

L 6 U 932/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 8 U 1105/10
Datum
02.02.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 932/11
Datum
22.03.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts M. vom 2. Februar 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung weiterer Unfallfolgen.

Der 1970 geborene Kläger, der als Spezialbaufacharbeiter bei der Beklagten versichert ist, erlitt am Mittwoch, den 24.06.2009, einen Arbeitsunfall. Dabei kam ein von ihm mit weiteren Kollegen geschobener, 800 kg schwerer Kompressor zu schnell ins Rollen. Der Kläger stürzte und stemmte sich mit seinem linken Arm gegen den auf ihn zurollenden Kompressor. Anschließend arbeitete er weiter.

Der Kläger, bei dem keine Vorerkrankungen im Bereich der Schultern aktenkundig sind (Leistungsverzeichnis der AOK - Die Gesundheitskasse R.-N.-O. vom 10.09.2009), stellte sich erstmals am Montag, den 29.06.2009, beim Durchgangsarzt Dr. St. vor. Dabei zeigte sich die linke Schulter äußerlich unauffällig, allerdings klagte der Kläger über einen Druckschmerz über dem Supraspinatusansatz. Befundet wurde eine schmerzhafte Abduktion und Anteversion um 80 Grad sowie eine eingeschränkte Rotation um 2/3 (Durchgangsarztbericht vom 29.06.2009). Wegen der anhaltenden schmerzhaften Bewegungseinschränkung erfolgte am 07.07.2009 beim Radiologen Dr. A. eine Magnetresonanztomographie der linken Schulter. Dieser führte in Auswertung des Untersuchungsergebnisses aus, die Formation im ventralen Gelenkrezessus entspreche entweder einem abgerissenen glenohumeralen Band oder einem abgesicherten Anteil des Labrums. Möglich beziehungsweise sehr wahrscheinlich sei eine ventrale Instabilität. Eine Knorpel- oder knöcherne Verletzung habe sich nicht nachweisen lassen. Diagnostiziert wurde eine Zerrung. Differenzialdiagnostisch wurde eine Teiltraktur entlang der langen Bizepssehne intraartikulär und entlang der Sehnenplatte des Muskulus supraspinatus mit Flüssigkeitsnachweis intraartikulär und entlang der Bursa subacromialis subdeltoidea sowie eine Verletzung auch des Bizepsankers angegeben (Arztbrief vom 07.07.2009). Nach erneuter Vorstellung am 14.07.2009 führte Dr. St. aus, es bestehe eine Diskrepanz zwischen dem Unfallmechanismus und den magnetresonanztomographisch beschriebenen Verletzungsfolgen. Wesentliche Traumafolgen außer dem intraartikulärem Erguss ließen sich nicht sicher nachweisen. Der Kläger wurde ambulant mit Physiotherapie behandelt (Zwischenbericht vom 14.07.2009).

Daraufhin stellte sich der Kläger am 21.07.2009 in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. vor. Der dort tätige Oberarzt Dr. W. bewertete die magnetresonanztomographisch erfolgte Diagnostik dahingehend, dass kein Hinweis auf eine Läsion im Labrum, im Bereich des Bizepssehnenankers und der glenohumeralen Bänder vorliege. In der vorderen Gelenkkapsel bestehe ein intraartikulärer Erguss. Eine Bankartläsion sei nicht sicher nachzuweisen. Die Rotatorenmanschette sei durchgängig. Es zeigten sich leichte Signalveränderungen im Bereich der Supraspinatussehne im Sinne degenerativer Veränderungen und ein korrespondierender subacromialer Reizzustand ohne Unfallzusammenhang. Wesentliche Traumafolgen seien außer dem intraartikulären Erguss nicht sicher nachzuweisen (Krankheitsbericht vom 22.07.2009). Nachdem die Physiotherapie keinerlei Beschwerdeverbesserung erbracht hatte, hielt man in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. nach erneuter Vorstellung des Klägers am 04.08.2009 eine diagnostische Arthroskopie für erforderlich (Krankheitsbericht vom 10.08.2009). Diese erfolgte im Rahmen der vom 18.08.2009 bis zum 29.08.2009 durchgeführten stationären Maßnahme in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. am 19.08.2009. Die Arthroskopie erbrachte eine cranial intakte Bizepssehne bei regelrechtem Verlauf. Lediglich am Bizepssehnenanker fand sich proximal eine Auffaserung ohne Instabilität der Bizepssehne und darin regelrechter Anhaftung. Der Leiter der Sektion für Schulter- und Ellenbogenchirurgie Dr. St.-F. führte in Auswertung des Untersuchungsergebnisses aus, die periphere Durchblutung, Motorik und Sensomotorik seien allseits intakt. Intraoperativ habe sich eine Veränderung im Bereich des Bizepssehnenankers im Sinne einer Superior-labrum-anterior-nach-posterior-1-Läsion (SLAP-1-Läsion) gezeigt. Diese habe jedoch keinen

Zusammenhang zum Unfall. Eine intraartikuläre Pathologie, die dem Unfallgeschehen zuzuordnen sei, finde sich nicht. Das Heilverfahren sei mit dem Tag des Fadenzuges am 30.08.2009 abzuschließen. Sollte es zu einer Beschwerdepersistenz von Seiten der linken Schulter kommen, so müsse die Weiterbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen (Operationsbericht vom 19.08.2009, Befundbericht vom 03.09.2009). Weitere Behandlungen des Klägers mit KG-Verordnung erfolgten am 01.09.2009 und 22.09.2009 durch Dr. R. (Zwischenberichte vom 04.09.2009 und 25.09.2009). Der Kläger wurde ab 06.10.2009 wieder für arbeitsfähig erachtet.

Mit Bescheid vom 28.09.2009 stellte die Beklagte als Unfallfolgen eine Verdrehung der linken Schulter mit hierdurch bedingter Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit bis zum 30.08.2009 fest. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall und der Verletzung des Bizepssehnenankers links im Sinne einer SLAP-1-Läsion bestehe nicht. Sie lehnte die Gewährung von Sach- und Geldleistungen über den 30.08.2009 hinaus ab. Zur Begründung führte sie aus, die sich intraoperativ gezeigten Veränderungen seien unfallunabhängig, zumal sich auch keine intraartikuläre Pathologie gefunden habe, die dem Unfallgeschehen zuzuordnen sei. Die arthroskopisch erhobenen Befunde bestätigten zweifelsfrei, dass es sich bei der Verletzung des Bizepssehnenankers um eine vorbestehende Schädigung handle. Frische Traumafolgen hätten hierbei nicht festgestellt werden können. Außerdem sei der geschilderte Unfallhergang nicht geeignet, eine Verletzung des Bizepssehnenankers zu verursachen.

Hiergegen legte der Kläger am 23.11.2009 Widerspruch ein und machte einen Unfallzusammenhang der Verletzung des Bizepssehnencharakters geltend.

Im Rahmen der vom 25.02.2010 bis zum 03.03.2010 im Universitätsklinikum M. durchgeführten stationären Maßnahme am 26.02.2010 erfolgte eine arthroskopische partielle Synovektomie und Durchtrennung eines Bandes im Humeroglenoidalgelenk (Entlassbrief vom 03.03.2010, Bl. 8 SG-Akte).

Mit Widerspruchsbescheid vom 17.03.2010 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Nach dem Ergebnis der magnetresonanztomographischen Untersuchung seien wesentliche Traumafolgen nicht nachzuweisen. Bei der arthroskopisch nachgewiesenen SLAP-1-Läsion handle es sich um degenerative Veränderungen und nicht um Unfallfolgen. Ferner sei der geschilderte Unfallhergang nicht dazu geeignet gewesen, die festgestellten Verletzungen zu verursachen. Eine unfallbedingte Läsion des Labrums sei nach der einschlägigen Fachliteratur nur bei geeigneten Verletzungsmechanismen, wie beispielsweise einer ruckartigen Bewegung beim Armdrücken, einem direkten Schlag auf die Schulter, einer starken Zugverletzung oder einem Sturz auf den nach vorne gestreckten Arm, anzunehmen. Das Dagegenstemmen gegen den 800 kg wiegenden Kompressor sei hiermit nicht vergleichbar. Im Übrigen sei bereits magnetresonanztomographisch eine Degeneration des Labrums befundet worden. Aus der medizinischen Fachliteratur sei auch bekannt, dass solche Defekte im Bereich der Schulter schlechend auftreten könnten. Erst auf Grund der Behandlung der linken Schulter sei der Defekt in diesem Bereich erkannt worden und habe der Behandlung bedurft.

Hiergegen hat der Kläger am 24.03.2010 Klage beim Sozialgericht M. erhoben.

Das Sozialgericht hat von Amts wegen das Gutachten des Prof. Dr. L., Zentrum für Schulter- und Ellenbogenchirurgie, vom 08.07.2010 eingeholt. Der Sachverständige hat berichtet, der Kläger arbeite nach einem gescheiterten Wiedereingliederungsversuch vor der 2. Operation seit dem 11.05.2010 wieder. Als Gesundheitsstörungen hat er eine Narbenbildung, Bewegungsschmerzen, eine endgradige Bewegungseinschränkung und Kraftminderung im Bereich der Schulter und eine leichte kapsuläre Schultersteife aufgeführt. Diese Gesundheitsstörungen seien mit Wahrscheinlichkeit in wesentlicher Weise unfallbedingt. Der Kläger habe sich, als er im Reflex den 800 kg schweren Kompressor beim Stürzen nach vorn von sich abgehalten habe, eine schwere Zerrung der Schulter zugezogen. Nach dem kernspintomographischen Befund 6 Wochen nach dem Unfallereignis sei es dabei zu einer Schädigung im Bereich der oberen Gelenkklippe gekommen, wo die linke Bizepssehne am Oberrand der Schulterpfanne ihren Ursprung habe. Die Gelenkklippe werde als Labrum glenoidale bezeichnet und umfasse die Schulterpfanne als ein faserknorpeliger Ring. Im vorderen Bereich setzten Bänder an, die das Gelenk stabilisierten. Oben habe die lange Bizepssehne ihren Ursprung. Schäden der Gelenkklippe im vorderen Bereich träten im Rahmen von Schulterverrenkungen auf. Im oberen Bereich würden diese Schäden als SLAP-Läsionen bezeichnet. Komme es hingegen nur zu einem vollständigen Abreißen des Bizepssehnenankers mit der Gelenkklippe komme, spreche man von einer SLAP-2-Läsion. Komme es hingegen nur zu einem Einriss in der Gelenkklippe, ohne dass die Bizepssehne vollständig abgelöst sei, handle es sich um eine SLAP-1-Läsion. Während eine SLAP-2-Läsion selten spontan heile, könne dies bei einer SLAP-1-Läsion vorkommen. Im Rahmen der Kernspintomographie hätten der Gelenkerguss und die Spaltbildung unter der Gelenkklippe eindeutig auf eine Verletzung des Labrum glenoidale hingewiesen. Dies werde auch ausdrücklich in dem schriftlichen Befund des Radiologen Dr. A. so beschrieben. Dieser hat nämlich ausgeführt, die Formation im ventralen Gelenkrezessus entspreche entweder einem abgerissenen glenohumeralen Band oder einem abgescherten Anteil des Labrums. Der Verletzungsmechanismus, der zu einer Läsion des Labrum glenoidale im oberen Bereich führen könne, entspreche einer indirekten Gewalteinwirkung mit forcierter Außenrotationsbewegung des Armes bei angespanntem Bizeps. Dies sei nach der Hergangsschilderung des Klägers als sehr wahrscheinlich anzunehmen. Ein weiterer möglicher Verletzungsmechanismus bestehe bei einem Sturz auf den zur Seite ausgestreckten Arm, was nach der Hergangsschilderung nicht ausgeschlossen werden könne. Das klinische Beschwerdebild nach einer SLAP-Läsion sei in der Regel uncharakteristisch. Es bestünden Schmerzen vor allem bei Rotation und bei Anspannung des Bizepsmuskels, wohingegen ein dramatischer Funktionsverlust der Schulter trete nicht ein. Deswegen sei nachvollziehbar, dass der Kläger erst vier Tage nach dem Ereignis ärztliche Hilfe in Anspruch genommen habe. Der im Durchgangsarztbericht geschilderte Befund sei wenig detailliert und relativ uncharakteristisch. Nach den Befundkontrollen in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. habe sich in der Folgezeit eine kapsuläre Schultersteife entwickelt war, bei der erlittenen Verletzung relativ häufig der Fall sei. Nach der ersten Arthroskopie sei im Bereich des Bizepssehnenankers eine Auffaserung der Gelenkklippe beschrieben worden, die der Operateur als lediglich degenerative und unfallunabhängige Veränderung beschrieben habe. Es sei allerdings nicht nachvollziehbar, wie diese Interpretation begründet worden sei. Im weiteren Verlauf sei es dann, möglicherweise verstärkt durch den Effekt der Schulterspiegelung, bei der eine sogenannte Thermokoagulation am Bizepssehnenanker durchgeführt worden sei, zu einer zunehmenden Schultersteife gekommen. In Folge der im Universitätsklinikum M. durchgeführten Durchtrennung der vorderen Kapsel und des vorderen oberen Gelenkbandes sei es unmittelbar zu einer deutlichen Besserung der Beschwerdesymptomatik gekommen. Aktuell bestünden noch endgradige Bewegungseinschränkungen. Mit einer weitgehenden Rückbildung der Funktionseinschränkung sei zu rechnen. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) sei nicht verbindlich zu staffeln. Es sei anzunehmen, dass nach der Verletzung unmittelbar bis zum Eingriff in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. eine MdE um 30 vom Hundert (v. H.) vorgelegen habe. Anschließend sei es zu einer Verschlimmerung der Beschwerden gekommen, so dass die MdE zum Zeitpunkt des Untersuchungsbefundes im Universitätsklinikum M. mit 40 v. H. einzuschätzen sei. Derzeit

betrage die MdE 10 v. H. Die tatsächliche Arbeitsunfähigkeit vom Zeitpunkt des Sturzes bis zum 11.05.2010 sei als Unfallfolge anzusehen. Alle durchgeführten Behandlungsmaßnahmen seien vollumfänglich durch den Unfall erforderlich gewesen.

Hierzu hat der Orthopäde Dr. T. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 17.09.2010 ausgeführt, Prof. Dr. L. sei davon ausgegangen, dass es bei dem Unfall zu einer verstärkten Außenrotationsbewegung des Armes bei angespanntem Bizeps gekommen sei. Wenn man sich aber, so wie vom Kläger beschrieben, zum Schutz vor einer schweren Last gegen diese stemme, sei davon auszugehen, dass dies nach vorne geschehe. Deswegen sei eine abrupte Außenrotation des Armes bei angespanntem Bizeps bei diesem Geschehensablauf nicht nachvollziehbar. Selbst wenn dieser Mechanismus zuträfe, gebe es bisher keine wissenschaftlich gesicherten Kenntnisse darüber, dass ein solcher Vorgang schädigungsrelevant sei. Unstreitig sei schädigungsrelevant sei ein sogenannter Traktionsmechanismus durch eine Zugbelastung am ausgestreckten Arm mit Verschiebung des Oberarmkopfes nach unten, was vorliegend zweifelsohne nicht der Fall gewesen sei. Außerdem lasse sich nach der durch ihn selbst vorgenommenen Auswertung des magnetresonanztomographischen Bildmaterials nicht sicher nachweisen, dass tatsächlich eine Labrumverletzung vorgelegen habe. Nach ihrer Signalintensität sei die abgebildete Flüssigkeit eher als Reizflüssigkeit oder als ein seröser Erguss zu interpretieren, was sich aber mit einer frischen Verletzung kaum vereinbaren lasse. Zeichen einer knöchernen Verletzung hätten sich ebenso wenig wie eine Blutung feststellen lassen. Aus dem Operationsbericht lasse sich nur die Beschreibung von Auffaserungen am Bizepssehnenanker, jedoch kein relevanter Defekt finden. Eine Ablösung des Labrum glenoidale an irgendeiner Stelle sei nicht festgestellt worden. Der Einschätzung des Prof. Dr. L., diese Auffaserungen seien verletzungsbedingt, könne daher nicht gefolgt werden. Denn die vorgefundenen Strukturveränderungen in Form der Auffaserungen seien eher charakteristisch für degenerative Veränderungen, so dass sich der Befund einer degenerativ bedingten SLAP-1-Läsion zuordnen lasse. Auch bei einem 40-jährigen Mann könne das problemlos altersbedingt sein. Es sei auch nicht hinreichend pathoanatomisch erklärbar, dass eine einmalige Kraftanstrengung ohne nachweisbare strukturelle Verletzung zu einer chronischen entzündlichen Reaktion führen könne. Man müsse eher davon ausgehen, dass eine wahrscheinlich schon vorbestehende Reizung im Bereich der Sehnen Scheide der langen Bizepssehne nunmehr anlässlich, aber nicht ursächlich, des angeschuldigten Ereignisses symptomatisch geworden sei.

Daraufhin hat Prof. Dr. L. in seiner gutachtlichen Stellungnahme vom 02.11.2010 ausgeführt, zwar seien die traumatomechanischen Kenntnisse über die Entstehung und den Verlauf der SLAP-Läsionen gering und es gebe auch keine traumatomechanisch bewiesenen Ereignisabläufe. Allerdings sei auch der von Dr. T. angegebene Traktionsmechanismus biomechanisch bisher nicht bewiesen. Vorliegend handle es sich um ein sehr komplexes Geschehen, das traumatomechanisch nicht mit der für eine verbindliche Kausalitätsbeurteilung erforderlichen Genauigkeit rekonstruiert werden könne. Nach der Befragung des Klägers sei jedoch sowohl ein Sturz auf den seitlich ausgestreckten Arm oder Ellenbogen als auch die in seinem Gutachten angeführte forcierte Abduktionsaußenrotationsbewegung als geeigneter Mechanismus anzunehmen. Entgegen der Einschätzung des Dr. T. sei nochmals darauf hinzuweisen, dass der die magnetresonanztomographische Untersuchung durchführende Radiologe Dr. A. in seinem schriftlichen Befund eine Verletzung auch des Bizepssehnenankers festgestellt habe. Dies entspreche einer SLAP-Läsion. Ebenso wie Dr. T. sei er als Orthopäde und Unfallchirurg nicht kompetent, eine verbindliche Beurteilung des kernspintomographischen Befundes abzugeben. Im Zweifelsfall sei anheim zu stellen, ein zusätzliches fachradiologisches Gutachten einzuholen. Ferner sei in dem Operationsbericht eine Überprüfung der Stabilität des Bizepssehnenankers mit einem Tasthäckchen nicht dokumentiert. Insofern sei eine Unterscheidung zwischen einer SLAP-1-Läsion, die in der Regel degenerativ verursacht sei und einer SLAP-2-Läsion, die in der Regel traumatischer Genese sei, nicht möglich.

Dr. T., der eigener Angabe zufolge über eine Zusatzausbildung zur Magnetresonanztomographie in der Orthopädie verfügt, ist in seiner ergänzenden beratungsärztlichen Stellungnahme vom 25.11.2010 bei seiner Einschätzung geblieben, dass ein Ablauf, der zu einem unfallbedingten Ausriss am Bizepssehnenanker führe, vorliegend nicht beschrieben worden sei. Die von Prof. Dr. L. angestellten Mutmaßungen zum Geschehensablauf könnten grundsätzlich nicht zur Grundlage einer Kausalitätsbeurteilung gemacht werden, so dass biomechanisch nicht geklärt werden könne, was konkret an Kräfteinwirkungen auf die infrage stehende Struktur eingewirkt habe. Da Prof. Dr. L. nun eingeräumt habe, dass anhand des Operationsberichtes nicht zwischen einer SLAP-1-Läsion und einer SLAP-2-Läsion unterschieden werden könne, sei nicht einmal gesichert, ob es sich hierbei um einen Schaden handle, der gegebenenfalls auf eine traumatische Ursache zurückgeführt werden könne. Das Schadensbild müsse aber im Vollbeweis gesichert sein.

Mit Urteil vom 02.02.2011 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Es hat zur Begründung ausgeführt, nach den übereinstimmenden Beurteilungen des Prof. Dr. L. und des Dr. T. könne nicht mit dem Maßstab des Vollbeweises davon ausgegangen werden, dass beim Kläger eine SLAP-1-Läsion vorliege. Da eine Überprüfung der Stabilität des Bizepssehnenankers mit einem Tasthäckchen nicht dokumentiert sei, könne eine Unterscheidung zwischen einer SLAP-1-Läsion als einer in der Regel degenerativen Erkrankung und einer SLAP-2-Läsion mit einer in der Regel traumatischen Genese nicht vorgenommen werden.

Gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 08.02.2011 zugestellte Urteil des Sozialgerichts hat der Kläger am 04.03.2011 Berufung eingelegt. Er hat zur Begründung ausgeführt, die Beurteilung des magnetresonanztomographischen Befundes habe zweifelsfrei ergeben, dass eine Verletzung auch des Bizepssehnenankers und damit nach den Ausführungen des Prof. Dr. L. eine SLAP-Läsion vorliege. Auch wenn nicht mehr zweifelsfrei festgestellt werden könne, ob es sich dabei um eine SLAP-1-Läsion oder um eine SLAP-2-Läsion handle, ändere dies nichts daran, dass bei ihm eine Verletzung der linken Schulter vorliege. Dass und warum diese Schulterverletzung unfallbedingt sei, habe Prof. Dr. L. nachvollziehbar und überzeugend begründet. Unabhängig hiervon habe Prof. Dr. L. darauf hingewiesen, dass er auch vollständig unabhängig vom Vorhandensein unfallbedingter Läsionen im Anschluss an eine Gewalteinwirkung eine kapsuläre Schultersteife entwickelt habe.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts M. vom 2. Februar 2011 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 28. Oktober 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. März 2010 abzuändern und als weitere Unfallfolge eine SLAP-Läsion der linken Schulter sowie eine kapsuläre Schultersteife festzustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Eine SLAP-1-Läsion sei degenerativer Genese und beim Kläger nicht nachgewiesen. Eine unfallbedingte SLAP-2-Läsion setze das vollständige Ablösen oder Abreißen des Beizipssehnenankers mit der Gelenkklippe voraus. Dies habe beim Kläger weder durch den magnetresonanztomographischen noch durch den arthroskopischen Befund gesichert werden können. Auch sei man in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. von einer nicht-traumatischen Genese ausgegangen. Außerdem sei Dr. St. von einer Diskrepanz zwischen dem Unfallmechanismus und den magnetresonanztomographisch beschriebenen Verletzungsfolgen ausgegangen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akten erster und zweiter Instanz sowie die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

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

Der Senat konnte vorliegend ohne weitere Sachaufklärung entscheiden. Insbesondere bedarf es des von Prof. Dr. L. angeregten zusätzlichen fachradiologischen Zusatzgutachtens nicht. Denn dem Senat liegen die radiologischen Auswertungen der Magnetresonanztomographie von Dr. St.-F. vor, die im Wesentlichen den Beschreibungen des Beratungsarztes Dr. T. entsprechen. Das ist für die Feststellung der Unfallfolgen ausreichend (dazu siehe unten).

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung einer SLAP-Läsion der linken Schulter sowie einer kapsulären Schultersteife als Folgen des Arbeitsunfalls vom 24.06.2009.

Rechtsgrundlagen hierfür sind §§ 7 und 8 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII). Danach sind Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung 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 (BSG, Urteil vom 09.05.2006 - B 2 U 1/05 R - SozR 4-2700 § 8 Nr. 7) 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 Feststellung von Unfallfolgen, dass längerandauernde Gesundheitsstörungen aufgrund des Gesundheitserstschadens entstanden sind (haftungsausfüllende Kausalität).

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 der oben dargelegten Grundsätze hat der Kläger keinen Anspruch auf Feststellung einer SLAP-Läsion der linken Schulter sowie einer kapsulären Schultersteife als Folgen des Arbeitsunfalls vom 24.06.2009. Denn es lässt sich über die von der Beklagten festgestellte Unfallfolge in Form einer Verdrehung der linken Schulter hinaus kein Gesundheitsschaden feststellen, der wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen wäre.

Gegen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und der geltend gemachten SLAP-Läsion mit nachfolgender Schultersteife spricht, dass eine SLAP-1-Läsion beim Kläger nicht nachgewiesen ist. Das Sozialgericht hat in diesem Zusammenhang zu Recht darauf hingewiesen, dass angesichts der nicht dokumentierten Überprüfung der Stabilität des Bizepssehnenankers mit einem Tasthäkchen auch eine Unterscheidung zwischen einer SLAP-1-Läsion als einer in der Regel degenerativen Erkrankung und einer SLAP-2-Läsion mit einer in der Regel traumatischen Genese nicht vorgenommen werden kann. Erst recht ergeben sich keine gesicherten Hinweise auf eine unfallbedingte SLAP-2-Läsion.

Maßgeblich gegen einen Unfallzusammenhang spricht der von Dr. A. erhobene magnetresonanztomographische Befund. So hat sich Dr. A. in Auswertung des Untersuchungsergebnisses nicht auf einen Abriss des glenohumeralen Bandes festgelegt, sondern nur eine bloße Abscherung des Anteils des Labrums für möglich gehalten. Da auch weder eine Knorpelverletzung noch eine knöcherne Verletzung nachgewiesen werden können, hat er folgerichtig lediglich eine Zerrung diagnostiziert und nur differenzialdiagnostisch - also gerade nicht gesichert - eine Teilruptur entlang der langen Bizepssehne intraartikulär und entlang der Sehnenplatte des Muskulus supraspinatus mit Flüssigkeitsnachweis intraartikulär und entlang der Bursa subacromialis subdeltoidea sowie eine Verletzung des Bizepsankers angegeben. Diese von Dr. A. beschriebene differenzialdiagnostische Möglichkeit ist im weiteren Verlauf bereits von Dr. W. von der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. in nochmaliger Auswertung des von Dr. A. gefertigten Bildmaterials nicht bestätigt worden. Er hat vielmehr keinen Hinweis auf eine Läsion im Labrum sowie im Bereich des Bizepssehnenankers und der glenohumeralen Bänder gefunden. Als wesentliche Traumafolge ist seines Erachtens nur der intraartikuläre Erguss in der vorderen Gelenkkapsel gegeben. Den sicheren Nachweis einer Bankartläsion hat er verneint, eine durchgängige Rotatorenmanschette beschrieben sowie die leichten Signalveränderungen im Bereich der Supraspinatussehne als degenerative Veränderungen gewertet. Somit ist es aus Sicht des Senats zu der schlüssigen Bewertung gekommen, dass außer dem intraartikulären Erguss wesentliche Traumafolgen nicht sicher nachzuweisen sind.

Diese Einschätzung wird auch durch die zweimalige Arthroskopie der Schulter bestätigt. So hat Dr. St.-F. am 19.08.2009 Auffälligkeiten im Bereich des Ligamentum glenohumerale medius gerade nicht feststellen können. Lediglich proximal hat sich eine Auffaserung am Bizepssehnencharakter gezeigt bei regelrechtem Verlauf der Bizepssehne und intakter Rotatorenmanschette. Die am 26.02.2010 durchgeführte arthroskopische partielle Synovektomie hat ebenfalls eine nichttraumatische proximale Bizepssehnenruptur ergeben, die wiederum als degenerative SLAP-1-Läsion interpretiert worden ist.

Eine andere Bewertung ergibt sich auch nicht aus dem Gutachten des Prof. Dr. L. ... Denn dieser hat in seiner Beschreibung des von Dr. A. gefertigten Bildmaterials neben einer diskreten Ergussbildung im Schultergelenk beziehungsweise einer Flüssigkeitsvermehrung im oberen Bereich der vorderen Gelenkklappe nur eine Durchsetzung der Obergrätensehne ohne Kontinuitätsunterbrechung und nur eine fragliche Spaltbildung unter der Gelenkklappe im Ansatzbereich der langen Bizepssehne angegeben.

Dieser Befund rechtfertigt nicht die Annahme einer unfallbedingten SLAP-2-Läsion im Sinne eines kompletten Abrisses des Bizepssehnenankers. Daher ist der Sachverständige in seiner zusammenfassenden Beurteilung auch nur von einer Schädigung im Bereich der oberen Gelenkklappe beziehungsweise einer Verletzung des Labrum glenoidale ausgegangen und hat sich damit nicht auf eine SLAP-2-Läsion festgelegt.

Zutreffend hat auch Dr. T. dem Bildmaterial keinen Nachweis für eine Labrumverletzung entnommen. Er hat vielmehr die abgebildete Flüssigkeit als Reizflüssigkeit oder serösen Erguss interpretiert, der sich aber mit einer frischen Verletzung kaum vereinbaren lässt. Zeichen einer knöchernen Verletzung hat er ebenso wenig wie eine Blutung festgestellt. Damit übereinstimmend ist die Bewertung von Dr. St.-F., der in Auswertung des Untersuchungsergebnisses bei allseits intakter peripherer Durchblutung, Motorik und Sensomotorik eine Veränderung im Bereich des Bizepssehnenankers im Sinne einer SLAP-1-Läsion beschrieben hat. Zutreffend hat er deswegen keinen Unfallzusammenhang gesehen, zumal keine intraartikuläre Pathologie, die dem Unfallgeschehen zuzuordnen wäre, gefunden worden ist. In diesem Zusammenhang hat auch Dr. T. dargelegt, dass sich dem Operationsbericht nur die Beschreibung von Auffaserungen am Bizepssehnenanker, jedoch kein relevanter Defekt, entnehmen lässt. Insbesondere ist - was aber wesentlich für die Beurteilung einer

SLAP-1-Läsion ist - eine Ablösung des Labrum glenoidale an irgendeiner Stelle nicht festgestellt worden. Insoweit musste auch Prof. Dr. L. einräumen, dass sich dem Operationsbericht in Ermangelung der Dokumentation einer Überprüfung der Stabilität des Bizepssehnenankers mit einem Tasthäkchen eine Unterscheidung in eine degenerative SLAP-1-Läsion und eine unfallbedingte SLAP-2-Läsion nicht entnehmen lässt. Mithin ergeben sich aus Sicht des Senats aus den bildgebenden Untersuchungen allenfalls Hinweise auf eine SLAP-1-Läsion und erst recht keine gesicherten Hinweise auf eine SLAP-2-Läsion.

Dass eine SLAP-1-Läsion, so sie denn gesichert wäre, und damit auch die hiermit in zeitlichem Zusammenhang stehende kapsuläre Schultersteife nicht wesentlich ursächlich auf den Unfall zurückzuführen ist, ergibt sich aus den insoweit übereinstimmenden Ausführungen des Prof. Dr. L. und Dr. T ... Beide haben dargelegt, dass eine SLAP-1-Läsion in der Regel degenerativ verursacht wird.

Unter Berücksichtigung all dessen überzeugen die Kausalitätserwägungen des Prof. Dr. L. nicht. Dieser hat sich im Wesentlichen auf die von ihm angenommene Geeignetheit des Unfallhergangs für eine Läsion des Labrums glenoidale im oberen Bereich gestützt, ohne dabei genügend beachtet zu haben, dass der auf einen Unfall zurückzuführende Gesundheitsschaden im Vollbeweis gesichert sein muss. Darauf, dass ein solcher Nachweis nicht vorliegt, hat Dr. T. überzeugend hingewiesen.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-03-28