L 6 U 5486/09

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Konstanz (BWB)

Aktenzeichen

S 11 U 767/09

Datum

28.10.2009

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 U 5486/09

Datum

09.12.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 28.10.2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der 1951 geborene Kläger begehrt die Gewährung einer Verletztenrente.

Der Kläger verletzte sich am 04.06.2007 während seiner Tätigkeit als Baufacharbeiter, als er beim Verladen eines Lkw auf eine Baggerschaufel trat und dadurch in diese hineinfiel.

Der Kläger wurde zunächst in der Orthopädie und Unfallchirurgie des Krankenhauses Ü. zweimal stationär behandelt. Im Rahmen der stationären Behandlung vom 04.06.2007 bis zum 07.06.2007 wurde nach Durchführung einer computertomographischen Untersuchung, die unter anderem im Bereich der rechten Schulter eine leichte Akromion-Clavicula-Gelenksarthrose ergab (Befundbericht vom 26.10.2007), eine Rippenserienfraktur mit Beteiligung der ersten Rippe diagnostiziert und konservativ mittels Krankengymnastik und Physiotherapie behandelt (Durchgangsarztbericht vom 04.06.2007, Zwischenbericht vom 06.06.2007). Im Rahmen der stationären Behandlung vom 15.06.2007 bis zum 18.06.2007 wurden eine Luxation des Sternoclaviculargelenkes rechts und ein Weichteilschaden ersten Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation des Oberarmes diagnostiziert und eine offene chirurgische Naht des Bandapparates der Clavicula sowie eine offene Reposition einer Gelenkluxation im Sternoclaviculargelenk rechts durchgeführt. Die ambulante Weiterbehandlung erfolgte bei dem Chirurgen Dr. H. (Befundbericht vom 31.07.2007). Aus dem von der Beklagten bei der BKK Gesundheit unter dem 08.08.2007 beigezogenen Erkrankungsverzeichnis geht unter anderem eine Arbeitsunfähigkeit des Klägers wegen einer akuten Periarthropathia humeroscapularis rechts bei Impingementsyndrom vom 07.09.2001 bis zum 14.09.2001 hervor. Der Radiologe S. stellte aufgrund der von ihm am 30.08.2007 durchgeführten magnetresonanztomographischen Untersuchung der rechten Schulter eine aktivierte Schulterreckgelenksarthrose, ein deutliches knöchernes subacromiales Impingement, eine Ruptur der Supraspinatussehne im Ansatzbereich ohne Muskelretraktion, eine Tendopathie der Subskapularissehne und eine Enthesiopathie am Supraspinatussehnenansatz im Humeruskopf, aber keine knöcherne Verletzung fest (Arztbrief vom 30.08.2007). Sodann stellte sich der Kläger in der Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Kreiskrankenhauses S. vor und gab an, beim Aufschlagen auf die Kante der Baggerschaufel sei ihm sein Arm nach oben geschlagen worden (Durchgangsarztbericht vom 07.09.2007). Im Rahmen der dort vom 21.09.2007 bis zum 26.09.2007 erfolgten stationären Behandlung wurden ein subacromiales Impingementsyndrom rechts bei Supraspinatussehnenruptur und Degeneration der langen Bizepssehne sowie eine operativ stabilisierte Sternoclaviculargelenkluxation rechts und eine Rippenserienfraktur der ersten bis zur fünften Rippe rechts diagnostiziert und eine offene subacromiale Dekompression, eine Tenotomie der langen Bizepssehne und eine transossäre Supraspinatussehnenreinsertion durchgeführt (Operationsbericht vom 21.09.2007, Befundbericht vom 26.09.2007). In dem Operationsbericht ist unter anderem ausgeführt, es sei ein deutlicher subacromialer Erguss ausgesaugt worden, es sei eine V-förmige typische abgerundete und dünn auslaufende Ruptur der Supraspinatussehne zur Darstellung gekommen und es habe sich eine verbreiterte und ausgedünnte leicht synovitisch gerötete Bizepssehne gezeigt. Der Pathologe Dr. K. führte im Rahmen der histologischen Bewertung des Materials der resezierten Supraspinatussehne aus, mikroskopisch finde man degenerativ verändertes, stark aufgesplittertes und eingerissenes, straffes Sehngewebe mit angedeuteter chondroider Metaplasie, unregelmäßig begrenzte, nicht geglättete Rissbildungen mit frischen Einblutungen in den Spalträumen passend zu Randbereichen einer frischen Rotatorenruptur sowie in anderen Abschnitten auch ausgeprägtere Kapillarproliferate als reaktive beziehungsweise regenerative Vorgänge und keine Hämosiderinpigmente als Hinweis auf ältere Blutungen (Befundbericht vom 25.09.2007).

Am 20.09.2007 teilte der Kläger zum Unfallhergang mit, er habe beim Fallen den rechten Arm hochgerissen. Die Anhebung des Armes sei direkt nach dem Ereignis nicht mehr möglich gewesen und seitdem habe Kraftlosigkeit des Armes bestanden. Unter dem 28.10.2007 führte der Kläger unter anderem aus, er leide an einer Schulterarthrose. Aus dem von der Beklagten bei der AOK - Die Gesundheitskasse B.-O. unter dem 29.10.2007 beigezogenen Erkrankungsverzeichnis gehen unter anderem Arbeitsunfähigkeiten des Klägers wegen einer Schulterverletzung vom 23.11.1999 bis zum 26.11.1999 und einer Entzündung im Schultergelenk vom 31.03.2000 bis zum 02.04.2000 hervor. Daraufhin holte die Beklagte die Befundberichte des Orthopäden Dr. K. vom 09.11.2007 und des Allgemeinmediziners Dr. R. vom 20.12.2007 ein. Dr. K. führte aus, der Kläger sei am 31.03.2000 wegen eines Rotatorenmanschetten Syndroms rechts behandelt worden. Dr. R. teilte mit, der Kläger sei am 18.11.1999 wegen Schmerzen in beiden Schultergelenken behandelt worden.

Sodann ließ die Beklagte den Kläger in der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T., wo er zuvor bereits ambulant behandelt worden war (Zwischenberichte vom 28.11.2007, 11.01.2008 und 12.02.2008), untersuchen und begutachten. Prof. Dr. W. führte in seinem Gutachten vom 07.02.2008 aus, durch den Arbeitsunfall sei es zu einer Sternoclaviculargelenksluxation rechts, eine Serienfraktur der ersten bis fünften Rippe rechts sowie einer Zusammenhangsdurchtrennung der Supraspinatussehne rechts gekommen. Als Unfallfolgen lägen nun noch eine in Subluxationsstellung verheilte Sternoclaviculargelenksluxation, knöchern konsolidierte Frakturen der ersten bis fünften Rippe rechts, eine Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks nach stattgehabter Zusammenhangstrennung der Rotatorenmanschette, Narben, röntgenologische Veränderungen und subjektive Beschwerden vor. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) betrage 30 von Hundert (v. H.). Für die Anerkennung des Unfallzusammenhangs der Schulterbeschwerden sprächen der Unfallhergang mit direktem Anpralltrauma des rechten Schultergelenks, das Hyperreflexionstrauma des rechten Armes, dass die magnetresonanztomographische Untersuchung neben degenerativen Veränderungen des Schultergelenkes frische Verletzungszeichen gezeigt habe, die fehlende Muskelretraktion bei Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne und dass die mikroskopische Untersuchung des intraoperativ gewonnenen Gewebes neben degenerativen Veränderungen des Sehngewebes frische Einblutungen passend zu einer traumatischen Rotatorenmanschettenruptur sowie fehlende Hämosiderinpigmente als etwaigen Hinweis einer älteren Blutung gezeigt habe.

Die Weiterbehandlung des Klägers erfolgte bei Dr. L. (Nachschaubericht vom 30.04.2008). Der Radiologe Dr. S. fand als Ergebnis der von ihm am 05.09.2008 durchgeführten magnetresonanztomographischen Untersuchung der rechten Schulter postoperativ keinen Nachweis einer Supraspinatussehnenruptur (Arztbrief vom 08.09.2008).

Dr. B. führte in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 15.10.2008 aus, durch den Unfall verursachte Verletzungen seien lediglich eine Sternoclaviculargelenksluxation und eine Rippenserienfraktur rechts mit Bruch der ersten bis fünften Rippe. Ein Unfallzusammenhang des Supraspinatussehnendefektes rechts könne nicht wahrscheinlich gemacht werden. Das Unfallereignis sei nicht geeignet gewesen, eine Verletzung der Rotatorenmanschette zu verursachen. Es habe bereits eine deutlich vorgeschädigte insuffiziente Supraspinatussehne mit deutlichem Hochstand des Oberarmkopfes und hierdurch bedingter Impingementsymptomatik vorgelegen. Der intraoperativ erhobene Befund mit V-förmiger Teilruptur der Supraspinatussehne spreche für einen degenerativen Schaden, wobei es aufgrund der Teilruptur nicht zu einer Retraktion der Sehne beziehungsweise des Muskels gekommen sei. Zusätzlich lägen bei deutlichem subacromialem Engpass deutliche degenerative Veränderungen der Bizepssehne vor. Die unfallbedingte MdE betrage 15 v. H. Der wesentliche Anteil der Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenkes sei auf unfallunabhängige krankhafte Veränderungen zurückzuführen.

Mit Bescheid vom 23.09.2008 stellte die Beklagte die Zahlung des Verletztengeldes mit Ablauf des 02.09.2008 ein. Hiergegen erhob der Kläger am 16.10.2008 Widerspruch.

Mit Bescheid vom 07.11.2008 lehnte die Beklagte einen Anspruch auf Rente wegen des Arbeitsunfalls ab. Die beim Arbeitsunfall erlittene Verrenkung des rechten Brust-Schlüsselbein Gelenkes sowie die Brüche der ersten bis fünften Rippe rechts seien bis auf geringe Restbeschwerden knöchern fest verheilt und bedingten über den 04.12.2008 hinaus keine MdE in rentenberechtigendem Grade. Die Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit ab dem 01.09.2007 sei auf vorbestehende degenerative Veränderungen im Bereich der rechten Rotatorenmanschette zurückzuführen.

Hiergegen legte der Kläger am 20.11.2008 Widerspruch ein. Er wies auf die unveränderten Beschwerden im Schulterbereich sowie auf verstärkte Migräneanfälle mit vegetativer Begleitsymptomatik und psychische Störungen in Form von erheblichen Stimmungsschwanken aufgrund des erhöhten Schmerzerlebens hin und legte das Attest des Allgemeinmediziners Dr. B. vom 13.11.2008 vor. Mit Widerspruchsbescheid vom 19.02.2009 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 07.11.2008 zurück. Das Unfallereignis komme für den am 30.08.2007 diagnostizierten Rotatorenmanschettenriss im Ansatz der Supraspinatussehne allenfalls als Gelegenheitsanlass in Betracht, sei aber nicht die wesentliche Ursache. Das Unfallereignis sei nicht geeignet gewesen, eine Rotatorenmanschettenruptur herbeizuführen. Ferner seien einschlägige Vorerkrankungen dokumentiert.

Hiergegen erhob der Kläger am 09.03.2009 Klage zum Sozialgericht Konstanz. Auch der Rotatorenmanschettenriss im Ansatz der Supraspinatussehne an der rechten Schulter sei Folge des Arbeitsunfalls.

Das Sozialgericht holte von Amts wegen das Gutachten des Orthopäden Dr. B. vom 09.08.2009 ein. Der Sachverständige führte aus, zusammenfassend ließen sich mehr Kriterien gegen als für einen Unfallzusammenhang der Schulterbeschwerden herausarbeiten. Das Vorhandensein früherer Schultererkrankungen spreche in der Regel gegen eine traumatische Läsion der Rotatorenmanschette, insbesondere wenn zusätzlich radiologische Kriterien in Form der vorliegend gesicherten ungünstigen biomechanischen Anlage des Akromions und der ausgeprägten Arthrose des Schulterreckgelenkes für eine Vorschädigung der Schulter sprächen. Der erstmals im Durchgangsarztbericht der Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Kreiskrankenhauses S. vom 07.09.2007 erwähnte Unfallhergang lasse sich nicht in die geeigneten Verletzungsmechanismen für eine Rotatorenmanschettenruptur einordnen. Im Zusammenhang mit den gesicherten Traumafolgen sei festzuhalten, dass die Luxation des Sternoclaviculargelenks in der Regel nicht mit anderen Verletzungen im Sinne von Kombinationsverletzungen vergesellschaftet sei. Gegen eine neben der Sternoclaviculargelenksluxation und Rippenserienfraktur gleichzeitig vorhandene frisch traumatische Ruptur der Rotatorenmanschette spreche die Tatsache, dass im klinisch dokumentierten Erstschaubild keine Schulterverletzung beziehungsweise keine Zeichen einer Schulterverletzung angegeben worden seien. Außerdem wäre hinsichtlich des klinischen Erstschaubildes bei einer frisch traumatischen Rotatorenmanschettenruptur das sogenannte drop-arm-sign und eine ausgeprägte Schwellung und Hämatomverfärbung an der Schulter zu erwarten gewesen, was

ausdrücklich nicht der Fall gewesen sei. Die Bildgebung habe bereits zum Unfallzeitpunkt Sekundärzeichen einer Rotatorenmanschettenschädigung in Form einer Einengung des Subacromialraumes, degenerativer Veränderungen der Acromionunterfläche beziehungsweise des Schulterreckgelenkes und eines relativen Humeruskopfhochstandes, der bei einem frischen Schaden der Rotatorenmanschette ohne vorbestehende Veränderungen wiederum nicht zu erwarten gewesen wäre, gezeigt. Die intraoperative Beschreibung fehlender Einblutungen sowie eines abgerundeten ausgedünnten Rissrandes spreche für eine degenerative Schädigung der Rotatorenmanschette, da bei einer relativ frischen traumatischen Ruptur eine stärkere Auffaserung und nicht eine Abrundung zu erwarten gewesen wäre. Die magnetresonanztomographische Untersuchung habe keine verlässlichen Zeichen einer frischen Traumatisierung des rechten Schultergelenkes ergeben, obwohl solche unter Berücksichtigung des Zeitabstandes zwischen Unfallereignis und Untersuchung durchaus noch zu erwarten gewesen wären. Die Tatsache, dass trotz der Supraspinatusläsion keine Muskelretraktion des Supraspinatus vorgelegen habe, sei nicht als Beleg einer frisch traumatischen Fraktur anzusehen, da nach dem Operationsbericht ausdrücklich eine Teilruptur vorgelegen habe und somit keine komplette Zusammenhangsdurchtrennung bestanden habe, nach der eine Retraktion erst zu erwarten gewesen wäre. Ferner sei der histologische Befundbericht widersprüchlich. Bei einem Zeitabstand zwischen Unfall und Operation von etwa drei Monaten hätte man Granulationsgewebe mit entzündlichen Infiltraten und Siderinablagerungen erwarten müssen, was vorliegend aber nicht der Fall gewesen sei. Auch der weitere Verlauf spreche gegen einen Unfallzusammenhang. Während bei einem frisch traumatischen Riss der Rotatorenmanschette ein sogenannter Decrescendoverlauf zu erwarten gewesen wäre, spreche der vorliegend festzustellende Crescendoverlauf mit zwischenzeitlich eingetretener Plateauphase im Sinne eines Verharrungszustandes für eine unfallunabhängig vorbestehende Schädigung der Rotatorenmanschette als rechtlich wesentliche Ursache der Ruptur. Gleiches gelte für die klinische Symptomatik mit Beschreibung zu Funktionseinschränkungen und positiven Impingement-Tests, die bei frischen Verletzungen der Rotatorenmanschette nicht zu erwarten gewesen wären. Letztlich spreche auch die Tatsache, dass am linken Schultergelenk weitgehend gleichartige Veränderungen vorlägen, ohne dass diese klinisch symptomatisch seien, für eine erhebliche degenerative Schadensanlage der Schulter.

Hiergegen wandte der Kläger ein, mit einer Vorschädigung beziehungsweise degenerativen Veränderungen der Supraspinatussehne hätte er nicht zur Zufriedenheit seines Arbeitsgebers die körperlich schweren Arbeiten im Baugewerbe ausführen können. Selbst wenn vorbestehende Schulterbeschwerden vorhanden gewesen sein sollten, sei der Unfall letztlich wesentliche Bedingung für die Supraspinatussehnenruptur. Wegen des Muskelaufbaus aufgrund der jahrelangen Tätigkeit im Baugewerbe habe es einer immensen Einwirkung bedurft, um die Supraspinatussehne zum Reißen zu bringen. Auch könne eine Teilruptur nicht auf Vorschädigungen zurückgeführt werden, da sich diese seit 2001 in funktioneller Hinsicht nicht bemerkbar gemacht hätten. Ferner habe er bereits im Krankenhaus Ü. über Schulterschmerzen geklagt.

Mit Gerichtsbescheid vom 28.10.2009 wies das Sozialgericht die Klage ab. Es sei schon unklar, ob es bei dem Arbeitsunfall zu einer Verletzung der Rotatorenmanschette rechts im Sinne eines Primärschadens gekommen sei. Der Kläger habe im Krankenhaus Ü. nicht über Beschwerden an der rechten Schulter berichtet. Auch könne aus dem Unfallhergang nichts zu Gunsten des Klägers abgeleitet werden. Wie sich der Unfall genau abgespielt habe, sei unklar. Ferner bestünden beim Kläger einschlägige Vorschädigungen. Selbst wenn die Schulterbeschwerden längere Zeit klinisch stumm gewesen sein sollten, spreche dies nicht dafür, dass die jetzigen Beschwerden Unfallfolge seien, da es regelmäßig so sei, dass degenerative Veränderungen über längere Zeit zu keinen Beschwerden führten, um sich dann plötzlich ohne oder nur aus geringfügigem Anlass zu verschlimmern. Ferner sei es unabhängig von dem vom Kläger vorgetragene Muskelaufbau so, dass auch degenerative Veränderungen zu einer Ruptur führen können. Zwar weise der Histologiebericht vom 25.09.2007 auf eine frische Rotatorenmanschettenruptur hin. Dr. B. habe jedoch dargelegt, dass der beschriebene Befund mehrdeutig sei und nicht klar auf das Vorliegen einer traumatisch bedingten Rotatorenmanschettenruptur hinweise. Der Befund spreche vielmehr mit hoher Wahrscheinlichkeit für eine degenerative Schädigung. Auch sei mit Dr. B. der Einschätzung des Prof. Dr. W. zu widersprechen, dass aus dem magnetresonanztomographischen Befund vom 30.08.2007 neben degenerativen Veränderungen auch frische Verletzungszeichen zu ersehen seien. Desweiteren hätte bei einer unfallbedingten Schulterverletzung das klinische Erstschadensbild anders aussehen müssen. Im Übrigen lasse sich kein Unfallzusammenhang mit den vom Kläger vorgebrachten Beschwerden an der linken Schulter und der Wirbelsäule sowie den Schwindelbeschwerden begründen. Denn insoweit fehle es an nachgewiesenen Primärverletzungen. Sei daher ein Teil der Bewegungseinschränkung der rechten Schulter nicht Unfallfolge, sei es stimmig, diese lediglich mit einer MdE unterhalb von 20 v. H. zu bewerten.

Hiergegen hat der Kläger am 25.11.2009 Berufung eingelegt. Er habe den Unfallhergang und die Schmerzen in der rechten Schulter bereits bei der Erstuntersuchung am Unfalltag wahrheitsgemäß geschildert. Ungenauigkeiten bei der Abfassung des Durchgangsarztberichtes vom Unfalltag dürften nicht zu seinen Lasten gehen. Ferner sei das Gutachten des Dr. B. mangelhaft.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 28.10.2009 und den Bescheid der Beklagten vom 07.11.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.02.2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm eine Verletztenrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

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

Entscheidungsgründe:

Die gemäß §§ 143 und 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und nach § 151 SGG zulässige Berufung, über die der Senat aufgrund des Einverständnisses der Beteiligten gemäß § 124 Abs. 2 SGG ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist unbegründet.

Die Beklagte hat mit dem streitgegenständlichen Bescheid vom 07.11.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.02.2009 zu Recht die Gewährung einer Verletztenrente abgelehnt.

Das Sozialgericht hat mit zutreffender Begründung zu Recht dargestellt, dass weder die Schulterbeschwerden des Klägers noch die sonstigen vom Kläger vorgebrachten Wirbelsäulen- und Schwindelbeschwerden unfallbedingt sind und die unfallbedingten Folgen der Sternoclaviculargelenkluxation und der Frakturen der ersten bis fünften Rippe rechts keine MdE rentenberechtigenden Grades bedingen.

Das Sozialgericht hat in der angefochtenen Entscheidung die für den Rechtsstreit maßgeblichen Rechtsvorschriften zutreffend und umfassend dargestellt und ausgeführt, weshalb die Schulterbeschwerden nicht unfallbedingt sind. Der Senat schließt sich gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) diesen Ausführungen nach eigener Prüfung unter Verweis auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils zur Vermeidung von Wiederholungen an.

Auch unter Berücksichtigung des Vorbringens im Berufungsverfahren ist gegenüber der angefochtenen Entscheidung des Sozialgerichts eine andere Beurteilung nicht gerechtfertigt. Zwar hat der Kläger ausweislich des Durchgangsarztberichts vom Unfalltag "Schulter endgradig schmerzhaft" tatsächlich im Krankenhaus Ü. Schmerzen im Schultergelenk angegeben. Hieraus kann jedoch nicht auf deren Unfallbedingtheit geschlossen werden. Vielmehr hat Dr. B. in seinem Gutachten ausführlich und in sich widerspruchsfrei die gegen einen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und den noch bestehenden Schulterbeschwerden sprechenden Argumente dargelegt. Der Senat schließt sich ebenso wie das Sozialgericht diesem im Einklang mit der Begutachtungsliteratur stehenden und schlüssigen Gutachten an.

Die Berufung war daher 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

2010-12-22