

L 6 U 5951/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 1 U 2613/06
Datum
13.11.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 5951/07
Datum
09.07.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 13.11.2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der 1973 geborene Kläger begehrt Verletztenrente wegen des Arbeitsunfalls vom 30.05.2005.

Der Kläger wurde am 30.05.2005 auf dem Weg zur Arbeit als Fahrradfahrer von einem Kraftfahrzeug angefahren und verletzte sich dabei an der linken Schulter. Er stellte sich sogleich in der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Diakonissenkrankenhauses K. vor. Im Notfallbericht vom 30.05.2005 wurden Schmerzen in der linken Schulter und ein Zustand nach Schulterluxationen links im Mai 2000 und Mai 2001 sowie rechts im Juni 1994, Dezember 1994, November 1997, Februar 1998 und April 1998 und einer Schulteroperation 1997 oder 1998 beschrieben. Die durchgeführte Röntgenuntersuchung ergab in der linken Schulter eine vordere Luxation ohne Fraktur und nach Reposition den Verdacht auf Hill-Sachs. Prof. Dr. H., Chefarzt an der Klinik für Unfallchirurgie des Diakonissenkrankenhauses K., beschrieb in seinem Durchgangsarztbericht vom 31.05.2005 einen ventral luxierten Humeruskopf bei bis auf eine schmerzbedingte Schonhaltung unauffälliger Motorik und Sensibilität distal ohne Hämatome und einem unauffälligen restlichen Ganzkörperstatus und diagnostizierte wegen eines Zustandes nach zweimaligen Schulterluxationen links und fünfmaligen Schulterluxationen rechts sowie Kapselraffung 1997 oder 1998 eine traumatische Re-Luxation des linken Schultergelenks. Am 01.06.2005 wurde eine Magnetresonanztomographie der linken Schulter durchgeführt. Prof. Dr. St., Chefarzt der Röntgenabteilung des Diakonissenkrankenhauses K., beschrieb in seinem Bericht vom 01.06.2005 eine Impressionsfraktur cranial, lateral dorsal des Humeruskopfes mit einem frischen Frakturödem (Hill-Sachs-Läsion) und einem Ausriss des vorderen Labrums sowie einem Schultergelenkserguss als typische Komplikationen einer vorderen Schultergelenksluxation. Daher diagnostizierte Prof. Dr. H. in seinem Zwischenbericht vom 02.06.2005 einen Kapsel-Labrum-Abriss im linken Schultergelenk nach Schulterluxation. Sodann wurde im Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe am 07.06.2005 im Rahmen einer vom 06.06.2005 bis zum 10.06.2005 dauernden stationären Maßnahme eine Arthroskopie durchgeführt. Ausweislich des Operationsberichts vom 07.06.2005 erfolgte die operative Versorgung einer Präzidivluxation mittels Refixation des Labrums sowie Kapselraffung. Ferner wird dort ausgeführt, der Kläger habe bereits mehrere Luxationen im Bereich des linken Schultergelenks gehabt und rechts sei schon vor sechs Jahren eine chronische Instabilität operiert worden. Prof. Dr. H. diagnostizierte in seinem Zwischenbericht vom 21.06.2005 eine rezidivierende Schulterluxation links, traumatisch mit Bankartfraktur und freiem Gelenkkörper, sowie eine Hill-Sachs-Impressionsfraktur. Dr. R., Neuro-Psychiatrisches Zentrum des Diakonissenkrankenhauses K., diagnostizierte in seinem Befundbericht vom 25.06.2005 auf neurologischem Fachgebiet eine untere Plexusläsion links mit Betonung des Fasciculus medialis und einer Schädigung des Nervus cutaneus antebrachii medialis, des Nervus cutaneus antebrachii lateralis und des Nervus antebrachii posterior, jeweils links

Die Beklagte zog die staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsakten über das Unfallereignis des Klägers sowie über die B-BKK ein Verzeichnis über die Arbeitsunfähigkeitszeiten des Klägers seit Juni 1994 (Arbeitsunfähigkeit wegen Luxation links vom 30.05.2001 bis zum 08.06.2001 und vom 15.05.2000 bis zum 19.05.2000) bei und befragte die den Kläger behandelnden Ärzte über etwaige Vorerkrankungen. Der Internist Dr. P. führte unter dem 27.06.2005 aus, er habe den Kläger wegen einer habituellen Schulterluxation rechts in der Zeit vom 09.04.1996 bis zum 19.04.1996 arbeitsunfähig geschrieben. Der Facharzt für Innere Krankheiten Dr. T. legte die Arztberichte des Diakonissenkrankenhauses K. vom 29.05.2001 (Luxation links; Röntgen: Hill-Sachs-Deformität), 08.02.1998 (Luxation rechts), 18.01.1998 (habituelle Luxation rechts), 02.11.1997 (Luxation rechts), 25.12.1994 (habituelle Luxation rechts), 11.09.1994 (Schmerzen links) und 21.06.1994 (Luxation rechts), des Klinikums K.-L. vom 09.05.1998 (rezidivierende Schulterluxation bei Instabilität rechts nach Max-Lange-Stabilisation im September 1995), Dezember 1997 (rezidivierende Luxation rechts bei Zustand nach Max-Lange-Operation im September

1995) und 25.10.1995 (Max-Lange-Stabilisation am 26.09.1995 wegen habitueller Luxation rechts), der P. Klinik K. vom 07.04.1996 (habituelle Luxation rechts) und 08.04.1995 (Luxation rechts) sowie des Medizinischen Dienstes der B-BKK vom 13.02.1996 (Stabilisierung mittels Span-Implantation wegen rückfälliger Schulterluxationen rechts) und 22.06.1995 (rezidivierende habituelle Luxation rechts) vor. Die Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. C.-G. führte unter dem 05.07.2005 aus, sie habe den Kläger am 16.05.2000 wegen Dauerschmerzen nach repositionierter Schulterluxation links behandelt und legte den Bericht des Diakonissenkrankenhauses vom 15.05.2000 (Luxation links; Röntgen: regelrechte Artikulation) vor.

In dem Zwischenbericht vom 01.08.2005 wird ausgeführt, mittlerweile sei eine Elevation bis 90 Grad sowie eine Anteversion von 110 Grad möglich. Die Beschwerden von Seiten der Plexusschädigung seien ebenfalls rückläufig. Nach wie vor bestünden jedoch nächtliche elektrisierende kribbelnde Schmerzen. Prof. Dr. H. beschrieb in seinem Zwischenbericht vom 29.08.2005 eine noch leicht eingeschränkte Abduktion sowie gebesserte Sensibilitätsstörungen und schätzte in seiner Mitteilung vom 29.08.2006 die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) mit mehr als 10 vom Hundert (v. H.) ein. Der Chirurg Dr. J. beschrieb in seinem Durchgangsarztbericht vom 07.10.2005 eine leichte Schwellung der linken Schulter mit einem Druckschmerz ventral, eine Bewegungseinschränkung mit einer dorsal-ventral-Flexion von 20/0/100 Grad und einer Abduktion von 100 Grad sowie eine reizlose Narbe ventral. Die Röntgenuntersuchung ergab unauffällige knöcherne Verhältnisse. Dr. R. führte in seinem Befundbericht vom 21.10.2005 aus, auf neurologischem Fachgebiet liege nur noch eine sehr diskrete Plexusläsion links mit guter Remissionstendenz sowie eine Schädigung des Nervus cutaneus brachii posterior und antebrachii posterior links vor.

Sodann ließ die Beklagte den Kläger untersuchen und begutachten. Prof. Dr. W., Ärztlicher Direktor an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L., führte in seinem unfallchirurgischen Gutachten vom 13.12.2005 aus, anhand der zeitnah durchgeführten kernspintomographischen Untersuchung könne eindeutig entschieden werden, dass durch den Sturz und die Relaxation kein neuer Schaden hinzugekommen sei. Ein Knochenmarksödem im Bereich des Oberarmkopfes, wie es bei einer frischen Hill-Sachs-Delle zu erwarten wäre, liege nicht vor. Auch die durchgeführte arthroskopische Untersuchung der Schulter beschreibe lediglich ein abgelöstes Labrum glenoidale. In dem Vorerkrankungsverzeichnis seien seit 1994 insgesamt 13 Luxationsereignisse an beiden Schultergelenken dokumentiert. Auch sei vor dem Unfallereignis eine habituelle Schulterluxation vermerkt worden. Das linke Schultergelenk sei zuletzt im Jahr 2001 luxiert worden. Auch hier habe die Röntgenkontrolle bereits eine Hill-Sachs-Delle gezeigt. Zusammenfassend könne festgestellt werden, dass beim Kläger eine chronische Instabilität im Bereich beider Schultergelenke mit habituellen Schulterluxationen vorliege. Bei dem Unfallereignis habe es sich um eine Gelegenheitsursache gehandelt. Auf Nachfrage der Beklagten führte Dr. K., Oberarzt an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L., am 06.01.2006 telefonisch aus, aufgrund des Sturzes könne eine leichte Prellung der linken Schulter vorgelegen haben. Deren Behandlungsbedürftigkeit sei spätestens mit dem 01.06.2005 beendet gewesen, da in der magnetresonanztomographischen Untersuchung am 01.06.2005 nur alte bereits länger bestehende Verletzungen aufgezzeigt worden seien.

Mit Bescheid vom 13.01.2006 führte die Beklagte aus, über den 01.06.2005 hinaus werde ein Anspruch auf Leistungen abgelehnt. Insbesondere bestehe kein Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente. Die ärztliche Beurteilung habe ergeben, dass der Kläger beim Unfallereignis eine leichte Schulterprellung links erlitten habe. Diese Unfallverletzung sei folgenlos ausgeheilt.

Den hiergegen eingelegten, nicht begründeten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 29.05.2006 zurück.

Hiergegen erhob der Kläger am 07.06.2006 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG). Vor dem Unfallereignis habe er in der linken Schulter keinerlei Beschwerden gehabt. Mit seiner rechten Schulter habe er wesentlich mehr Probleme gehabt. In dem Magnetresonanztomographie-Befund des Prof. Dr. St. vom 01.06.2005 sei ausdrücklich von einem "frischen" Frakturödem die Rede. Der Kläger legte die ärztliche Bescheinigung des Arztes für Orthopädie Dr. H. vom 08.08.2006 vor, in welcher ausgeführt wird, intraoperativ habe sich gezeigt, dass nach der Labrum-Refixation ein Teil des Labrums in das Schultergelenk gelangt sei, was dort zu einer erheblichen Bewegungsstörung geführt habe. Diese Veränderung sei auf den Arbeitsunfall zurückzuführen.

Das SG hörte zunächst Dr. H. und den Allgemeinarzt Dr. J. schriftlich als sachverständige Zeugen. Dr. H. führte unter dem 25.10.2006 unter Vorlage seines Arztbriefs vom 14.08.2006 aus, der Kläger habe sich am 31.05.2001 erstmalig bei ihm vorgestellt und angegeben, er habe die linke Schulter zweimal luxiert. Wegen einer habituellen Schulterluxation links sei damals nur eine Beratung durchgeführt worden. Wegen Schulterschmerzen links habe sich der Kläger am 29.05.2006 wieder vorgestellt. Die sodann durchgeführte Kernspintomographie habe eine subacromiale Enge und einen Zustand nach Labrum-Refixation ergeben. Die subacromiale Enge sei durch eine sodann durchgeführte Arthrotomie weitgehend beseitigt worden. Im Gelenk selbst habe sich ein sodann entfernter freier Gelenkkörper gefunden. Dr. J. konnte unter dem 08.11.2006 keine näheren Angaben machen.

Sodann holte das SG von Amts wegen das orthopädische Gutachten des Dr. B. vom 29.01.2007 ein. Der Sachverständige führte aus, die Unfallbeschreibungen erfüllten nicht die Grundvoraussetzungen für eine Erstluxation eines gesunden Schultergelenks. Durch den Arbeitsunfall sei es zu einer erneuten Luxation bei habitueller Schulterluxation gekommen. Eine zusätzliche Schädigung des Gelenks sei durch den Arbeitsunfall nicht eingetreten.

Sodann legte der Kläger das für die Aachener und Münchener Versicherung erstellte unfallchirurgische Gutachten des Facharztes für (Unfall-)Chirurgie Dr. O. vom 20.12.2006 vor. Dort wurde ausgeführt, aufgrund des Durchgangsarztberichts vom 21.06.2005 müsse von einer frischen Verletzung ausgegangen werden. Somit seien die festgestellten Schäden im Bereich der linken Schulter dem Unfallereignis zuzuordnen. Hierzu führte Dr. B. in seiner ergänzenden sachverständigen Stellungnahme vom 02.05.2007 aus, der Unfallhergang reiche nicht aus, um eine gesunde Schulter erstmals zu luxieren. Die im Magnetresonanztomographie-Befund des Prof. Dr. St. vom 01.06.2005 beschriebene Hill-Sachs-Läsion entstehe bei Luxationen. Der Kläger habe jedoch in der Vorgeschichte eine erhebliche Anzahl von Schulterluxationen erlitten, die zu dieser Hill-Sachs-Läsion geführt hätten. Wenn es nun zu einer frischen Fraktur des Oberarmkopfes gekommen wäre, was bedeute, dass die Knochen frisch verletzt worden wären, hätte es zu einer Einblutung in das Gelenk kommen müssen. Dies werde jedoch im Operationsbericht vom 07.06.2005 ausdrücklich nicht beschrieben. Somit finde sich ein Widerspruch zu dem kernspintomographischen Befund, der eine frische Impressionsfraktur mit Frakturödem beschreibe und dem Operationsbericht, der keinerlei Einblutungen, also keine frische Verletzung des Oberarmkopfes und des Labrums beschreibe. Ein Knochenödem entstehe häufig auch bei einer Stauchung des Knochens, ohne dass eine Fraktur nachgewiesen werden müsse. Lese man den Kernspintomographiebericht genau, bleibe festzuhalten, dass von einer Impressionsfraktur cranial gesprochen werde, die durchaus alt sein könne. Darüber hinaus werde von

einem frischen Ödem gesprochen. Dr. O. gehe in seinem Gutachten nicht konkret auf den Operationsbericht ein, welcher aufgrund fehlender Einblutung in das Gelenk eben keine frische Verletzung beschreibe. Auch der freie Gelenkkörper spreche für ältere schwerwiegendere Verletzungen.

Sodann hörte das SG Prof. Dr. H. schriftlich als sachverständigen Zeugen und Sachverständigen. Dieser führte unter dem 23.08.2007 aus, der am 07.06.2005 intraoperativ erhobene Befund spreche eindeutig für eine chronische Instabilität des Schultergelenks. Wegen der Vorgeschichte des Klägers müsse von einer unfallunabhängigen Krankheitserscheinung ausgegangen werden. Ein direkter ursächlicher Zusammenhang liege danach nicht vor. Nach der unfallmedizinischen Fachliteratur komme es bei der vorderen Schulterluxation praktisch immer zu einer Verletzung der vorderen Gelenkanteile also des sogenannten Labrum glenoidale. Diese führe vor allen Dingen bei Jugendlichen zu einer Rezidivneigung. Die Schädigung durch das Initialtrauma könne also Jahre zuvor das Gelenk derart schädigen, dass ein Bagateltrauma für eine erneute Luxation ausreiche. Die sogenannte Hill-Sachs-Delle sei ein eindeutiger Hinweis auf eine stattgehabte vordere Schulterluxation. Beim Kläger scheine zusätzlich eine möglicherweise anlagebedingte Dysplasie im Bereich der Schulterpfanne beidseits, möglicherweise mit einer zusätzlichen sogenannten Kapsellaxität, vorzuliegen, da die rechte Schulter auch mehrfach im Vorfeld luxiert gewesen sei und bereits zweimal habe operiert werden müssen.

Mit Gerichtsbescheid vom 13.11.2007 wies das SG die Klage ab. Es sei nicht wahrscheinlich, dass die über den 01.06.2005 hinaus erforderlich gewesene Behandlung und die Arbeitsunfähigkeit des Klägers wegen der Beschwerden im Bereich des linken Schultergelenks ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen seien. Durch den Arbeitsunfall und die dadurch bewirkte Relaxation des linken Schultergelenks sei kein neuer Gesundheitsschaden hinzugekommen. Der kernspintomographisch objektivierte Ausriss des vorderen Labrums mit Hill-Sachs-Delle belege vielmehr einen bereits vorbestehenden degenerativen Verschleißschaden des linken Schultergelenks. Außerdem stehe fest, dass der Kläger bereits vor dem Unfallereignis an einer chronischen Instabilität beider Schultergelenke mit habituellen Schulterluxationen leide, die nach den ärztlichen Unterlagen bereits bei alltäglichen Belastungen aufgetreten seien. Ferner sei das Unfallereignis nicht geeignet, einen Erstluxationsschaden eines gesunden Schultergelenks zu bewirken. Denn hierfür seien nur große, während eines Unfallhergangs auftretende Gewalten geeignet, die Haltevorrichtung des Oberarmkopfes so zu verletzen, dass diese durch den entstandenen Defekt luxieren könne. Nichts anderes ergebe sich aus dem Gutachten des Dr. O ... Dieser sei zu Unrecht von einer frischen Verletzung des linken Schultergelenks ausgegangen. Auch ergebe sich aus dem Bericht des Prof. Dr. St. vom 01.06.2005 kein frisches Frakturödem als Folge des Unfallereignisses. Denn eine unfallbedingte frische Fraktur des Oberarmkopfes, mithin eine frische knöcherne Verletzung, hätte eine Einblutung in das Gelenk bewirkt, welche in dem Operationsbericht vom 07.06.2005 indes nicht objektiviert sei. Vielmehr sei die Hill-Sachs-Delle bereits in dem Behandlungsbericht vom 29.05.2001 beschrieben worden. Danach stehe fest, dass die Hill-Sachs-Delle ebenso wie die craniale Impressionsfraktur nicht auf den Arbeitsunfall zurückzuführen sei, sondern einen bereits vorbestehenden unfallunabhängigen Schaden im linken Schultergelenk darstelle.

Gegen den seinem Prozessbevollmächtigten am 16.11.2007 zugestellten Gerichtsbescheid des SG hat der Kläger am Montag, den 17.12.2007 Berufung eingelegt. Durch das Unfallereignis habe er einen Kapsel-Labrum-Abriss infolge traumatischer Luxation der linken Schulter mit Bankartfraktur, welche operativ am 07.06.2005 versorgt worden sei, erlitten. Des Weiteren sei eine unfallbedingte primäre untere Plexusläsion diagnostiziert worden. Darüber hinaus sei nach dem operativen Eingriff ein Teil des Labrums in das Schultergelenk gelangt, was zu erheblichen Bewegungseinschränkungen geführt habe, zu deren Beseitigung im August 2006 eine erneute Operation erfolgt sei. Der Arbeitsunfall stelle eine wesentliche Ursache für den Gesundheitsschaden dar. Dies ergebe sich aus dem Gutachten des Dr. O. vom 20.12.2006. Der Kläger hat das für den Kläger erstellte unfallchirurgische Gutachten des Dr. O. vom 16.04.2008 vorgelegt. Dort wird ausgeführt, es sei nicht nachvollziehbar, warum das durch Prof. Dr. St. nach durchgeführter Magnetresonanztomographie beschriebene frische Ödem im Bereich des Humeruskopfes, die freie Flüssigkeit im Schultergelenk und die Ruptur des Labrums im Operationsbericht vom 07.06.2005 keine Erwähnung finde. Von einer Fehlinterpretation der Magnetresonanztomographie sei nach erneuter Durchsicht der Bilder nicht auszugehen. Außerdem sei von einem geeigneten Trauma auszugehen, da der Kläger offensichtlich mit nicht unerheblicher Geschwindigkeit auf das Kraftfahrzeug aufgeprallt sei. Da ferner der Kläger vor dem Arbeitsunfall, insbesondere seit dem letzten Luxationsereignis im Jahr 2000, keine Beschwerden seitens der linken Schulter gehabt habe, sei davon auszugehen, dass die Schäden in der linken Schulter durch das Unfallereignis entstanden seien. Zumindest sei von einer vorübergehenden Verschlimmerung auszugehen. Ferner hat der Kläger darauf hingewiesen, dass Prof. Dr. H. die MdE mit über 10 v. H. eingeschätzt habe. Ohnehin sei es nicht zu erklären, weshalb erst nach dem Unfall und den darauf folgenden Befunderhebungen die Notwendigkeit eines umgehenden operativen Eingriffs offenkundig geworden sei, wenn es sich doch um Verletzungen älteren Datums handeln solle. Sei bei einem Labrumabriss zusammen mit einer Bankart- beziehungsweise Impressionsfraktur eine sofortige Fixation indiziert, dürfte die vorliegende Beschwerdefreiheit über einen längeren Zeitraum hiermit kaum in Einklang zu bringen sein. Gegen eine erhebliche körperliche Veranlagung zur Schultergelenksausrenkung links spreche auch, dass er vier Jahre lang seiner beruflichen Tätigkeit habe nachgehen können. Des Weiteren sei zu berücksichtigen, dass er bereits am 19.01.1994 einen Arbeitsunfall mit Amputationsverletzungen an Ring- und Kleinfinger der rechten Hand erlitten habe und der seinerzeitige Gutachter die MdE mit 15 v. H. eingeschätzt habe.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 13.11.2007 und den Bescheid vom 13.01.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.05.2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 20 v. H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Vortrag des Klägers sei nicht geeignet, die in sachlicher, plausibler, gut nachvollziehbarer Weise vorgetragene begründeten Argumente der im Verwaltungsverfahren und im Gerichtsverfahren gehörten Sachverständigen zu widerlegen oder auch nur zu erschüttern.

Der Senat hat zunächst die Stellungnahme des Prof. Dr. H. vom 15.09.2008 eingeholt. Dieser hat ausgeführt, der Kläger habe eine traumatische Luxation erlitten. Ferner hätten chronische Veränderungen vorgelegen, wofür der erbsgroße freie Gelenkkörper spreche. Es habe also sowohl ein Trauma als auch eine anlagebedingte Erkrankung vorgelegen. Er habe bereits in seiner Stellungnahme vom

23.08.2007 dargelegt, dass beim Kläger eine anlagebedingte Dysplasie im Bereich der Schulterpfanne vorgelegen habe, welche dazu führe, dass es auch bei geringer Krafteinleitung zu einer Luxation kommen könne. In seiner Stellungnahme vom 23.08.2007 habe er keine Ausführungen zur MdE gemacht, da es sich bei einer MdE von unter 10 v. H. um eine solche nicht rentenberechtigenden Ausmaßes handle. Auf weitere Nachfrage des Senats hat ist die Stellungnahme des Dr. K., Chefarzt der Klinik für Radiologie am Diakonissenkrankenhaus K., vom 26.01.2009 vorgelegt worden und hat Prof. Dr. H. unter dem 27.01.2009 ausgeführt, in Anbetracht der bestehenden Dysplasie der Schulterpfannen und der nicht weg zu diskutierenden habituellen Schulterluxation könnten Schulterluxationen beim Kläger ohne adäquate Traumen auftreten. Sowohl in der Phase der Luxation als auch durch Reposition seien die kernspintomographischen Phänomene des Ödems ursächlich zu erklären, was bedeute, dass der kernspintomographische Nachweis eines Ödems in der Kausalitätsbeurteilung nicht weiter helfe. Ohne Zweifel sei der Unfall mitverantwortlich für die Luxation. Kausal hätte eine Luxation jedoch ohne ein äußeres Trauma auftreten können. Werde die Kausalität des Unfalls rechtlich nicht als wesentliche Bedingung für die Luxation gewertet, so sei eine MdE nicht anzunehmen. Die Würdigung des klinischen Untersuchungsbefundes am 13.01.2009 würde unter Annahme einer Kausalität eine MdE um 10 v. H. ergeben.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Akteninhalt verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144 SGG](#) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) zulässige Berufung des Klägers, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist unbegründet.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Verletztenrente wegen des Arbeitsunfalls vom 30.05.2005.

Rechtsgrundlage sind die [§§ 7, 8](#) und [56](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII).

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Die MdE 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](#)), das heißt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)). Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit ([§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen ([§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)).

Aus diesen gesetzlichen Vorgaben hat die Rechtsprechung (zuletzt in BSG, Urteil vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#)) die folgenden Grundsätze entwickelt:

Für die Feststellung eines Arbeitsunfalls ist erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer beziehungsweise sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem Unfallereignis als einem zeitlich begrenzten, von außen auf den Körper einwirkendem Ereignis geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität). Erforderlich ist für die Gewährung von Verletztenrente, dass länger andauernde Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens entstanden sind (haftungsausfüllende Kausalität) und eine hierdurch bedingte MdE um mindestens 20 v. H. erreicht wird.

Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, die Art und das Ausmaß des Unfallereignisses, der Gesundheitserstschaden und die hierdurch verursachten längerandauernden Unfallfolgen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Lässt sich ein Nachweis nicht führen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten.

Für die haftungsbegründende und die haftungsausfüllende Kausalität, welche nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen sind, ist grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit, ausreichend, aber auch erforderlich. Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht, so dass auf diesen Grad der Wahrscheinlichkeit vernünftiger Weise die Entscheidung gestützt werden kann und ernste Zweifel ausscheiden. Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Dies schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand ist die Grundlage, auf der die geltend gemachten Gesundheitsstörungen des konkreten Versicherten zu bewerten sind. Bei dieser einzelfallbezogenen Bewertung kann nur auf das individuelle Ausmaß der Beeinträchtigung des Versicherten abgestellt werden, aber nicht so wie er es subjektiv bewertet, sondern wie es objektiv ist. Die Aussage, der Versicherte sei so geschützt, wie er die Arbeit antritt, ist ebenfalls diesem Verhältnis von individueller Bewertung auf objektiver, wissenschaftlicher Grundlage zuzuordnen. Die Ursachenbeurteilung im Einzelfall hat anhand des konkreten individuellen Versicherten unter Berücksichtigung seiner Krankheiten und Vorschäden zu erfolgen, aber auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes.

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 mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs beziehungsweise Gesundheitsschadens abgeleitet werden. Wenn es mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen gibt, ist sozialrechtlich allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu

bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere/n Ursache/n keine überragende Bedeutung hat/haben. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur diese Ursache/n "wesentlich" und damit Ursache/n im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Ist die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen, so ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte.

Bei dieser Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen. Dass der Begriff der Gelegenheitsursache durch die Austauschbarkeit der versicherten Einwirkung gegen andere alltäglich vorkommende Ereignisse gekennzeichnet ist, berechtigt jedoch nicht zu dem Umkehrschluss, dass bei einem gravierenden, nicht alltäglichen Unfallgeschehen ein gegenüber einer Krankheitsanlage rechtlich wesentlicher Ursachenbeitrag ohne Weiteres zu unterstellen ist. Gesichtspunkte für die Beurteilung der besonderen Beziehung einer versicherten Ursache zum Erfolg sind neben der versicherten Ursache beziehungsweise dem Ereignis als solchem, einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, die konkurrierende Ursache unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens - aber eine Ursache ist nicht deswegen wesentlich, weil sie die letzte war -, ferner das Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, die Befunde und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie die gesamte Krankengeschichte. Ergänzend kann der Schutzzweck der Norm heranzuziehen sein.

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung gegebenenfalls in einem oder mehreren Schritten zu prüfende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Dies wird häufig bei einem klar erkennbaren Ursache-Wirkungs-Zusammenhang, vor allem wenn es keine feststellbare konkurrierende Ursache gibt, kein Problem sein. Aber es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache das angeschuldigte Ereignis eine Ursache ist oder die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festgestellte versicherte Ursache im naturwissenschaftlichen Sinn automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist der Senat zu der Auffassung gelangt, dass die Erwerbsfähigkeit des Klägers infolge des Arbeitsunfalls vom 30.05.2005 nicht über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert war oder gar ist. Vielmehr ist der Arbeitsunfall nur für eine folgenlos verheilte leichte Prellung der linken Schulter wesentlich ursächlich, deren Behandlungsbedürftigkeit spätestens mit dem 01.06.2005 beendet war.

Das Unfallereignis vom 30.05.2005 ist nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentliche Ursache für die von Prof. Dr. H. in seinem Durchgangsarztbericht vom 31.05.2005 diagnostizierte Luxation des linken Schultergelenks und auch nicht für die von Prof. Dr. St. in seinem Magnetresonanztomographie-Bericht vom 01.06.2005 beschriebene Impressionsfraktur des Humeruskopfes mit Frakturödem und Ausriss des vorderen Labrums in der linken Schulter. Daher sind weder die sich an den Arbeitsunfall anschließenden ambulanten Behandlungen noch die am 07.06.2005 und im August 2006 durchgeführten Operationen und auch nicht die durch Dr. R. in seinen Befundberichten vom 25.06.2005 und 21.10.2005 beschriebene untere Plexusläsion in der linken Schulter Folgen des Arbeitsunfalls im unfallversicherungsrechtlichen Sinne.

Zwar spricht für einen Unfallzusammenhang die vom Kläger angegebene Beschwerdefreiheit zwischen der am 29.05.2001 stattgehabten Luxation in der linken Schulter bis zum Zeitpunkt des Unfallereignisses, das Eintreten der Beschwerden unmittelbar nach dem Unfallereignis und das von Prof. Dr. St. in seinem Magnetresonanztomographie-Bericht vom 01.06.2005 beschriebene "frische" Frakturödem (Hill-Sachs-Läsion) mit Ausriss des vorderen Labrums sowie Schultergelenkserguss als "typische" Komplikationen einer vorderen Schultergelenkluxation. Zur Entscheidung über die Kausalität müssen aber grundsätzlich sämtliche Faktoren wertend herangezogen werden und kommt es mithin auf den Magnetresonanztomographie-Bericht nicht alleinentscheidend an.

Von überragender Bedeutung und daher wesentlich ursächlich für die am 30.05.2005 stattgehabte Luxation der linken Schulter ist der degenerative Vorschaden des Klägers. Dass ein degenerativer Vorschaden im Bereich des linken Schultergelenks vorgelegen hat, ergibt sich aus dem Verzeichnis der B-BKK (Arbeitsunfähigkeit wegen Luxation links vom 30.05.2001 bis zum 08.06.2001 und vom 15.05.2000 bis zum 19.05.2000) über die Arbeitsunfähigkeitszeiten des Klägers seit Juni 1994, den Arztberichten des Diakonissenkrankenhauses Karlsruhe vom 29.05.2001 (Luxation links; Röntgen: Hill-Sachs-Deformität), 15.05.2000 (Luxation links; Röntgen: regelrechte Artikulation) und 11.09.1994 (Schmerzen links) sowie den Angaben der Dr. C.-G. vom 05.07.2005, sie habe den Kläger am 16.05.2000 wegen Dauerschmerzen nach repositionierter Schulterluxation links behandelt. Von maßgebender Bedeutung ist dabei für den Senat, dass bereits die am 29.05.2001 durchgeführte Röntgenkontrolle eine Hill-Sachs-Delle gezeigt hat.

Unter Berücksichtigung des gesicherten Vorschadens hat auch Prof. Dr. W. in seinem Gutachten vom 13.12.2005 zutreffend darauf hingewiesen, anhand der zeitnah durchgeführten kernspintomographischen Untersuchung könne "eindeutig" entschieden werden, dass durch den Arbeitsunfall kein neuer Schaden hinzugekommen sei. Er hat dabei für den Senat überzeugend dargelegt, dass ein Knochenmarksödem im Bereich des Oberarmkopfes, wie es bei einer frischen Hill-Sachs-Delle zu erwarten wäre, gerade nicht dokumentiert wurde und auch in dem Arthroskopie-Bericht vom 07.06.2005 lediglich ein abgelöstes Labrum glenoidale beschrieben wird. Nichts anderes ergibt sich aus dem Gutachten des Dr. B. vom 29.01.2007, in dem ebenfalls ausgeführt wird, durch den Arbeitsunfall sei es nicht zu einer zusätzlichen Schädigung des Gelenks gekommen.

Auch hat Prof. Dr. H. in seinen Stellungnahmen vom 23.08.2007, 15.09.2008 und 27.01.2009 unter Hinweis auf den freien Gelenkkörper und die anlagebedingte Dysplasie im Bereich der Schulterpfanne auf eine anlagebedingte Erkrankung hingewiesen. Er hat auch überzeugend dargelegt, dass ein solcher Vorschaden dazu führt, dass es auch bei geringer Krafteinwirkung und damit ohne adäquate Traumen zu einer Luxation kommen kann. Daher kommt - und auch hierauf hat Prof. Dr. H. zutreffend hingewiesen - dem kernspintomographischen Nachweis eines Ödems im Befundbericht vom 01.06.2005 für die Kausalitätsbeurteilung keine entscheidungserhebliche Bedeutung zu.

Die Einschätzung der beiden Gutachter Prof. Dr. W. und Dr. B. und des Prof. Dr. H. deckt sich auch mit der unfallmedizinischen Fachliteratur, wonach bei spontanen Schulterverrenkungen, die aufgrund anatomisch-funktioneller Formvarianten - hier der anlagebedingten Dysplasie - erfolgen, und bei rezidivierenden Schulterverrenkungen, die nach bereits stattgehabter Erstluxation - hier nach den Luxationen am 29.05.2001 und 15.05.2000 - erfolgen, ein Zusammenhang mit einem Unfallereignis abzulehnen ist (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, 8.4.1, S. 593).

Demgegenüber überzeugen die Ausführungen des Dr. O. in dessen Gutachten vom 20.12.2006 und 16.04.2008 nicht. Selbst wenn man, wie Dr. O. meint, von einer frischen Verletzung ausgehen müsste, ist damit keineswegs die wesentliche Ursächlichkeit des Arbeitsunfalls für diese "frischen" Verletzungen belegt. Dem Gesichtspunkt der "wesentlichen" Ursächlichkeit brauchte Dr. O. in seinem Gutachten vom 20.12.2006 auch keine maßgebliche Bedeutung beizumessen, weil er dieses Gutachten für eine private Unfallversicherung zu erstatten hatte und auf dem Gebiet der privaten Unfallversicherung nicht die Theorie von der wesentlichen Bedingung, sondern die Adäquanztheorie gilt. Auch überzeugen die Ausführungen des Dr. O., der Unfallzusammenhang sei wegen der Schwere des Unfallereignisses und der vorherigen Beschwerdefreiheit zu bejahen, nicht. Denn in der gesetzlichen Unfallversicherung kann nicht ohne Weiteres im einem gravierenden, nicht alltäglichen Unfallgeschehen ein gegenüber einer Krankheitsanlage rechtlich wesentlicher Ursachenbeitrag gesehen werden. Ferner ist eine Ursache nicht allein deswegen wesentlich, weil sie - wie vorliegend - die letzte war.

Somit lag beim Kläger bereits vor dem Unfall eine chronische Instabilität im Bereich beider Schultergelenke mit habituellen Schulterluxationen vor. Die in diesem Vorschaden begründete Krankheitsanlage war so leicht ansprechbar, dass die Auslösung akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Bei dem Arbeitsunfall ist es somit ausweislich der telefonischen Auskunft des Dr. K. vom 06.01.2006 lediglich zu einer folgenlos verheilten leichten Prellung der linken Schulter gekommen, deren Behandlungsbedürftigkeit spätestens mit dem 01.06.2005 beendet war. Ein rentenrelevanter Dauerschaden lag und liegt somit nicht vor.

Mithin haben die Beklagte und das SG die Gewährung von Verletztenrente abgelehnt.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-08-09