

L 6 U 1613/09

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 4 U 5840/07
Datum
06.03.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 1613/09
Datum
21.07.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufungen des Klägers gegen die Gerichtsbescheide des Sozialgerichts Karlsruhe vom 6. März 2009 werden zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch in den Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung von Verletztengeld über den 07.09.2007 hinaus sowie von Verletztenrente streitig.

Der 1966 geborene aus S. stammende Kläger rutschte im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit als Messner und Hausmeister am 14.10.2004 beim Putzen der Kirchentreppe aus und stürzte dabei auf seine linke Schulter. Unmittelbar danach wurde er mit dem Krankenwagen in die Chirurgische Abteilung des K. N. gebracht. Dort wurden die Befunde Fehlstellung des linken Oberarms in der Schulterpfanne, starke Schmerzen sowie eine aufgehobene Beweglichkeit erhoben und nach Durchführung einer röntgenologischen Untersuchung, die eine Schulterluxation links erbrachte, eine Reposition der linken Schulter durchgeführt (Durchgangsarztbericht Dr. G. vom 14.10.2004).

Der Kläger stellte sich, nachdem er mit Krankengymnastik behandelt worden war, erneut am 11.11.2004 vor, woraufhin der behandelnde Arzt Arbeitsfähigkeit ab 15.11.2004 feststellte und von einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 10 vom Hundert (v. H.) ausging (D- oder H-Arzt-Mitteilung vom 12.11.2004). Zu diesem Zeitpunkt war die linke Schulter des Klägers nahezu frei beweglich.

Im Rahmen einer familiären Auseinandersetzung erlitt der Kläger am Abend des 11.11.2004 ein erneutes Trauma im Bereich der linken Schulter sowie eine Schädelprellung, als er von einem Familienmitglied niedergeschlagen wurde. Bei der am 15.11.2004 erfolgten Nachuntersuchung fand sich eine Bewegungseinschränkung im Bereich der linken Schulter von 1/5 in allen Bewegungsmaßen (Nachschaubericht Dr. G. vom 15.11.2004, Befundbericht vom 21.07.2006 - eher leichte Verletzung am 11.11.2004).

Am 08.12.2005 stellte sich der Kläger wegen immer wieder auftretender Beschwerden im Bereich der linken Schulter beim Arzt für Orthopädie Dr. L. vor, der Arbeitsunfähigkeit ab diesem Tag feststellte. Er erhob die Befunde Abduktions-Rotationseinschränkung sowie positive Impingementzeichen und stellte nach Durchführung einer röntgenologischen Untersuchung keinen aktuellen knöchernen Umbau, einen relativen Hochstand des proximalen Humerusendes und ein Impingementsyndrom fest. Er äußerte den Verdacht auf eine adhäsive Entzündung der linken Schultergelenkscapsel und begründete die bis dahin bestehende Arbeitsunfähigkeit mit einer schmerzhaften Lumboischialgie (Befundbericht vom 02.02.2006). Eine weitere Stellungnahme zur Arbeitsunfähigkeit des Klägers erfolgte durch Dr. J.-Sch., Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg, am 08.02.2006 (weiter Arbeitsunfähigkeit bei im Vordergrund stehender Lumboischialgie).

Der Arzt für Chirurgie Dr. Sch. führte in der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 06.03.2006 aus, der zeitliche Verlauf spreche zunächst gegen einen Zusammenhang zwischen der Wiedererkrankung ab 08.12.2005 mit dem Unfallereignis. Allerdings könnten bei einer Schulterluxation Schäden entstehen, die erst im weiteren Verlauf zu Symptomen führten.

Der Kläger führte vom 19.04.2006 bis zum 10.05.2006 eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der F.-K. Bad B. durch, aus der er als arbeitsfähig entlassen wurde. Bei der röntgenologischen Untersuchung am 25.04.2006 wurden ein unauffälliger Kalksalzgehalt, eine verstärkte Sklerosierung am Tuberculum majus (fragliche Hill-Sachs-Läsion) nach Schulterluxation, ein unauffälliger Pfannenrand (kein Hinweis für eine Bankart'sche Läsion) sowie keine traumatischen oder degenerativen Veränderungen des Acromioclaviculargelenks festgestellt, eine geringfügige Impingementsymptomatik bei Zustand nach Schulterluxation diagnostiziert und der Verdacht auf eine

Schmerzfehlverarbeitung beziehungsweise Somatisierungsstörung geäußert (Entlassungsbericht vom 15.05.2006).

Am 02.06.2006 wurde das linke Schultergelenk des Klägers durch den Radiologen Dr. E. magnetresonanztomographisch untersucht. Festgestellt wurde eine mäßiggradige Acromioclaviculargelenksarthrose, ein Erguss in den Bursen als Hinweis auf eine Bursitis subacromialis und subdeltoidea, ein alter Hill-Sachs-Defekt, eine überwiegend labrale Bankart'sche Läsion nach anteriorer Schulterluxation, kein Anhalt für eine vollständige Ruptur der Rotatorenmanschette und eine ausgeprägte Degeneration der Rotatorenmanschette ansatznah im Übergang der Supraspinatussehne zur Infraspinatussehne (Arztbrief vom 20.06.2006). Am 07.06.2006 wurde der Kläger arbeitsmedizinisch durch den Facharzt für Arbeitsmedizin Dr. Z. untersucht. Ihm gegenüber gab der Kläger zum Unfallereignis an, er habe sich beim Ausrutschen noch mit der linken Hand an einem Treppenhandlauf festgehalten. Durch diese Fixierung sei sein ganzer Arm nach hinten gezogen worden, wodurch es zu einer Luxation gekommen sei. Im Rahmen der späteren familiären Auseinandersetzung sei es zu keinem erneuten Verdrehtrauma gekommen, zumal er seine Schulter noch in einer Schlinge eng am Körper getragen habe. Seither hätten sich die Schmerzen nicht mehr gebessert. Im Vordergrund hätten aber die Lendenwirbelsäulenbeschwerden gestanden, weswegen das stationäre Rehabilitationsverfahren durchgeführt worden sei (Stellungnahme des Dr. Z. vom 07.06.2006, Stellungnahme des Rehabilitations-Beraters der Beklagten F. vom 05.07.2006).

Die Beklagte zog über die AOK - Die Gesundheitskasse Calw - das Vorerkrankungsverzeichnis bei und holte den Befundbericht des Dr. St., Oberarzt im Kreiskrankenhaus N., vom 21.07.2006 über die Behandlung nach dem 11.11.2004 (häusliche Auseinandersetzung habe nur zu einer leichten Schulterverletzung geführt) ein. Mit Schreiben vom 21.07.2006 teilte der Arbeitgeber des Klägers mit, der Kläger sei nach Wiederaufnahme der Arbeit nie ganz schmerzfrei in der verletzten Schulter geworden. Der Kläger stellte sich am 26.07.2006 und 20.09.2006 in der Schulter- und Ellenbogenchirurgie der V.-K. Bad R. vor (Arztbriefe PD Dr. P. vom 27.07.2006 und 21.09.2006: bislang keine Physiotherapie, nach Ausschöpfung der konservativen Behandlungsmöglichkeiten müsse über ein operatives Vorgehen diskutiert werden).

Dr. Sch. ging in der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 11.09.2006 nicht von einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit aus. Am 12.10.2006 gab der Kläger gegenüber dem Rehabilitationsberater der Beklagten F. an, dass ihm derzeit die Rückenerkrankung am meisten Probleme bereite. Sowohl wegen der Rücken- als auch der Schultererkrankung fühle er sich nicht in der Lage, seine Hausmeistertätigkeit auszuüben.

Vom 03.12.2006 bis zum 06.12.2006 erfolgte die stationäre Behandlung in der V.-K. Bad R., in deren Rahmen am 04.12.2006 arthroskopisch eine partielle Synovektomie, ein Debridement und eine Bankart-Operation mit Labrum-Kapsel-Rekonstruktion durchgeführt wurde. Diagnostiziert wurde eine posttraumatische Schulterinstabilität links, eine kapsuläre Hyperlaxität beidseits und eine Supraspinatussehnenpartialruptur links (Arztbrief PD Dr. P. vom 06.12.2006 mit Operationsbericht).

Die AOK teilte daraufhin mit, sie habe eine unfallbedingte Wiedererkrankung ab 03.12.2006 anerkannt und dem Kläger Krankengeld vom 28.06.2006 bis 02.12.2006 und vom 12.01.2006 bis 18.04.2006 bewilligt (Schreiben vom 16.02.2007).

Dr. Sch. führte in der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 21.12.2006 aus, bis auf den oberflächlichen Schaden an der Infraspinatussehne liege ein Unfallzusammenhang vor. Nach vorläufiger Einschätzung bestehe keine MdE um mindestens 20 v. H. Die stationäre Behandlung in der V.-K. Bad R. stehe in ursächlichen Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall. Am 11.01.2007 gelangte Dr. Sch. zu der Einschätzung, bedingt durch die Schulteroperation stehe die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit ab 03.12.2006 deutlich im Vordergrund. Bei regelrechtem Heilverlauf dürfte die Arbeitsunfähigkeit nicht länger als vier Monate andauern. Bei normalem Heilverlauf sei davon auszugehen, dass sich die Schulterbeschwerden wesentlich besserten, so dass keine MdE zu erwarten sei.

Daraufhin gewährte die Beklagte dem Kläger ab 03.12.2006 Verletztengeld (Schreiben der Beklagten vom 11.01.2007). Die ambulante Weiterbehandlung erfolgte bei Dr. L. (H-Arzt-Bericht vom 18.01.2007) und in der V.-K. Bad R. ... PD Dr. P., Chefarzt an der V.-K. Bad R., führte aus, eine Arbeitsfähigkeit des Klägers sei frühestens vier bis sechs Monate postoperativ gegeben. Vom Verbleib einer relevanten MdE seitens der linken Schulter sei nicht auszugehen (Befundbericht vom 05.02.2007). Dr. L. schätzte das Ende der Arbeitsunfähigkeit auf den 02.04.2007 ein (Verlaufsbericht H-Arzt vom 15.02.2007). PD Dr. P. ging von einer fortdauernden Arbeitsunfähigkeit aus (Befundbericht vom 02.04.2007).

Sodann stellte sich der Kläger am 15.05.2007 bei Dr. H., Chefarzt an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallk. L. vor. Dieser führte in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 16.05.2007 aus, es finde sich eine eigentlich ausreichende Schulterbeweglichkeit. Allerdings gebe der Kläger hierbei starke Schmerzen an. Zu empfehlen sei die Durchführung einer kernspintomographischen Untersuchung. Sollte sich hier kein wirklich fassbarer pathologischer Befund zeigen, wäre das Heilverfahren abzuschließen. Eine vorübergehende MdE werde resultieren. Es handle sich hier sicherlich auch um ein chronifiziertes Schmerzsyndrom.

Aufgrund der am 20.06.2007 durchgeführten magnetresonanztomographischen Untersuchung stellte Dr. E. Zeichen einer Degeneration und Verletzung des Labrums glenoidale im anterioren Anteil, eine Degeneration der Rotatorenmanschette ohne Anhalt für einen groben Einriss sowie einen Erguss in den Bursen als Zeichen einer begleitenden Bursitis subacromialis und subdeltoidea fest (Arztbrief vom 21.06.2007). Die Weiterbehandlung erfolgte in der V.-K. Bad R. ...

Dr. Sch. sah in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 06.08.2007 als unfallbedingt eine Hill-Sachs-Läsion, Veränderungen des Labrum glenoidale und eine anteilige Ergussbildung sowie unfallunabhängig eine Degeneration der Rotatorenmanschette, eine anteilige Ergussbildung und eine Deformierung des Acromioclaviculargelenks an und führte aus, es sei nun ein Verharrungszustand erreicht. Hierauf hörte die Beklagte den Kläger mit Schreiben vom 15.08.2007 zur beabsichtigten Einstellung der Verletztengeldzahlung an.

Mit Bescheid vom 03.09.2007 stellte die Beklagte die Gewährung von Verletztengeld mit dem 07.09.2007 ein. Die Unfallfolgen seien nicht mehr die rechtlich wesentliche Ursache für die Arbeitsunfähigkeit.

Hiergegen legte der Kläger am 05.09.2007 Widerspruch ein. Die Beklagte ließ daraufhin den Kläger orthopädisch begutachten. Der Facharzt für Orthopädie Dr. E. gelangte in seinem Gutachten vom 16.11.2007 zu der Einschätzung, wesentliche Unfallfolge sei eine

Bewegungseinschränkung der linken Schulter nach operativer Stabilisierung nach vorderer Schulterluxation. Ganz vordergründig würden Schmerzen bei der Bewegungsprüfung, aber auch Ruheschmerzen angegeben. Die vom Kläger angegebenen Beschwerden stünden nicht im Zusammenhang mit dem objektivierbaren Befund. Es sei auch eine depressive Komponente mit einer möglichen Somatisierungstendenz augenscheinlich. Es müsse sicherlich auch von einem chronifizierten Schmerzsyndrom ausgegangen werden. Die MdE betrage 100 v. H. vom 14.10.2004 bis zum 15.11.2004, 100 v. H. vom 03.12.2006 bis zum 06.12.2006, 50 v. H. vom 07.12.2006 bis zum 19.01.2007 und 15 v. H. seit 20.01.2007.

Mit Widerspruchsbescheid vom 22.11.2007 wies die Beklagte den gegen den Bescheid vom 03.09.2007 eingelegten Widerspruch zurück.

Hiergegen erhob der Kläger am 06.12.2007 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe ([S 4 U 5840/07](#)), zu deren Begründung er vortrug, er sei weiterhin aufgrund der Folgen des Arbeitsunfalls arbeitsunfähig.

Mit Bescheid vom 12.12.2007 stellte die Beklagte eine Bewegungseinschränkung in der linken Schulter nach operativer Stabilisierung der vorderen Schulterluxation mit Hill-Sachs-Läsion, Veränderungen des Labrum glenoidale sowie anteiliger Ergussbildung als Folgen des Arbeitsunfalls fest und lehnte die Gewährung von Verletztenrente ab, da eine MdE in rentenberechtigendem Grade nicht vorliege.

Hiergegen legte der Kläger mit Schreiben vom 14.12.2007 Widerspruch ein, woraufhin die Beklagte eine beratungsärztliche Stellungnahme einholte. Der Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Neuroradiologie Dr. R. führte am 18.02.2008 aus, beim Kläger liege eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor. Eine solche Störung entstehe prinzipiell im Rahmen eines biopsychosozialen Bedingungsgefüges. Vorliegend stehe zweifellos am Anfang der chronischen Schmerzstörung die Schultergelenksluxation. Diese könne jedoch nur als Auslöser, nicht aber als rechtlich wesentliche Ursache der jetzt bestehenden Symptomatik angesehen werden. Vielmehr überwiegen Persönlichkeitsfaktoren, die langjährige Schmerzkariere, die Neigung zu Depressionen und Angstzuständen, erhebliche psychosoziale Stressfaktoren sowie Begehrnsvorstellungen beim Zustandekommen und Fortbestehen der Schmerzstörung. Die chronifizierte Schmerzstörung werde mithin überwiegend durch unfallunabhängige Faktoren unterhalten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 20.03.2008 wies die Beklagte den gegen den Bescheid vom 12.12.2007 eingelegten Widerspruch zurück.

Auch hiergegen erhob der Kläger am 08.04.2008 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe, die unter dem Aktenzeichen S 4 U 1520/08 geführt wurde.

Das Sozialgericht hörte die behandelnden Ärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen ([S 4 U 5840/07](#)). Der Orthopäde Dr. L., der den Kläger seit 1999 behandelt, führte am 13.03.2008 aus, der Kläger habe erstmals im Dezember 2007 über Schulterbeschwerden berichtet. Er habe ein Impingementsyndrom bei Schultersteife links diagnostiziert. Der Chirurg und Orthopäde PD Dr. P. gab am 17.03.2008 an, er behandle den Kläger seit dem stationären Aufenthalt 2006, nachdem eine Schmerzchronifizierung eingetreten sei, weiter ambulant. Der Kläger leide an einer Schultergelenksinstabilität links bei beidseitiger kapsulärer Hyperlaxität. Der Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. M. erklärte am 27.03.2008, beim Kläger, den er zwischen Juni 2000 und Mai 2007 nicht behandelt habe, leide an rezidivierenden Arthralgien des linken Schultergelenks.

Mit den Gerichtsbescheiden vom 06.03.2009 wies das Sozialgericht die Klagen nach vorangegangenen Anhörungen ab. Das initial durch die Schulterluxation hervorgerufene Schmerzsyndrom sei spätestens ab dem Zeitpunkt der Einstellung des Verletztengeldes nicht mehr unfallabhängig, die Beklagte habe daher zu Recht Verletztengeld nur vom 03.12.2006 bis zum 07.09.2007 gezahlt. Bereits Dr. E. habe in überzeugender Weise einen Verharrungszustand der linken Schulter beschrieben, der auch keine MdE in rentenberechtigendem Ausmaß mehr begründe. Ferner müsse in Auswertung des umfangreichen Vorerkrankungsverzeichnisses wie dem Umstand, dass sich der Kläger 2004 zweimal an der Schulter verletzt habe, zwischen unfallabhängigen und unfallunabhängigen Folgeerkrankungen unterschieden werden. Der Kläger sei zwischen 1996 und 2004 an 59 Tagen wegen Lumbalgie und Angstzuständen arbeitsunfähig erkrankt, so dass von einer vorbestehenden Schmerzkariere mit immer wieder auftretenden depressiven Stimmungsschwankungen ausgegangen werden müsse. Das werde auch durch den Entlassungsbericht der F.-K. Bad B. bestätigt, worin ausgeführt sei, die Depression sei einerseits auf berufliche und private Drucksituationen und andererseits auf eine emotionale Überforderungslage zurückzuführen. Die Schultergelenksluxation sei mithin nur als Auslöser, nicht aber als rechtlich wesentliche Ursache der jetzt bestehenden Schmerzsymptomatik zu deuten. Im Übrigen seien an der Intensität des vom Kläger bezogen auf die linke Schulter gemachten Schmerzsyndroms Zweifel angebracht, als diese ihn nicht gehindert hätten - jedenfalls nach den klägerseitig unbestritten gebliebenen Angaben im Entlassungsbericht der F.-K. Bad B. - schulterbelastende Freizeitaktivitäten wie Schwimmen und Dauerlaufen nachzugehen. In diesem Zusammenhang sei auch zu sehen, dass die Schultergürtelmuskulatur des Klägers seitengleich ausgeprägt sei und der Kläger deshalb auch in seiner Kraftentwicklung und den primären Greifformen über im Wesentlichen seitengleiche funktionelle Fähigkeiten verfüge, was sich aus dem Gutachten des Dr. E. ergebe. Darüber hinaus sei zu berücksichtigen, dass sich der Kläger im Rahmen einer privaten Auseinandersetzung an der linken Schulter verletzt habe. Auch die von Dr. L. und Dr. P. mitgeteilten Messwerte für die linke Schulter rechtfertigten keine abweichende Beurteilung. Ferner sprächen die Ergebnisse der magnetresonanztomographischen Untersuchungen eher gegen als für eine unfallbedingte Ursache im Hinblick auf das im Vordergrund stehende chronische Schmerzsyndrom des Klägers, da nur eine mäßiggradige Acromioclaviculargelenksarthrose bei altem Hill-Sachs-Defekt und eine ausgeprägte Degeneration der Rotatorenmanschette ansatznah am Übergang der Supraspinatus- zur Infraspinatussehne festgestellt worden sei. Unfallunabhängig bestünden beim Kläger an der linken Schulter eine Degeneration der Rotatorenmanschette mit anteiliger Ergussbildung bei gleichzeitiger Deformierung des Acromioclaviculargelenks. Darüber hinaus leide der Kläger unfallunabhängig an einem chronifizierten Schmerzsyndrom. Der MdE-Bewertung durch Dr. E. sei zu folgen.

Gegen die seinen Prozessbevollmächtigten am 16.03.2009 zugestellten Gerichtsbescheide hat der Kläger jeweils am 07.04.2009 Berufung eingelegt ([L 6 U 1613/09](#) - Verletztengeld - und [L 6 U 1616/09](#) - Verletztenrente), mit denen er im Wesentlichen geltend macht, das Sozialgericht habe den Sachverhalt nur unvollständig erhoben. Eine abschließende Beurteilung sei bei noch nicht abgeschlossener Behandlung nicht möglich.

Der Kläger beantragt,

die Gerichtsbescheide des Sozialgerichts Karlsruhe vom 6. März 2009 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 3. März 2007 in der

Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. November 2007 aufzuheben sowie die Beklagte zu verurteilen, ihm Verletztengeld über den 7. September 2007 hinaus zu gewähren und den Bescheid der Beklagten vom 12. Dezember 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. März 2008 abzuändern sowie die Beklagte zu verurteilen, ihm Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 vom Hundert auf Dauer zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufungen zurückzuweisen.

Sie erachtet die erstinstanzlichen Entscheidungen für zutreffend, da der Unfall für das chronifizierte Schmerzsyndrom nicht rechtlich wesentliche Ursache gewesen sei.

Beim Kläger ist bei einer im Rahmen einer stationären Behandlung in der SportK. St. am 12.05.2009 durchgeführten Arthroskopie der linken Schulter eine subacromiale Dekompression, eine Bursotomie sowie eine Rotatorenmanschettenrekonstruktion bei posttraumatischer ansatznaher Supraspinatussehnenläsion festgestellt worden. Von Seiten der SportK. St. wurde von einem Zusammenhang mit dem Unfallereignis ausgegangen (Stellungnahme vom 20.08.2009). Im Rahmen einer in der SportK. St. am 05.10.2009 durchgeführten magnetresonanztomographischen Untersuchung der linken Schulter ist eine ansatznahe Auffaserung beziehungsweise Partialläsion der Supraspinatussehne mit begleitender Knochenreaktion, eine Bursitis subacromialis, ein Zustand nach Labrumrefixation mit narbiger Degeneration der ventralen Labrumanteile, eine Hill-Sachs-Läsion und eine Affektion des Acromioclaviculargelenks festgestellt worden (Arztbriefe vom 06.10.2009 und 02.11.2009).

Der Senat hat von Amts wegen das Gutachten des PD Dr. Z., Leiter des Bereichs Schulterchirurgie am UniversitätsK.um H., vom 09.04.2010 eingeholt. Der Sachverständige hat ausgeführt, bei der klinischen Untersuchung habe sich eine altersentsprechend kräftige Schultermuskulatur bei endgradiger Bewegungseinschränkung sowie einer starken bewegungsabhängigen Schmerzhaftigkeit im gesamten Schultergelenk gezeigt. Die klinischen Tests zur Überprüfung der Funktion der Rotatorenmanschette und der langen Bizepssehne seien auf Grund der massiven Schmerzhaftigkeit im Bereich der Schulter nur eingeschränkt aussagekräftig, so dass keine abschließende Beurteilung der Rotatorenmanschetten- und Bizepsfunktion erstellt werden könne. Soweit möglich habe sich jedoch kein Hinweis auf eine klinisch bedeutsame Rotatorenmanschettenläsion oder Verletzung der langen Bizepssehne gezeigt, was auch durch den Röntgenbefund bestätigt werde. Röntgenologisch und kernspintomographisch hätten sich eine leichte Schulterreckgelenksarthrose, Unregelmäßigkeiten im Bereich des refixierten Labrums sowie eine Hill-Sachs-Delle im Bereich des linken Oberarmkopfes als Folge der eingetretenen traumatischen vorderen Schulterluxation gezeigt. Im Rahmen des Unfalls sei es zu einer vorderen Schulterluxation und einer entsprechenden Verletzung der hinteren knöchernen Anteile des Oberarmkopfes (Hill-Sachs-Delle) sowie des vorderen unteren Labrums gekommen. Durch die Operation habe das Labrum wieder an der ursprünglichen Stelle fixiert werden können. Die Hill-Sachs-Delle führe zu keiner nennenswerten bleibenden Einschränkung. Als Unfallfolgen seien daher eine Hill-Sachs-Delle und Unregelmäßigkeiten im Bereich des vorderen Labrums nach operativ versorgter Bankartläsion nach stattgehabter traumatischer Schulterluxation links mit geringfügig eingeschränkter Schulterfunktion zu bezeichnen. Im Rahmen der Begutachtung habe sich kein Hinweis darauf ergeben, dass noch eine Instabilität im Bereich des linken Schultergelenks bestehe. Die vom Kläger angegebenen Beschwerden lokalisierten sich im gesamten Schultergelenksbereich, wobei die angegebenen diffusen Beschwerden im Bereich der linken Schulter nur eingeschränkt durch die stattgehabten unfallbedingten Gesundheitsstörungen zu erklären seien. Die im Operationsbericht des PD Dr. P. als Diagnose genannte Supraspinatussehnen-Partialruptur lasse sich im eigentlichen Text des Operationsberichts nicht so wieder finden. Hier heiße es lediglich, dass im Bereich des Muskulus infraspinatus auf Höhe der Hill-Sachs-Delle eine geringgradige Auffaserung der Infraspinatussehnenunterfläche im Sinne einer Partialruptur bestehe. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe, soweit dies anhand der vorliegenden Aktenunterlagen ersichtlich sei, vom 14.10.2004 bis zum 13.12.2004 sowie vom 04.12.2006 bis zum 04.02.2007 bestanden. Die MdE sei mit 100 v. H. vom 14.10.2004 bis zum 14.01.2005, mit 30 v. H. vom 15.01.2005 bis zum 03.12.2006, mit 100 v. H. vom 04.12.2006 bis zum 03.02.2007 und mit 10 v. H. ab 03.02.2007 einzuschätzen.

Im weiteren Verlauf hat sich der Kläger beim Chirotherapeuten Dr. D. vorgestellt, der bei persistierenden Schmerzen und ständigen Reizzuständen eine weitere stationäre Abklärung vorschlug (Arztbrief vom 04.03.2010). Im Rahmen der stationären Behandlung vom 23.09.2010 bis zum 28.09.2010 ist in der K. für Schulterchirurgie Bad Neustadt am 23.09.2010 eine Arthroskopie durchgeführt worden. Es sind eine Bankart-Operation, eine SLAP-Refixation ("superior labrum anterior posterior"-Refixation), eine subacromiale Bridenlösung sowie ein Debridement erfolgt und eine Instabilitätsarthropathie auswärts mit Chondromalazie zweiten bis dritten Grades Humerus, eine Chondromalazie stellenweise vierten Grades anterior und randständig und zweiten Grades zentral, eine ALPSA-Läsion ("anterior labrum periosteal sleeve avulsion"-Läsion; eine verheilte Beschädigung an der Knorpellippe der Gelenkschale), Faden- und Ankerreste am vorderen Pfannenrand, eine SLAP-2-Läsion ("superior labrum anterior posterior"-2-Läsion; vollständig abgehobene obere Pfannenlippe) und subacromiale Briden diagnostiziert worden (Arztbrief vom 28.09.2010 mit Operationsbericht).

Die Verfahren wurden im Hinblick auf die stationäre Behandlung zum Ruhen gebracht (Beschlüsse vom 20.07.2010) und nach Wiederrufung unter dem alten Aktenzeichen fortgesetzt.

Die Beklagte hat ausgeführt, für einen Rentenbeginn ab 15.01.2005 gebe es keine Begründung, nachdem der behandelnde Durchgangsarzt die MdE zum Abschluss der Behandlung mit 10 v. H. eingeschätzt und sich der Kläger erst wieder am 08.12.2005 in ärztliche Behandlung begeben habe. Bis zum Beginn der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit am 03.12.2006 rechtfertige sich keine MdE in rentenberechtigendem Grade, da der Kläger vom 08.12.2005 bis zum 10.05.2006 wegen unfallunabhängigen Lendenwirbelsäulenbeschwerden und ebenso vom 27.06.2006 bis zum 02.12.2006 arbeitsunfähig gewesen sei. Der Entlassungsbericht sei für die MdE-Beurteilung unergiebig und der am 02.07.2006 erhobene Befund mit aktiver und passiver Beweglichkeit sowie seitengleicher Kraft begründe bei verbliebener Instabilität keine MdE.

Der Berichterstatter hat die Fälle am 31.03.2011 mit den Beteiligten erörtert. Auf die Niederschrift vom selben Tag wird verwiesen.

PD Dr. Z. ist daraufhin ergänzend gehört worden. Er hat in seiner gutachtlichen Stellungnahme vom 06.05.2011 ausgeführt, eine Beurteilung der MdE bis zur Operation am 04.12.2006 sei nur eingeschränkt möglich. Er gehe weiterhin davon aus, dass eine

rentenberechtigende MdE bis zu der am 04.12.2006 erfolgten Operation vorgelegen habe. Denn Dr. P. habe in seinem Arztbrief vom 27.07.2006 angegeben, dass ein diskret positives vorderes Apprehensionszeichen, ein Zeichen für eine vordere Instabilität, bestanden habe. Somit habe bis zum Operationszeitpunkt sicherlich eine Restinstabilität des Schultergelenkes vorgelegen. Typisch für Patienten mit einer chronischen Schulterinstabilität sei die sonst freie Beweglichkeit der Schulter, vor allem für Bewegungen nach vorne und zur Seite. Durch die jetzt vorgelegten Unterlagen werde nochmals bestätigt, dass eine deutliche vordere Instabilität bis zur Operation am 23.09.2010 bestanden habe. Intraoperativ hätten entsprechende Schäden an den stabilisierenden Strukturen des Schultergelenks festgestellt werden können. hinsichtlich der Kausalität und Arbeitsunfähigkeit ergäben sich hierdurch keine Änderungen. Wie die MdE im Zeitraum zwischen dem 03.02.2007 und der am 23.09.2010 durchgeführten Operation einzuschätzen sei, könne nur anhand entsprechender ärztlicher Unterlagen festgelegt werden. Es sei dabei zu berücksichtigen, dass häufiger nach einer wie von Dr. P. durchgeführten Stabilisierungsoperation mit Rekonstruktion des Labrum-Kapsel-Konstrukts am vorderen unteren Pfannenrand zunächst eine gute Stabilität herbeigeführt werden könne und erst im weiteren Verlauf die Instabilität wieder zunehme. Diese Instabilitätsentwicklung nach einer Bankart-Operation könne Monate bis Jahre betragen. Zudem sei zu klären, ob nicht ein weiterer Unfall geschehen sei, bei dem es zu einer Zerrung oder gar Luxation des Schultergelenks nach der Operation am 04.12.2006 gekommen sei.

Hierzu hat die Beklagte ausgeführt, es gehe zu Lasten des beweispflichtigen Klägers, wenn eine rentenberechtigende MdE auf Grund mangelnder Befunde beziehungsweise Befundberichte nicht nachgewiesen werden könne. Nach der Einschätzung der MdE mit 10 v. H. durch Dr. G. sei der erste zur MdE aussagefähige Befund am 26.07.2006 erhoben worden. Insofern komme erst dieser Zeitpunkt als frühestmöglicher Rentenbeginn in Betracht. Prof. Dr. Z. stütze seine MdE-Einschätzung allein auf die Instabilität. Die MdE werde jedoch primär anhand der verbliebenen Funktionsbeeinträchtigungen bemessen. Der erhobene Befund in Bezug auf die freie Beweglichkeit und seitengleiche Kraft bei verbliebener Instabilität rechtfertige keine MdE in rentenberechtigendem Umfang.

Der Senat hat die beiden Berufungen mit Beschluss vom 18.07.2011 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung unter dem Aktenzeichen [L 6 U 1613/09](#) verbunden.

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

Entscheidungsgründe:

Die gemäß §§ 143 und 144 Sozialgericht (SGG) statthaften und nach [§ 151 SGG](#) zulässigen Berufungen des Klägers sind unbegründet.

1.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung von Verletztengeld über den 07.09.2007 hinaus. Der angefochtene Gerichtsbescheid des Sozialgerichts ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Die Beklagte hat die Gewährung von Verletztengeld mit Bescheid vom 03.09.2007 in der Gestalt ihres Widerspruchsbescheides vom 22.11.2007 zu Recht abgelehnt.

Ein Anspruch auf Verletztengeld setzt unter anderem voraus, dass der Versicherte infolge des Versicherungsfalls arbeitsunfähig ist oder wegen einer Maßnahme der Heilbehandlung eine ganztägige Erwerbstätigkeit nicht ausüben kann ([§ 45 Abs. 1 Nr. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch [SGB VII]).

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 Verletztengeld, dass die zur Arbeitsunfähigkeit führende Erkrankung durch den Gesundheitserstschaden bedingt ist, und für die Gewährung einer Verletztenrente, dass längerandauernde 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 zur der Auffassung gelangt, dass der Kläger keinen Anspruch auf die Gewährung von Verletztengeld über den 07.09.2007 hinaus hat. Weder liegt eine über diesen Zeitpunkt hinausgehende wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführende Arbeitsunfähigkeit noch eine MdE rentenberechtigenden Grades vor.

Dass die mit Aufnahme der stationären Behandlung in der V.-K. Bad R. am 03.12.2006 von der Beklagten als unfallbedingt anerkannte Arbeitsunfähigkeit längstens bis zum 07.09.2007 wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen ist, ergibt sich für den Senat daraus, dass die mit der am 04.12.2006 durchgeführten Arthroskopie erfolgte Behandlung der Unfallfolgen spätestens zu diesem Zeitpunkt abgeschlossen gewesen ist und die darüber hinausgehenden Beschwerden auf unfallunabhängige Erkrankungen zurückzuführen sind.

So hat Dr. Sch. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 11.01.2007 ausgeführt, dass die Arbeitsunfähigkeit bei regelrechtem Heilverlauf nicht länger als vier Monate andauern dürfte. PD Dr. P. hat in seinem Befundbericht vom 05.02.2007 dargelegt, die Arbeitsfähigkeit des Klägers sei frühestens vier bis sechs Monate postoperativ gegeben. Dr. L. hat in seinem Verlaufsbericht H-Arzt vom 15.02.2007 das Ende der Arbeitsunfähigkeit auf den 02.04.2007 eingeschätzt, während PD Dr. P. in seinem Befundbericht vom 02.04.2007 von einer fortdauernden Arbeitsunfähigkeit ausgegangen ist.

Von maßgeblicher Bedeutung für den Senat ist, dass Dr. H. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 16.05.2007 eine ausreichende Schulterbeweglichkeit beschrieben und dargelegt hat, dass das Heilverfahren abzuschließen sei, wenn sich bei der durchzuführenden kernspintomographischen Untersuchung kein wirklich fassbarer pathologischer Befund zeige. Genau dies ist aber der Fall gewesen. Denn Dr. E. hat aufgrund der am 20.06.2007 durchgeführten magnetresonanztomographischen Untersuchung lediglich Zeichen einer Degeneration und Verletzung des Labrums glenoidale im anterioren Anteil, eine Degeneration der Rotatorenmanschette ohne Anhalt für einen groben Einriss sowie einen Erguss in den Bursen als Zeichen einer begleitenden Bursitis subacromialis und subdeltoidea festgestellt. Demzufolge hat Dr. Sch. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 06.08.2007 zu Recht als unfallbedingt nur eine Hill-Sachs-Läsion, Veränderungen des Labrum glenoidale und eine anteilige Ergussbildung sowie als unfallunabhängig eine Degeneration der Rotatorenmanschette, eine anteilige Ergussbildung und eine Deformierung des Acromioclaviculargelenks angesehen. Hieraus hat er für den Senat schlüssig und gut nachvollziehbar den Schluss gezogen, dass nunmehr bei den Unfallfolgen von einem Verharrungszustand auszugehen ist. Diese Einschätzung hat in dem Gutachten des Dr. E. vom 16.11.2007 ihre Bestätigung gefunden. Er hat dargelegt, dass die vom Kläger angegebenen Beschwerden nicht im Zusammenhang mit dem objektivierbaren Befund gestanden haben und auch eine depressive Komponente mit einer möglichen Somatisierungstendenz augenscheinlich gewesen ist.

Auch die Ermittlungen im Berufungsverfahren haben das bestätigt. So hat auch PD Dr. Z. in seinem Gutachten vom 09.04.2010 ausgeführt, unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe nur bis zum 04.02.2007 vorgelegen. Daher lässt sich nicht feststellen, dass die vom Kläger jedenfalls über den 07.09.2007 hinaus geklagten Beschwerden eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bedingt haben. Nichts anderes ergibt sich daraus, dass sich der Kläger am 12.05.2009 in der SportK. St. und am 23.09.2010 in der K. für Schulterchirurgie Bad Neustadt Arthroskopien

unterzogen hat. Denn es sind keine Befunde aktenkundig, die vorausgegangene unfallbedingte Arbeitsunfähigkeiten des Klägers rechtfertigen.

2.

Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente, denn die Unfallfolgen bedingten und bedingen keine MdE rentenberechtigenden Grades. Der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Die Beklagte hat die Gewährung von Verletztenrente mit Bescheid vom 12.12.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.03.2008 zu Recht abgelehnt.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls 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 oder geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII), das heißt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Dass diese Voraussetzungen bei dem Kläger nicht vorliegen, hat das Sozialgericht ausführlich begründet dargelegt. Der Senat schließt sich diesen Ausführungen unter Beachtung der oben dargelegten von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze nach eigener Überprüfung nach § 153 Abs. 2 SGG an.

Für die Zeit vom Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit ab 16.11.2004 bis zum Wiedereintritt der Arbeitsunfähigkeit am 03.12.2006 ergibt sich das für den Senat in Auswertung der aktenkundigen Befundberichte und Arztbriefe der den Kläger behandelnden Ärzte.

So hat Dr. G. in seiner Mitteilung D- oder H-Arzt vom 12.11.2004 und seinem Nachschaubericht vom 15.11.2004 nachvollziehbar ausgeführt, dass die MdE 10 v. H. beträgt. Da erst wieder eine Behandlung des Klägers bei Dr. L. am 08.12.2005 aktenkundig ist, findet die von PD Dr. Z. in seinem Gutachten vom 09.04.2010 ab 15.01.2005 angenommene MdE um 30 v. H. keine Rechtfertigung, zumal PD Dr. Z. in seiner Stellungnahme vom 06.05.2010 selbst ausgeführt hat, dass eine MdE-Beurteilung bis zum Wiedereintritt der Arbeitsunfähigkeit am 03.12.2006 nur eingeschränkt möglich sei. Die von PD Dr. Z. in seiner Stellungnahme vom 06.05.2011 für seine MdE-Beurteilung dargelegte Annahme, es habe eine Restinstabilität des Schultergelenks vorgelegen, überzeugt nicht. Zum Einen liegen mit Ausnahme des lediglich diskret positiven vorderen Aprehensionszeichens eine Schulterinstabilität beweisende Befunde nicht vor. Zum Anderen bemisst sich die Höhe der MdE bei Schulterverletzungen maßgeblich nicht nach Instabilitäten, sondern gemäß der unfallmedizinischen Fachliteratur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, Nr. 8.4.1.6 [S. 520] und Nr. 8.4.7 [S. 523]) nach den Bewegungseinschränkungen.

Auch rechtfertigen die von Dr. L. in seinem Befundbericht vom 02.02.2006 dargelegten Befunde keine MdE rentenberechtigenden Grades, zumal Dr. L. eine Behandlung der vom Kläger angegebenen Schulterbeschwerden nicht durchgeführt und über eine im Vordergrund stehende Schmerzhaftigkeit im Bereich der vom Arbeitsunfall nicht betroffenen Lendenwirbelsäule berichtet hat. Dasselbe gilt für die Stellungnahme von Dr. J.-Sch. vom 08.02.2006. Auch in dem Entlassungsbericht der F.-K. Bad B. vom 15.05.2006 ist als Funktionseinschränkung nur eine geringfügige Impingementsymptomatik beschrieben und letztlich der Verdacht auf eine nach Überzeugung des Senats nicht unfallbedingte Schmerzfehlerverarbeitung beziehungsweise Somatisierungsstörung geäußert worden. Im Übrigen sind in der Stellungnahme des Dr. Z. vom 07.06.2006 keine die Schulter betreffenden Befunde dokumentiert und ergibt sich aus der Stellungnahme des Rehabilitations-Beraters der Beklagten F. vom 05.07.2006, dass die Lendenwirbelsäulenbeschwerden des Klägers im Vordergrund gestanden haben. Auch lassen sich dem Befundbericht des Dr. St. vom 21.07.2006 mit einer Bewegungseinschränkung von 1/5 in allen Bewegungsrichtungen sowie den Arztbriefen der V.-K. Bad R. vom 27.07.2006 und 21.09.2006 mit einer aktiv und passiv freien Beweglichkeit keine Befunde entnehmen, die eine dauerhafte MdE um mindestens 20 v. H. bedingen.

Für die Zeit ab Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit am 08.09.2007 stützt sich der Senat im Wesentlichen auf die Gutachten des Dr. E. vom 16.11.2007 und des PD Dr. Z. vom 09.04.2010.

Dr. E. ist in seinem Gutachten vom 16.11.2007 zutreffend zu der Einschätzung gelangt, dass die vom Kläger angegebenen Ruheschmerzen und Schmerzen bei der Bewegungsprüfung nicht im Zusammenhang mit dem objektivierbaren Befund gestanden haben und daher eine depressive Komponente mit einer möglichen Somatisierungstendenz augenscheinlich gewesen ist. Er hat ferner unter Berücksichtigung der von ihm dargelegten Bewegungsmaße der linken Schulter für die Armhebung seitwärts von 110 Grad und vorwärts 130 Grad zu Recht ausgeführt, dass die MdE 15 v. H. seit 20.01.2007 betragen hat, da nach der unfallmedizinischen Fachliteratur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, Nr. 8.4.7 [S. 523]) eine MdE um 20 v. H. erst ab einem Bewegungsmaß bei der Armhebung vorwärts/seitwärts bis 90 Grad in Betracht kommt.

Auch PD Dr. Z. hat in seinem Gutachten vom 09.04.2010 dargelegt, dass die vom Kläger angegebenen diffusen Beschwerden im Bereich der linken Schulter nur eingeschränkt durch die stattgehabten unfallbedingten Gesundheitsstörungen zu erklären sind. Denn der Kläger hat bei dem Arbeitsunfall lediglich eine vordere Schulterluxation und eine entsprechende Verletzung der hinteren knöchernen Anteile des Oberarmkopfes in Form einer Hill-Sachs-Delle sowie des vorderen unteren Labrums erlitten. Durch die am 04.12.2006 erfolgte Arthroskopie ist das Labrum wieder an der ursprünglichen Stelle fixiert worden. Die Hill-Sachs-Delle führt zu keiner nennenswerten bleibenden Einschränkung. Mithin hat PD Dr. Z. zutreffend als Unfallfolgen nur eine Hill-Sachs-Delle und Unregelmäßigkeiten im Bereich des vorderen Labrums mit geringfügig eingeschränkter Schulterfunktion beschrieben. Er hat ferner überzeugend dargelegt, dass es unfallbedingt nicht zu einer Ruptur der Supraspinatussehne gekommen ist. Er hat weiter zu Recht darauf hingewiesen, dass sich die im Operationsbericht des PD Dr. P. unter der Diagnose genannte Supraspinatussehnen-Partialruptur so nicht im eigentlichen Text des Operationsberichts wieder finden lässt, da dort nur von einer geringgradigen Auffaserung der Infrapinatussehnenunterfläche im Sinne einer Partialruptur im Bereich des Muskulus infraspinatus auf Höhe der Hill-Sachs-Delle die Rede ist. Diese Einschätzung korrespondiert auch damit, dass sich bei den klinischen und röntgenologischen Untersuchungen durch PD Dr. Z. kein Hinweis auf eine klinisch bedeutsame Rotatorenmanschettenläsion oder Verletzung der langen Bizepssehne gezeigt hat. Im Übrigen hat es bereits bei der am 02.06.2006 durch den Radiologen Dr. E. durchgeführten magnetresonanztomographischen Untersuchung keinen Anhalt für eine vollständige Ruptur der Rotatorenmanschette gegeben, sondern ist eine ausgeprägte Degeneration, also nach Überzeugung des Senats eine unfallunabhängige Veränderung, der

Rotatorenmanschette ansatznah im Übergang der Supraspinatussehne zur Infraspinatussehne beschrieben worden. Auch der Erstbefund spricht gegen einen Zusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und der beim Kläger in der SportK. St. am 12.05.2009 arthroskopisch festgestellten ansatznahen Supraspinatussehnenläsion und am 05.10.2009 magnetresonanztomographisch festgestellten ansatznahen Auffaserung beziehungsweise Partialläsion der Supraspinatussehne. Denn im Durchgangsarztbericht vom 14.10.2004 wurde nicht die nach der unfallmedizinischen Fachliteratur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, Nr. 8.2.5.6 [S. 417 und 418]) für einen Kausalzusammenhang sprechende Pseudoparalyse beschrieben. Mithin ergibt sich aus dem Gutachten des PD Dr. Z., dass lediglich die endgradige Bewegungseinschränkung, nicht aber die starke bewegungsabhängige Schmerzhaftigkeit im gesamten Schultergelenk unfallbedingt ist. Eine MdE rentenberechtigenden Grades resultiert aus den von PD Dr. Z. dargelegten Bewegungsmaßen der linken Schulter für die Armhebung seitwärts von 110 Grad und vorwärts 170 Grad nach der oben bereits dargelegten unfallmedizinischen Fachliteratur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, Nr. 8.4.7 [S. 523]) nicht. Gegen eine nennenswerte Funktionsbeeinträchtigung spricht auch, dass bei einer über Jahre geschonten Schulter Anzeichen einer Muskelatrophie bestehen müssten, der Kläger aber nach den Feststellungen des PD Dr. Z. eine altersentsprechend kräftige Schultermuskulatur beidseits besitzt. Folglich muss der Kläger auch die linke Schulter trotz Schmerzen einsetzen.

Für die Zeit nach der Begutachtung durch PD Dr. Z. liegen ebenfalls keine Befunde vor, die eine rentenberechtigende MdE rechtfertigen. Auch hier gilt, dass aus dem Umstand, dass beim Kläger am 23.09.2010 in der K. für Schulterchirurgie Bad Neustadt arthroskopisch eine Bankart-Operation, eine SLAP-Refixation ("superior labrum anterior posterior"-Refixation), eine subacromiale Bridenlösung sowie ein Debridement erfolgt ist und eine Instabilitätsarthropathie auswärts mit Chondromalazie zweiten bis dritten Grades Humerus, eine Chondromalazie stellenweise vierten Grades anterior und randständig und zweiten Grades zentral, eine ALPSA-Läsion ("anterior labrum periosteal sleeve avulsion"-Läsion; eine verheilte Beschädigung an der Knorpellippe der Gelenkschale), Faden- und Ankerreste am vorderen Pfannenrand, eine SLAP-2-Läsion ("superior labrum anterior posterior"-2-Läsion; vollständig abgehobene obere Pfannenlippe) und subacromiale Briden diagnostiziert worden sind, nicht auf vorausgegangene unfallbedingte Bewegungseinschränkungen rentenberechtigenden Grades geschlossen werden kann. Sollten dieser Operation Instabilitäten vorausgegangen sein, was PD Dr. Z. in seiner Stellungnahme vom 06.05.2010 wohl annimmt, würden diese nach der oben bereits dargelegten unfallmedizinischen Fachliteratur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, Nr. 8.4.1.6 [S. 520] und Nr. 8.4.7 [S. 523]) für sich betrachtet keine MdE rechtfertigen.

Nach alledem waren die Berufungen zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidungen beruhen auf [§ 193 Abs. 1 SGG](#).

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-09-05