- und Aussenrotationsbewegung im Schultergelenk gekommen sei. Unter Annahme dessen sei grundsätzlich ein geeigneter Verletzungsmechanismus vorstellbar. Insgesamt spreche für einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der später diagnostizierten RM-Läsion die angebliche Beschwerdefreiheit bis zum Zeitpunkt des Ereignisses, der bei den späteren Darstellungen wiederholt geschilderte Verletzungsmechanismus und das angegebene Einsetzen der Beschwerden unmittelbar nach dem Ereignis. Gegen einen Zusammenhang und für das Vorliegen alterungs- und verschleißbedingter Veränderungen sprächen der entsprechend der ersten Darstellung nicht geeignete Verletzungsmechanismus, das Fehlen äußerer Verletzungszeichen nach Angaben des Klägers selbst und im Rahmen des Erstbefundes durch Dr. Sp., das Beschwerdebild im zeitlichen Verlauf ohne Funktionsverlust der Schulter, die röntgenologisch nachweisbare Schadensanlage durch eine Einengung des Gleitraumes für die Supraspinatussehne unter dem Schulterdach und eine eindeutig nachweisbare Schadensanlage im Bereich des Schulterdachs und des Schultereckgelenkes in der Kernspintomographie vom 25. Februar 2003. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hatte sich der Kläger bei dem Unfall eine Zerrung des linken Schultergelenkes zugezogen, ohne dass es zu einer strukturellen Schädigung gekommen sei. Entweder sei die Läsion der RM zum Zeitpunkt des Ereignisses schon vorhanden gewesen, ohne zu Beschwerden zu führen oder sie habe sich im Verlauf nach dem Ereignis entwickelt. Sollte es beim Ereignis tatsächlich zu einer Läsion der RM oder zu einer Vergrößerung einer vorbestehenden Schädigung gekommen sein, wofür es jedoch keine Hinweise gebe, hätte dies auch zum gleichen Zeitpunkt ohne äußere Gewalteinwirkung im Rahmen einer alltäglichen Verrichtung eintreten können. Insofern komme dem Ereignis nach den überlassenen Informationen nicht die Bedeutung einer wesentlichen Ursache für die Entstehung der RM-Läsion zu. Nach Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit sei auch eine unfallbedingte MdE nicht mehr anzunehmen. Unter der Annahme einer schweren Zerrung der linken Schulter bei dem Unfall sei von einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit von maximal sechs Wochen nach allgemeinen Erfahrungen auszugehen. Hinsichtlich der Diskrepanz in den Unfallhergangsschilderungen sei die traumatomechanische Analyse nur eines von verschiedenen Argumenten für die Zusammenhangsbegutachtung. Der von Dr. Sp. am 27. November 2002 erhobene Befund dokumentiere keine objektivierbare funktionelle Einschränkung, die Globalbeweglichkeit der Schulter sei zu diesem Zeitpunkt zwar schmerzhaft, aber nicht eingeschränkt gewesen. Ein solcher Befund sei mit einer akuten Zerreißung der RM nicht vereinbar. Die Röntgenaufnahmen vom 06. Februar 2003, weniger als drei Monate nach dem Ereignis, hätten gezeigt, dass der Gleitraum für die Obergrätensehne unter dem Schulterdach durch ein nach unten gerichtetes Acromion mit verdichteter Unterfläche eingeengt gewesen sei. Der acromiohumerale Abstand habe lediglich 7 mm betragen, normal seien 10 bis 15 mm. Ferner habe eine leichte Schultereckgelenksarthrose bestanden. Eine gesunde Sehne selbst habe die Dicke, die die Weite dieses eingeengten Gleitraumes übertreffe. Dies begründe eindeutig den Verdacht einer bereits im Vorfeld vorhandenen strukturellen Schädigung. Sowohl ein Abriss bei gewaltsamer Zerreißung als auch ein chronisches Durchscheuern der Sehne unter dem Schulterdach finde in der gleichen sog. kritischen Zone statt, an der die Sehne direkt hinter ihrem Ansatz zum großen Oberarmhöcker die geringste Reißfestigkeit aufweise. Insofern sei der Operationsbefund nicht geeignet, die Ursache und den Zeitpunkt des Sehnenschadens zu beurteilen. Insgesamt halte er an seiner Einschätzung fest. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf dieses Gutachten und die ergänzende Stellungnahme Bezug genommen.

Der Kläger beruft sich im Wesentlichen auf die Ausführungen von PD Dr. E ... Ferner macht er weiterhin eine bbB geltend. Dr. B. sei

offensichtlich von einem unzutreffenden Unfallhergang ausgegangen, wenn er nur von einem Heben einer schweren Last ausgegangen sei. Soweit Prof. Dr. L. die "erste Unfallanzeige" vom 21. August 2003 gewürdigt habe, handele es sich nicht um eine Hergangsschilderung. Bei der ersten konkreten Befragung habe er am 09. September 2003 bereits einen geeigneten Verletzungsmechanismus beschrieben. Der Hergang sei auch grundsätzlich geeignet gewesen, eine Verletzung der RM zu verursachen. Die Ausführungen von Prof. Dr. L. seien widersprüchlich, wenn er davon ausgehe, dass auch eine zufällige Bewegung die Verletzung hätte auslösen können.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 23. November 2006 aufzuheben und unter Abänderung des Bescheides vom 25. Mai 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Oktober 2004 als weitere Unfallfolgen einen Zustand nach Rotatorenmanschettenruptur links und einen Bauchwandbruch festzustellen sowie die Beklagte zu verurteilen, ihm für die Zeit vom 24. November 2002 bis 23. November 2003 Verletztengeld sowie ab 24. November 2003 Verletztenrente unter Berücksichtigung einer besonderen beruflichen Betroffenheit nach einer MdE um mindestens 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie trägt im Wesentlichen vor, der Kläger selbst habe die Schulterbeschwerden nicht im Zusammenhang mit dem Ereignis gesehen, bzw. geltend gemacht. Bei einer traumatischen RMR hätte sofort nach dem Unfall eine Pseudoparalyse des betroffenen Armes vorliegen müssen. Auch daraus ergebe sich, dass die Schulterbeschwerden links im Zusammenhang mit degenerativen Veränderungen stünden. Schließlich habe der Kläger Dr. Sp. am 27. November 2002 wegen Schulter-Arm-Beschwerden aufgesucht und nicht wegen eines Unfalles. Einen solchen habe er auch weder Dr. B. noch Dr. J. gegenüber angegeben. Bei einer langsam fortschreitenden degenerativen Erkrankung der RM fehle eine Pseudoparalyse. Eine solche finde sich ausschließlich bei traumatischen Einrissen. Ein geeignetes Unfallereignis sei bei erster Schilderung auch nicht beschrieben. Am 21. August 2003 habe der Kläger lediglich angegeben, er habe beim Aufbau eines Messestandes Traversen aufgerichtet und dabei einen starken Schmerz in der linken Schulter verspürt, was auch zu seinem Verhalten gegenüber den erstbehandelnden Ärzten passe. Der zuletzt behauptete Unfallhergang sei nicht nachgewiesen.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz sowie die vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den §§ 143, 144, 151 SGG zulässige Berufung ist unbegründet. Der Kläger hat weder einen Anspruch auf Feststellung der geltend gemachten weiteren Unfallfolgen, noch auf Gewährung von Verletztengeld und Verletztenrente.

Soweit der Kläger die Gewährung von Verletztengeld begehrt, ist die hierauf gerichtete Klage unzulässig, da es insofern bereits an einer zulässig anfechtbaren Verwaltungsentscheidung der Beklagten fehlt. Gemäß § 54 Abs. 1 Satz 1 SGG kann durch Klage die Aufhebung eines Verwaltungsaktes oder seine Abänderung sowie die Verurteilung zum Erlass eines abgelehnten oder unterlassenen Verwaltungsaktes begehrt werden. Soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist, ist die Klage zulässig, wenn der Kläger behauptet, durch den Verwaltungsakt oder durch die Ablehnung oder Unterlassung eines Verwaltungsakts beschwert zu sein (§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG). Nach § 54 Abs. 5 SGG kann mit der Klage die Verurteilung zu einer Leistung, auf die ein Rechtsanspruch besteht, auch dann begehrt werden, wenn ein Verwaltungsakt nicht zu ergehen hatte. Diese Voraussetzungen sind nicht erfüllt. Bei dem vom Kläger begehrten Verletztengeld handelt es sich um eine Leistung, die auf Grund eines Verwaltungsaktes zu erbringen ist. Ein entsprechender (ablehnender) Verwaltungsakt wurde von der Beklagten nicht erlassen. Vielmehr hat sie in dem angefochtenen Bescheid und mit dem Widerspruchsbescheid lediglich darüber entschieden, ob ein Anspruch auf Verletztenrente besteht.

Soweit der Kläger die Feststellung eines Zustandes nach RMR und Bauchwandbruch erstrebt, besteht auch ein Rechtsschutzinteresse. Zwar wurden die RMR und die Rektusdiatese operativ behandelt, doch besteht - ungeachtet der Frage des Erfolgs der Behandlungen - wegen etwaiger Folgeschäden ein berechtigtes Interesse an einer Feststellung der vorliegenden Unfallschäden (vgl. Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 19. Januar 1989, L 7 U 1249/87 in Breithaupt 1989, 554).

Das Begehren des Klägers auf Feststellung von Unfallfolgen sowie auf Gewährung von Verletztenrente ist damit zulässig und kann mit der Klage verfolgt werden, doch ist es unbegründet.

Versicherungsfälle im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung sind nach § 7 Abs. 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Arbeitsunfälle sind nach § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Hier hat der Kläger am 24. November 2002 bei seiner beruflichen Tätigkeit einen Arbeitsunfall erlitten, der auch von der Beklagten als solcher anerkannt ist.

Voraussetzung für die Anerkennung bzw. Feststellung einer Gesundheitsstörung als Folge eines Arbeitsunfalles und auch ihrer Berücksichtigung bei der Bemessung der MdE bzw. der Verletztenrente ist u.a. ein wesentlicher ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und einem Gesundheitserstschaden (haftungsbegründende Kausalität) und dem Gesundheitserstschaden und der fortdauernden Gesundheitsstörung (sog. haftungsausfüllende Kausalität). Dabei müssen die anspruchsbegründenden Tatsachen, zu denen - neben der versicherten Tätigkeit und dem Unfallereignis - der Gesundheitserstschaden und die eingetretenen fortdauernden Gesundheitsstörungen gehören, mit einem der Gewissheit nahekommenden Grad der Wahrscheinlichkeit erwiesen sein. Für die Bejahung eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Einwirkung und dem Gesundheitserstschaden sowie dem Gesundheitserstschaden und fortdauernden Gesundheitsstörungen gilt im Bereich in der gesetzlichen Unfallversicherung die Kausalitätstheorie der "wesentlichen Bedingung". Diese hat zur Ausgangsbasis die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie. In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob das Ereignis nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiele (conditio sine qua non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die

Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden, bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen. Nach der Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens abgeleitet werden. Bei mehreren konkurrierenden Ursachen muss die rechtlich wesentliche Bedingung nicht "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig" sein. Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die anderen Ursachen keine überragende Bedeutung haben. Kommt einer der Ursachen gegenüber den anderen eine überragende Bedeutung zu, ist sie allein wesentliche Ursache und damit allein Ursache im Rechtssinn (vgl. hierzu das grundlegende Urteil des BSG vom 9. Mai 2006 - B 2 U 1/05 R - SozR 4-2700 § 8 Nr 17= BSGE 96, 196-209).

Die hier vorzunehmende Kausalitätsbeurteilung hat im Übrigen auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Dies schließt die Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet war, eine bestimmte körperliche Störung hervorzurufen (BSG, Urteil vom 09. Mai 2006 - B 2 U 1/05 R - aaO).

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, haben nach § 56 Abs. 1 Satz 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vomhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente (§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII). Die Folgen eines Versicherungsfalls sind nach § 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern.

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperli¬chen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs 2 Satz 1 SGB VII). Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab (vgl. BSG, Urteil vom 22. Juni 2004, B 2 U 14/03 R in SozR 4-2700 § 56 Nr. 1): Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermö¬gens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust un¬ter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäuße¬rungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit aus¬wirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unent¬behrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich dar¬auf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletz¬ten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswir¬kungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtli¬chen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel.

Bei der Bemessung der MdE werden ferner Nachteile berücksichtigt, die die Versicherten dadurch erleiden, dass sie bestimmte von ihnen erworbene besondere berufliche Kenntnisse und Erfahrungen infolge des Versicherungsfalls nicht mehr oder nur noch in vermindertem Umfang nutzen können, soweit solche Nachteile nicht durch sonstige Fähigkeiten, deren Nutzung ihnen zugemutet werden kann, ausgeglichen werden (§ 56 Abs. 2 Satz 3 SGB VII). Diese Regelung stellt eine Härteklausel in Fällen dar, in denen die Versicherten ihre verbliebene Fähigkeiten nur noch unter in Kaufnahme eines unzumutbaren sozialen Abstiegs verwerten können (vgl. Ricke in Kasseler Kommentar, § 56 SGB VII Rand Nr. 28 ff m.w.N.).

Gemessen daran ist die begehrte Feststellung eines Zustandes nach RMR links und eines Bauchwandbruches als Unfallfolgen unbegründet, ebenso die begehrte Gewährung von Verletztenrente.

Hinsichtlich des Unfallherganges ist festzustellen, dass der Kläger, als er sich am 27. November 2002 bei Dr. Sp. wegen Schulter-Arm-Beschwerden vorgestellt hat, nichts von einem Unfall berichtet hat, zumindest hat Dr. Sp. kein Unfallereignis vermerkt, so dass nicht feststellbar ist, dass es vom Kläger damals geltend gemacht wurde. Auch gegenüber Dr. J., bei dem er sich am 6. Februar 2003 vorstellte, wurde ein Unfall nicht geltend gemacht. Gegenüber Dr. B. gab er am 10. Juni 2003 an, er habe im November 2002 nach dem Heben einer schweren Last plötzlich Schmerzen in der linken Schulter verspürt. Ein Unfall wurde ebenfalls nicht geltend gemacht. Schließlich teilte der Kläger am 21. August 2003 der Beklagten mit, er habe beim Aufbau eines Messestandes Traversen aufgerichtet und dabei einen starken Schmerz in der linken Schulter verspürt, der lange angehalten habe. Nach ärztlicher Behandlung sei der Schmerz weniger geworden, weswegen er zunächst keine Notwendigkeit gesehen habe, den Vorfall der Versicherung zu melden. Auf gezielte Nachfrage der Beklagten gab er unter dem 9. September 2003 an, er habe am 24. November 2002 einen Messestand abgebaut und beim Umlegen von PVC-Rohren sei ihm eine Säule entglitten, die er, um größeren Schaden zu vermeiden, habe auffangen wollen. Dabei habe er in der linken Schulter einen sehr starken stechenden Schmerz verspürt. Zur Frage, ob der linke Arm verdreht worden sei und wenn ja in welche Richtung, erklärte er, er müsste lügen, wenn er diese Frage klar beantworten würde. Nachdem sich das Rohr seitlich verdreht habe, könne er sich schon vorstellen, dass sich sein Arm seitlich nach links weggedreht habe. Anlässlich einer Begutachtung gab er am 8. April 2004 an, beim Abbauen eines Messestandes sei eine Säule umgefallen. Er habe sie mit dem linken Arm auffangen wollen und dann den Arm nach außen verdreht und sofort starke Schmerzen in der linken Schulter verspürt. Am 11. Juni 2004 hat er dann schließlich geschildert, er habe eine Plastiksäule beim Abbau auffangen müssen, die ein Gewicht von etwa 75 kg gehabt habe und drei Meter hoch gewesen sei mit einem daran befindlichen Metallgitter von 4 Metern. Beim Kippen in die Schräge habe sich die Säule nun über den Punkt herum selber gedreht, dass er sie nicht mehr mit beiden Händen habe halten können und die Säule dann über den linken Arm hinaus, der sich automatisch mit gedreht habe, auf den Boden gefallen sei. Dabei sei "der linke Arm typisch nach hinten gezogen und außen gedreht worden". Es habe eine "Scherbewegung und Drehbewegung gleichzeitig stattgefunden, die zur Überlastung des Armes geführt habe".

Hinsichtlich der Rektusdiastase gab der Kläger am 28. November 2003 an, beim Umdrehen im Bett (nach der Operation der Schulter) sei die Bauchdecke gerissen. Er habe sich wegen der Schulteroperation nicht mit den Armen abstützen können. Später machte er geltend, der

Bauchwandbruch sei mittelbare Unfallfolge und nach der Operation festgestellt worden. Beim Aufrichten nach der Operation habe er ihn festgestellt und er sei auf einen "Vorfall während der Operation" zurückzuführen. Am 30. November 2008 anlässlich einer Begutachtung gab er an, einige Wochen nach der Operation sei ein Bauchdeckenbruch aufgefallen, der dann operiert worden sei.

Die Angaben des Klägers zum Unfallhergang sind, wie sich aus dem Vorstehenden ergibt, inkonsistent. Insbesondere hinsichtlich des Ereignisses vom 24. November 2002 liegt ein sich steigerndes Beteiligtenvorbringen vor, das schließlich in der Behauptung des Klägers, der Arm sei nach hinten gezogen und außen gedreht worden, und in den Angaben des Dr. B. mündet (wobei unklar ist, ob der Kläger dies so schilderte oder Dr. B. dies so mutmaßt, aus welchen Gründen auch immer), dass der Kläger beim Abbau eine Säule von vier Metern Länge und 100 kg Gewicht mit ausgestreckten Armen gehalten habe und langsam habe zurückgehen wollen, wobei sich die Säule gedreht habe, sodass das ganze Gewicht der Säule sich auf den linken Arm verlagert habe und dieser "nach hinten und lateral weggerissen" worden sei. Diesen immer detaillierter werdenden Angaben begegnen Zweifel, vor allem nachdem der Kläger noch unter dem 9. September 2003 erklärt hatte, er müsste lügen, wenn er andere Angaben, als am 9. September 2003 gemacht, machen würde. Angesichts dessen vermag der Senat einen anderen Hergang, als er vom Kläger noch am 9. September 2003 geschildert wurde, insbesondere ein wie auch immer geartetes Verdrehen in dem später behaupteten Umfang, nicht als bewiesen ansehen. Es ist nur feststellbar, dass der Kläger - wie er auf ausdrückliche Nachfrage der Beklagten am 9. September 2003 angegeben hat - ein PVC-Rohr mit einer Länge von 3 Metern und einem Durchmesser von etwa 40 cm umlegen wollte, wobei ihm die Säule entglitt und er beim Versuch, diese aufzufangen, einen sehr starken stechenden Schmerz in der linken Schulter verspürte.

Unter Berücksichtigung dieses Vorgangs ist aber nicht feststellbar, dass der Kläger bei dem Unfall eine RMR links in Form eines Abrisses der Supraspinatussehne als Gesundheitserstschaden erlitten hat. Dies ergibt sich für den Senat schlüssig und überzeugend aus dem Sachverständigengutachten des Prof. Dr. L. vom 18. November 2008 und dessen ergänzender gutachterlicher Stellungnahme vom 12.März 2009. Gegen einen derartigen Gesundheitserstschaden sprechen vor allem das Fehlen von äußeren Verletzungszeichen und das geschilderte Beschwerdebild ohne Funktionsverlust der Schulter. Während eine traumatische RMR sofort zu einem Schmerzmaximum führt, das in aller Regel zu einem sofortigen Einstellen der Arbeit und sofortigen Arztbesuch führt, spricht das Verhalten des Klägers, der nach drei Tagen Dr. Sp., und erst nach mehr als zwei Monten Dr. J. aufsuchte und bei beiden Ärzten kein Unfallereignis geltend machte, für einen nicht traumatischen Schaden der RM. Dr. Sp. behandelte den Kläger wegen eines Schulter-Arm-Syndroms konservativ und schrieb den Kläger bis zum Mai 2003 auch nicht arbeitsunfähig. Zwar wurde bei der Kernspintomographie vom 25. Februar 2003, also mehr als drei Monate nach dem Unfall, eine ansatznahe Ruptur der Supraspinatussehne und eine chronische Ansatztendinose der Infraspinatussehne sowie eine chronisch-atrophische Tendinose der langen Bizepssehne diagnostiziert, wobei aber bereits der Radiologe Dr. Sch. gemäß seinem Bericht vom 26. Februar 2003 den ebenfalls festgestellten gebogenen Verlauf des Acromions zumindest als möglicherweise mitursächlich für die Ruptur hielt. Prof. Dr. L. hat hierzu im Einzelnen noch dargelegt, dass schon die Röntgenaufnahmen vom 6. Februar 2003 zeigten, dass ein nach unten gerichtetes Acromion mit verdichteter Unterfläche den Gleitraum für die Supraspinatussehne so einengte, dass eine gesunde Supraspinatussehne in ihrer Dicke die Weite des eingeengten Gleitraumes übertroffen hätte. Unter diesen Umständen ist es für den Senat nachvollziehbar, wenn Prof. Dr. L. eine strukturelle Vorschädigung der Supraspinatussehne in einem Bereich annimmt, in dem die Sehne - direkt hinter dem Ansatz zum großen Oberarmhöcker - die geringste Reißfestigkeit aufweist.

Unter Berücksichtigung aller vorliegenden Erkenntnisse kann daher der Abriss der Supraspinatussehne nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit und nicht wesentlich auf das Ereignis vom 24. November 2002 zurückgeführt werden. Auch hier folgt der Senat den Ausführungen im Sachverständigengutachten des Prof. Dr. L., der dargelegt hat, dass zwar die angegebene Beschwerdefreiheit vor dem Ereignis, das angegebene Einsetzen der Beschwerden unmittelbar nach dem Ereignis und der bei den späteren Darstellungen wiederholt geschilderte Verletzungsmechanismus für einen Zusammenhang sprechen. Die letzten Darstellungen des Herganges überzeugen den Senat - wie oben dargelegt - jedoch nicht, sodass sie als Argument für den ursächlichen Zusammenhang wegfallen. Gegen einen Zusammenhang sprechen hingegen der Ablauf des Ereignisses in den ersten, aus der Sicht des Senats überzeugenden Darstellungen des Klägers, das Fehlen äußerer Verletzungszeichen entsprechend den Angaben des Klägers selbst und auch der von Dr. Sp. erhobene Erstbefund, das Beschwerdebild im zeitlichen Verlauf ohne Funktionsverlust der Schulter, der im Unfallzeitpunkt bereits vorhandene, strukturelle Schaden durch eine Einengung des Gleitraumes für die Supraspinatussehne unter dem Schulterdach und die Schadensanlage im Bereich des Schulterdaches und des Schultereckgelenkes, belegt durch die Kernspintomographie vom 25. Februar 2003. Entgegen der Ansicht des Klägers sind insbesondere degenerative Veränderungen, die zum Zeitpunkt des Unfalles schon vorlagen, durch die nach dem Unfall erhobenen bildgebenden Befunde nachgewiesen. Dementsprechend ist Prof. Dr. L. zu dem für den Senat schlüssigen und überzeugenden Ergebnis gelangt, dass es bei dem Unfall lediglich zu einer Zerrung der linken Schulter ohne eine weitergehende strukturelle Schädigung gekommen ist und dieser somit nicht wesentliche Ursache für den Abriss der Supraspinatussehne war. Der Senat hat keine Veranlassung, die Beurteilung des Prof. Dr. L. in Zweifel zu ziehen und schließt sich dieser an, zumal sie im Ergebnis auch in Übereinstimmung steht mit den Einschätzungen des PD Dr. T. und des Dr. B., der die Arthroskopie des linken Schultergelenks am 25. Juli 2003 und die Refixation der Supraspinatussehne, die Resektion des linken AC-Gelenkes und die Acromioplastik nach Neer durchgeführt und eine traumatische Schädigung nicht gesehen hat. Dies gilt im Übrigen auch, wenn von dem vom Kläger zuletzt behaupteten Geschehensablauf (der allerdings nicht bewiesen ist) auszugehen wäre, da dieser nur ein hier nicht allein entscheidendes Kriterium für die Kausalitätsbeurteilung darstellt (so auch Prof. Dr. L.).

Soweit hiervon abweichend Dr. B. eine unfallbedingte Schädigung der RM bejaht hat, ist seiner Einschätzung bereits deshalb nicht zu folgen, weil er einen unbewiesenen Unfallhergang, nämlich dass die Säule ein Gewicht von 100 kg hatte und bei dem Vorgang der linke Arm "nach hinten und lateral weggerissen" wurde, zugrunde legt und ferner nicht die zum Unfallzeitpunkt schon vorhandenen strukturellen Schäden und degenerativen Veränderungen hinreichend gewürdigt hat. Soweit PD Dr. E. einen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der Verletzung der Supraspinatussehne bejaht hat, überzeugt sein Gutachten ebenfalls nicht, da es die festgestellten vorbestehenden degenerativen Veränderungen nicht hinreichend berücksichtigt und gewichtet hat und im Übrigen durch das Sachverständigengutachten des Prof. Dr. L. widerlegt ist. Auch aus den Äußerungen des Dr. Sp. und des Dr. Z. ergeben sich für den Senat keine Erkenntnisse, die einen Ursachenzusammenhang hinreichend wahrscheinlich machen könnten. Eine Kenntnis und nachvollziehbare Berücksichtigung aller entscheidungserheblichen Umstände sowie deren Abwägung, die deren Beurteilung überzeugend erscheinen ließen, kann der Senat ihrer Einschätzung zur Kausalität nicht entnehmen.

Ferner steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die operativ behandelte Rektusdiastase in keinem ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis steht. Unabhängig davon, dass der Kläger unterschiedlichste Angaben zum Zeitpunkt der Feststellung des

Bauchwandbruches und dessen Entstehung gemacht hat - so gab er am 28. November 2003 an, beim Umdrehen im Bett nach der Operation sei die Bauchdecke gerissen, weil er sich nicht mit dem Arm habe abstützen können, und am 30. August 2004, der Bauchwandbruch sei nach der Operation festgestellt worden und auf einen "Vorfall während der Operation" zurückzuführen sowie gegenüber Prof. Dr. L. am 05. November 2008, der Bauchdeckenbruch sei einige Wochen nach der Operation aufgefallen - wird von keinem der mit dem Sachverhalt befassten Ärzte ein Zusammenhang überzeugend bejaht. Selbst PD Dr. E. hat einen Ursachenzusammenhang verneint. Auch der Senat vermag einen solchen nicht festzustellen. Dies auch deshalb, weil die Rektusdiastase (das Auseinanderweichen der geraden Bauchmuskeln mit Verbreiterung und ovalärer Vorwölbung der Linea alba) in der Regel infolge angeborener Anomalie entsteht oder z.B. bei Adipositas erworben werden kann (vgl. auch Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Aufl., S. 1644) und beim Kläger auch eine Adipositas (Körpergewicht 94 kg bei einer Körpergröße von 178 cm, vgl. Gutachten PD Dr. T.) bestand.

Sonstige Unfallfolgen, insbesondere auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet, wie von Dr. Z. angenommen, die vom Kläger auch nicht geltend gemacht werden, liegen zur Überzeugung des Senats ebenfalls nicht vor. Soweit Dr. Z. ein Sulcus ulnaris-Syndrom auf den Arbeitsunfall zurückführt, weil der Kläger sich bei dem Ereignis das linke Ellenbogengelenk angeschlagen habe, fehlt es bereits am Nachweis, dass ein entsprechendes Anschlagen stattgefunden hat. Woher Dr. Z. diese Erkenntnis nimmt, ist nicht nachvollziehbar. Im Übrigen hat die Beklagte hierzu auch keine Verwaltungsentscheidung getroffen.

Damit steht fest, dass die vom Kläger geltend gemachten weiteren Unfallfolgen nicht vorgelegen haben und nicht vorliegen.

Die infolge des Arbeitsunfalles eingetretene und von der Beklagten auch anerkannte Zerrung der linken Schulter hat nach den schlüssigen und den Senat überzeugenden Ausführungen des Prof. Dr. L. allenfalls zu einer Arbeitsunfähigkeit von höchstens sechs Wochen geführt und ab dem Wegfall der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit eine MdE nicht hinterlassen. Damit hat der Kläger auch keinen Anspruch auf Verletztenrente. Auf die Frage, ob der Kläger durch die Unfallfolgen berufliche Nachteile erlitten hat, deretwegen er bestimmte von ihm erworbene besondere berufliche Kenntnisse und Erfahrungen nicht mehr oder nur noch in vermindertem Umfang nützen konnte bzw. kann, und die durch sonstige Fähigkeiten, deren Nutzung ihm zumutbar ist, nicht auszugleichen sind, kommt es deshalb nicht an. Im Übrigen liegen die Voraussetzungen des § 56 Abs. 2 Satz 3 SGB VII nicht vor. Insbesondere ist nicht feststellbar, dass der Kläger einen Spezialberuf (ein sehr spezifischer Beruf mit einem relativ engen Bereich, von der Rechtsprechung bejaht z. B. bei einem 60järigen Geiger bzw. Musiklehrer mit Einschränkung der Handgelenksbeweglichkeit [weitere Beispiele vgl. Ricke in Kasseler Kommentar , § 56 Rdnr. 31 m.w.N.]) ausgeübt hat, den er nun nicht mehr, auch nicht in Teilbereichen ausüben könnte.

Damit besteht auch kein Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente.

Da die Beklagte somit zu Recht die geltend gemachten weiteren Unfallfolgen nicht anerkannt und die Gewährung von Verletztenrente abgelehnt hat, ist das angefochtene Urteil nicht zu beanstanden. Deshalb weist der Senat die Berufung zurück. Hierauf und auf § 193 SGG beruht die Kostenentscheidung.

Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2009-08-03