

L 9 U 1555/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 3 U 1680/12
Datum
14.03.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 U 1555/13
Datum
23.12.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 14. März 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Streitig ist zwischen den Beteiligten die Gewährung einer Verletztenrente.

Der 1954 geborene Kläger befand sich am 06.01.2011 auf dem Weg zur D.-Klinik Bad K., in der er eine vom Rentenversicherungsträger bewilligte stationäre Rehabilitationsmaßnahme antreten wollte. Beim Umsteigen am Bahnhof Sch. gegen 10:30 Uhr rutschte der Kläger auf Glatteis bzw. Schnee aus und stürzte auf die rechte Schulter. Danach setzte er seine Reise vor. Nach Ankunft in der Rehabilitationsklinik wurde er von der dortigen Ärztin in das St. E. Krankenhaus in Bad K. geschickt. Der Durchgangsarzt Dr. J. diagnostizierte beim Kläger gegen 16:00 Uhr eine Schulterprellung rechts und äußerte den Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenläsion rechts. Er erhob an der rechten Schulter des Klägers folgenden Befund: "Keine Schwellung, kein Hämatom, Druckschmerz proximaler Humerus, Abduktion 0 - 90° aktiv nicht möglich, Abduktion größer 90° möglich, auch aktives Armhalten, Außenrotation aktiv und passiv nicht möglich, Innenrotation gegen Widerstand gut möglich, periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität intakt". Das Röntgen der rechten Schulter in 2 Ebenen ergab keine sicheren Hinweise auf eine frische knöcherne Verletzung (vgl. DA-Bericht vom 06.01.2011). Eine am 19.01.2011 durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRT) der rechten Schulter ergab eine aktivierte AC-Gelenksarthrose, einen relativen Humeruskopfhochstand mit bRe. Sehnenlücke der Rotatorenmanschette mit Zeichen der Komplettruptur der Supraspinatussehne und der Infraspinatussehne sowie eine Synovitis und einen Gelenkserguss.

Die Beklagte holte eine Auskunft bei der T. Krankenkasse vom 28.02.2011 ein (Mitgliedschaft vom 01.04.1981 bis 12.04.1997 und ab 16.04.2002; keine Erkrankungen im Bereich der Schultern und sämtlicher Sehnen) und übersandte dem Kläger einen Fragebogen. Dabei gab der Kläger unter dem 13.02.2011 an, er habe versucht, sich bei dem Sturz mit der Hand abzufangen. Seine Arm sei nach hinten und zur Seite gestreckt gewesen. Die Schmerzen seien sofort aufgetreten. Äußere Verletzungen (Bluterguss, Schwellung, Schürfwunde und Verfärbungen) hätten vorgelegen. Dr. R., Chefarzt der Orthopädischen Klinik M., gab unter dem 17.03.2011 an, beim Kläger sei am 24.02.2011 eine Massentraktur der Rotatorenmanschette rechts (alte SSP-Ruptur) sowie eine frische ISP-Sehnenruptur rechts diagnostiziert worden. Der Kläger sei mit Krankengymnastik und Elektrotherapie behandelt worden. Der für den 04.03.2011 geplante Operationstermin sei abgesagt worden. Bei Progredienz oder Persistenz der Beschwerden sei eine Wiedervorstellung des Klägers geplant.

Der Kläger wurde vom 09.05. bis 12.05.2011 in der Orthopädischen Klinik M. stationär behandelt, wo am 09.05.2011 eine operative Behandlung der rechten Schulter erfolgte. Ausweislich des Operationsberichts zeigten sich folgende Befunde (nach partieller Synovektomie): Rotatorenmanschette: SSC diskrete Oberrandläsion. Im Verlauf ist die SSC-Sehne jedoch intakt. SSP komplette Ruptur mit Retraktion bis an das Glenoid. ISP komplette Ruptur mit deutlicher Retraktion. Lange Bizepssehne: Am Übergang in den Sulcus bicipitali zeigt sich eine Partialruptur. Insgesamt ist die Sehne deutlich abgeplattet, so dass die Indikation zur LBS-Tenodese besteht. Hierzu wird die Bizepssehne zunächst arthroskopisch tenotomiert.

Die Beklagte holte eine beratungsärztliche Stellungnahme bei dem Radiologen K. ein. Dieser führte unter dem 17.09.2011 aus, die Bilder über die MRT des rechten Schultergelenks vom 19.01.2011 zeigten eine alte komplette Ruptur der Supraspinatussehne mit weitgehend

arthro-phierten Muskeln. Die Subscapularissehne sei alt teiltrupiert mit bereits deutlich nachweisbarer Atrophie des Muskels. In der Umgebung der Infraspinatussehne und im M. teres minor seien frische Hämatome abgrenzbar. Die ISP-Sehne sei höhergradig teiltrupiert. Die Hämatome zeigten zwar ein frisches Geschehen im M. teres minor. Die deutliche Atrophie des M. infraspinatus zeige jedoch, dass auch die Teilruptur der ISP-Portion der Rotatorenmanschette im Wesentlichen alt sei und unfallunabhängig bestanden habe. Die lange Bizepssehne sei intakt. Es bestehe eine ausgeprägte acromiale Enge bei AC-Arthrose. Zusammenfassend liege im Wesentlichen eine alte Rotatorenmanschettenruptur vor. Das aktuelle Unfallgeschehen habe zu Hämatomen insbesondere im M. teres minor geführt; die Sehne des M. teres minor sei jedoch nicht rupturiert.

Nach einer Vorstellung des Klägers in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. (Bericht vom 04.11.2011) wurde der Kläger dort vom 15.11. bis 21.11.2011 (Bericht vom 22.11.2011) und vom 23.11. bis 02.12.2011 (Berichte vom 02.12. und 05.12.2011) stationär behandelt. Arbeitsunfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wurde ab 07.12.2011 angenommen. Wegen fortbestehender Schmerzen bescheinigte der Orthopäde und Unfallchirurg Dr. Re. jedoch weiterhin Arbeitsunfähigkeit.

Die Beklagte beauftragte Dr. R., Chefarzt der Orthopädischen Klinik M., mit der Erstattung eines Gutachtens. In dem zusammen mit dem Arzt He. erstatteten Gutachten vom 09.01.2012 diagnostizierte Dr. R. reizlose Narben im rechten Schultergelenksbereich nach diagnostischer Arthroskopie des Glenohumeralgelenks rechts mit partieller Syno-vektomie, arthroskopischer Tenotomie der langen Bizepssehne sowie anschließender offener Tenodese der langen Bizepssehne, partieller Bursektomie rechts und Mini-open-Repair der Rotatorenmanschette rechts vom 09.05.2011, erhebliche Bewegungseinschränkungen für Abduktion, Flexion sowie Außenrotation im Bereich der rechten Schulter und fehlende Kraft bei Arbeiten über der Horizontalen. Das Unfallereignis sei nicht als rechtlich wesentliche Ursache für die Supraspinatussehnenruptur anzusehen, allenfalls sei es zu einer Verschlimmerung einer bereits vor dem Unfall bestehenden klinisch stummen Schadensanlage gekommen. Für die Infra-spinatussehnenruptur sei ebenfalls eher von einer Verschlimmerung des vorbestehenden Schadens auszugehen. Als Vorerkrankungen hätten eine vorbestehende Supraspinatussehnenruptur und wohl auch eine vorbestehende Infraspinatussehneteiltrupur bestanden. In der zeitnah zum Unfall durchgeführten MRT-Untersuchung habe bereits eine deutliche Retraktion der Supraspinatussehne Typ III nach Patte mit fettiger Degeneration sowie eine Atrophie bestanden, weswegen von einer länger vorbestehenden Ruptur auszugehen sei. Unfallbedingte Gesundheitsstörungen führten zu keiner Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE).

Nach Einholung einer beratungsärztlichen Stellungnahme bei Dr. F. vom 01.03.2012 teilte die Beklagte dem Kläger mit Bescheid vom 14.03.2012 mit, ein Anspruch auf Rente wegen seines Versicherungsfalls vom 06.01.2011 bestehe nicht. Unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit werde bis zum 26.01.2011 anerkannt. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe nicht vorgelegen. Als Folge des Versicherungsfalls werde eine ohne wesentliche Folgen abgeheilte Prellung der rechten Schulter anerkannt. Nicht als Folgen dieses Versicherungsfalls würden ein Rotatorenmanschettenriss rechts infolge verschleißbedingter Veränderungen im Bereich der Supraspinatussehne sowie der Infraspinatussehne, ein Teilriss der langen Bizepssehne, eine Schultergelenksarthrose, eine Entzündung der inneren Schicht der Gelenkscapsel sowie mangelnde Knochenfusion an der Schulterhöhe anerkannt.

Den Widerspruch des Klägers vom 20.03.2012, mit dem er die Anerkennung des Rotatoren-manschettenrisses als Unfallfolge, die Weiterbehandlung zu Lasten der Beklagten und die Gewährung von Rente begehrte, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 26.04.2012 zurück. Zur Begründung führte sie u.a. aus, entgegen der Annahme im Gutachten vom 09.01.2012 sei schon kein geeigneter Sturmmechanismus gegeben. So werde im DA-Bericht vom 06.01.2011 ein Sturz auf die rechte Schulter beschrieben. Der Kläger selbst habe im Fragebogen angegeben, er habe versucht, sich mit der Hand abzufangen und sei direkt auf die Schulter gestürzt. Demzufolge sei von einem direkten Sturz auf die rechte Schulter auszugehen. Die Auswertung der medizinischen Unterlagen, insbesondere der auf CD dokumentierten MRT-Untersuchung vom 19.01.2011, spreche im Zusammenhang mit den Erstangaben zum Unfallhergang gegen eine rechtlich wesentliche Teilursache des Unfallereignisses für die Rotatorenmanschettenverletzung rechts. Eine Schulterprellung führe erfahrungsgemäß zu einer Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit von drei bis vier Wochen. Dementsprechend habe sie im Bescheid vom 14.03.2012 eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit vom 06.01.2012 bis 26.01.2012 (gemeint: 06.01.2011 bis 26.01.2011) festgestellt. Für diese Zeit habe – entgegen der Feststellung im Ausgangsbescheid – Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Der Anspruch auf Verletzungsgeld ruhe jedoch, da infolge des Einweisungsleidens in die Reha-Klinik Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe und von einem anderen Leistungsträger Lohnersatzleistungen erbracht worden seien. Eine folgenlos verheilte Schulterprellung verursache keine MdE in rentenberechtigendem Grade. Ein Rentenanspruch sei daher nicht gegeben.

Hiergegen hat der Kläger – entsprechend der Rechtsbehelfsbelehrung – zunächst am 13.05.2012 Klage beim Sozialgericht Ulm erhoben. Nach Hinweis des Gerichts auf die Unzuständigkeit hat der Kläger am 20.05.2012 Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben und die Klage vor dem Sozialgericht Ulm für erledigt erklärt. Zur Begründung seiner Klage hat er ausgeführt, die Beklagte gehe zu Unrecht davon aus, dass er unmittelbar (direkt) auf die rechte Schulter gestürzt sei. Richtig müsse es heißen, nach dem Versuch des Abfangens mit der Hand sei er auf die Schulter gestürzt. Sowohl dem Durchgangsarzt als auch in der Orthopädischen Klinik M. habe er angegeben, dass er versucht habe, sich mit der rechten Hand abzufangen. Dabei sei er auf den abgespreizten, ausgestreckten und nach innen rotierten rechten Arm aufgeprallt und habe einen plötzlich einschießenden stechenden Schmerz verspürt. Danach sei er eingeknickt und auf die rechte Schulter gefallen. Die Tatsache, dass dabei die Bizepssehne gerissen sei, schließe einen direkten Sturz auf die Schulter aus und spreche für eine direkte traumatisch bedingte Rotatorenmanschettenverletzung. Damit liege eindeutig ein Verletzungsmechanismus im Sinne einer wesentlichen Teilursache bei bestehender Degeneration vor. Vor dem Unfallereignis habe er weder Beschwerden an der rechten Schulter gehabt noch seien Behandlungen erfolgt, wie die T. Krankenkasse mitgeteilt habe.

Das SG hat die behandelnden Ärzte des Klägers, den Internisten Dr. B., den Orthopäden und Unfallchirurgen Dr. Re., den Orthopäden Dr. N. und Dr. Je. von der Orthopädischen Klinik M. (Auskünfte vom 04.07., 16.07. und 19.07.2012) schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Dabei hat Dr. N. angegeben, er habe den Kläger erstmals am 02.11.2004 wegen Beschwerden in der rechten Schulter behandelt. Es habe sich dabei um einen Zustand nach einer Prellung der rechten Schulter (Sturz während eines Fußballspiels auf die rechte Schulter) gehandelt. Die Rotatorenmanschette sei intakt gewesen. Der Neer Test sei nicht eindeutig und die isometrische Abduktion sei leicht schmerzhaft gewesen. Am 04.11.2011 (gemeint wohl: 04.11.2004) sei eine Röntgenuntersuchung erfolgt, die eine Verkalkung der Bursa subacromialis (Diagnose: Bursitis calcarea) ergeben habe. Es sei eine subacromiale Infiltration erfolgt sowie Voltaren verschrieben worden. Am 02.04.2005 habe der Kläger über wieder aufgetretene Schmerzen im Bereich der rechten Schulter seit März 2005 geklagt. Danach seien Behandlungen erst wieder seit dem 31.01.2011 erfolgt.

Das SG hat Professor Dr. Lo., Zentrum für Schulter- und Ellenbogenchirurgie, mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Im Gutachten vom 20.11.2012 hat dieser ausgeführt, beim Kläger lägen eine Narbenbildung, eine Muskelminderung, Bewegungsschmerzen, eine endgradige Bewegungseinschränkung und Kraftminderung im rechten Schultergelenk bei operativ versorgtem Riss der Rotatorenmanschette vor. Diese Gesundheitsstörungen, insbesondere der Riss der Rotatorenmanschette, ließen sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine Schadensanlage sowie auf verschleißbedingte Veränderungen zurückführen und seien nicht als Folgen des Ereignisses vom 06.01.2011 anzusehen. Für einen Zusammenhang des Ereignisses vom 06.01.2011 und der Rotatorenmanschettenläsion sprächen die angebliche Beschwerdefreiheit bis zum Zeitpunkt des Sturzes, der geeignete Verletzungsmechanismus und das nach dem Sturz eingetretene Beschwerdebild. Gegen einen Zusammenhang und für das Überwiegen alterungs- und verschleißbedingter Veränderungen sowie einer Schadensanlage sprächen die Tatsache, dass bereits 2004 eine Röntgendiagnostik der rechten Schulter durchgeführt worden sei, das Fehlen äußerer Verletzungszeichen im Rahmen der Erstuntersuchung, die ausgeprägte Schadensanlage in Form einer Verknöcherungsstörung des Schulterdaches, die fehlenden verletzungstypischen Veränderungen im Rahmen der MRT vom 19.01.2011 sowie die weite Rückbildung der Muskelbäuche mit fortgeschrittener Atrophie in der MRT-Untersuchung. Mit hoher Wahrscheinlichkeit habe zum Zeitpunkt des Sturzes bereits eine strukturelle Läsion der Rotatorenmanschette bestanden, die bis zu diesem Zeitpunkt habe weitgehend kompensiert werden können. Es sei nicht auszuschließen, dass im Rahmen des Sturzes eine Vergrößerung des Defekts eingetreten sei. Dies hätte aber auch ohne größere Gewalteinwirkung im Rahmen einer alltäglichen Verrichtung eintreten können. Zum Zeitpunkt des Sturzes habe eine ausgeprägte Schadensanlage durch ein OS acromiale sowie als Hinweis auf eine vorbestehende Sehnenläsion eine Enthesiopathie im Bereich des großen Oberarmhockers in Form von kleinen zystischen Veränderungen im Röntgenbild bestanden. Es sei anzunehmen, dass sich der Kläger am 06.01.2011 eine Zerrung der rechten Schulter zugezogen habe. Die Folgen dieser Zerrung seien nach sechs bis zwölf Wochen als abgeklungen zu betrachten. Unfallfolgen seien somit nicht mehr feststellbar.

In der ergänzenden Stellungnahme vom 16.01.2013 hat Professor Dr. Lo. dargelegt, es überwiegen die Argumente, die gegen einen Zusammenhang und für das Vorliegen alterungs- und verschleißbedingter Ursachen für die Entstehung der Rotatorenmanschettenläsion sprächen. Die Röntgenaufnahmen vom Unfalltag bewiesen eine ausgeprägte Schadensanlage und die MRT-Aufnahme vom 19.01.2011 spreche gegen einen Kausalzusammenhang mit dem Unfall. Die Veränderungen der Muskulatur der Rotatorenmanschette, vor allem des Supraspinatusmuskels und des Infraspinatusmuskels, wiesen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit darauf hin, dass die strukturelle Schädigung der Rotatorenmanschette bereits seit Monaten, wenn nicht sogar seit Jahren, vor dem Ereignis bestanden habe. Im Primärbefund vom 06.01.2011 um 15:56 Uhr sei ausdrücklich vermerkt: "Keine Schwellung, kein Hämatom, Abduktion unterhalb 90° möglich, auch aktives Armhalten". Dies bezeichne eindeutig das Fehlen äußerer Verletzungszeichen (Schwellung, Hämatom) und beschreibe nicht das klinische Bild eines Drop-arm-Zeichens, das einer Pseudoparalyse entspreche, bei dem ein aktives Armhalten eben nicht möglich sei.

Mit Urteil vom 14.03.2013 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dem Kläger stehe kein Anspruch auf die Gewährung einer Verletztenrente aufgrund der Folgen des Arbeitsunfalls vom 06.01.2011 zu. Eine MdE von mindestens 20 v.H. sei bei ihm nicht verblieben. Dies folge schlüssig und nachvollziehbar aus dem im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten des Dr. R. vom 09.01.2012 sowie aus dem im sozialgerichtlichen Verfahren eingeholten Gutachten von Professor Dr. Lo. vom 20.11.2012. Auf die Entscheidungsgründe im Übrigen wird Bezug genommen.

Gegen das am 24.03.2013 zugestellte Urteil hat der Kläger am 09.04.2013 Berufung eingelegt und unter Vorlage einer Checkliste zur Begutachtung der Rotatorenmanschette (ROM) Ruptur (Lo. und Ro. – Unfallchirurg 1994) vorgetragen, die Verletzung aus dem Jahr 2004 sei angesichts der siebenjährigen Nichtbehandlung ausgeheilt. Der erstuntersuchende Radiologe Dr. Lu. sowie Dr. R. hätten eine frische Infraspinatussehnenruptur diagnostiziert. Dr. K. sei von einer im Wesentlichen alten Infraspinatussehnenruptur ausgegangen. Dessen Ansicht, die lange Bizepssehne sei intakt, habe sich bei der Operation als falsch herausgestellt. Irritierend sei für ihn, dass Professor Dr. Lo. ein 20-Punkte-Schema zur Pro- und Contra-Argumentation in der Zusammenhangsbeurteilung publiziert habe, das er jedoch in seinem Gutachten nicht anwende. Er könne nach umfassender Analyse aller Gutachtermeinungen den Entscheidungsgründen des SG, welches ausschließlich dem Gutachten von Dr. K. und Professor Dr. Lo. folge, und der Vorerkrankung, obwohl seit Jahren ausgeheilt, eine entscheidende Gewichtung beimessen, nicht folgen.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 14. März 2013 aufzuheben sowie den Bescheid der Beklagten vom 14. März 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. April 2012 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 6. Januar 2011 eine Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie erwidert, Dr. Lu. habe lediglich geschrieben, dass die Ruptur der Infraspinatussehne wohl als frisch einzuschätzen sei. Dr. R. habe seine Aussage im Bericht vom 14.03.2011 nach der Operation korrigiert und in seinem Gutachten vom 09.01.2012 die Auffassung vertreten, dass auch bei der Infraspinatussehne ein Vorschaden gegeben sei. Sie nehme Bezug auf den Akteninhalt, ihre Bescheide, das Gutachten von Professor Dr. Lo. sowie die Ausführungen im Urteil des SG.

Die Einholung eines weiteren Gutachtens auf sein Kostenrisiko gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Kläger nicht gewünscht.

Mit Verfügung vom 26.11.2013 hat der Senat auf die Möglichkeit einer Entscheidung durch Beschluss gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) hingewiesen.

Zur weiteren Darstellung des Tatbestandes wird auf die Akten der Beklagten, des SG sowie des Senats Bezug genommen.

II.

Die form- und fristgemäß eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig. Berufungsausschlussgründe nach [§ 144](#) Sozialgerichtsgesetz

(SGG) liegen nicht vor.

Die Berufung des Klägers ist jedoch nicht begründet. Das angefochtene Urteil des SG sowie die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind nicht zu beanstanden, da der Kläger keinen Anspruch auf Verletztenrente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 06.01.2011 hat.

Gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) kann das LSG - nach vorheriger Anhörung der Beteiligten - die Berufung durch Beschluss zurückweisen, wenn es sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Diese Voraussetzungen sind hier gegeben. Im vorliegenden Fall sind die Berufsrichter des Senats einstimmig zum Ergebnis gekommen, dass die Berufung unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht erforderlich ist. Mit Schreiben vom 26.11.2013 hat der Senat die Beteiligten auch auf die Möglichkeit einer Entscheidung nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) hingewiesen und ihnen Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Eine Zustimmung der Beteiligten ist nicht erforderlich.

Das SG hat in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils zutreffend die rechtlichen Grundlagen für die hier von dem Kläger beanspruchte Verletztenrente - [§ 56](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) - sowie für die im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung geltende Kausalitätstheorie der wesentlichen Bedingung dargelegt und ebenso zutreffend ausgeführt, dass ein Anspruch auf Verletztenrente nicht besteht, weil die Folgen des Arbeitsunfalls vom 06.01.2011 zu keiner MdE in rentenberechtigendem Ausmaß führen.

Ergänzend ist lediglich auszuführen, dass auch der Senat nicht festzustellen vermag, dass der Arbeitsunfall des Klägers vom 06.01.2011 wesentliche Ursache bzw. Teilursache für die Rotatorenmanschettenläsion des Klägers ist. Das SG hat in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils im Einzelnen, auf der Grundlage des Gutachtens von Professor Dr. Lo., dargelegt, welche Umstände gegen einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall des Klägers vom 06.01.2011 und der Rotatorenmanschettenläsion sprechen. Der Umstand, dass der Kläger im Jahr 2004 und 2005 wegen Beschwerden an der rechten Schulter behandelt wurde, ist lediglich einer von zahlreichen Gesichtspunkten, die bei der Abwägung der Argumente gegen einen Kausalzusammenhang sprechen. Eine ausschlaggebende Rolle kam diesem Umstand nicht zu. Professor Dr. Lo. ging insoweit sogar (zu Unrecht) von Beschwerdefreiheit vor dem Unfall aus und hat dennoch einen Kausalzusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und der Rotatorenmanschettenläsion angesichts sonstiger Umstände (Fehlen äußerer Verletzungszeichen im Rahmen der Erstuntersuchung am 06.01.2011, ausgeprägte Schadensanlage in Form einer Verknöcherungsstörung des Schulterdaches, fehlende verletzungstypische Veränderungen im Rahmen der MRT vom 19.01.2011, weite Rückbildung der Muskelbäuche mit fortgeschrittener Atrophie im Rahmen der MRT vom 19.01.2011) verneint. Im Übrigen hat auch schon zuvor Dr. R., der den Kläger wegen des Arbeitsunfalls behandelt und operiert hat, einen Kausalzusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und der Supraspinatussehnenruptur sowie der Infraspinatussehnenruptur verneint.

Maßgeblich ist auch nicht, dass der Radiologe Dr. Lu. im Bericht vom 20.01.2011 die Ansicht geäußert hat, dass die Ruptur der Infraspinatussehne mit Retraktion und muskulärem Ödem wohl als frisch einzuschätzen sei und Dr. R. dies in seinem Bericht vom 17.03.2011 übernommen hat, zumal Dr. Lu. sich nicht umfassend gutachterlich mit Kausalitätsfragen beschäftigen musste, sondern lediglich eine Befundung der MRT-Bilder vorzunehmen hatte. Darüber hinaus ist Dr. R. bei seiner Beurteilung im Gutachten vom 09.01.2012 davon ausgegangen, dass bei der Infraspinatussehnenfraktur ebenfalls von einem vorbestehenden Schaden auszugehen sei. Professor Dr. Lo. hat darüber hinaus darauf hingewiesen, dass die Veränderungen des Muskelbauches für eine länger vorbestehende Läsion des Infraspinatusmuskels sprechen. Unerheblich ist auch, dass Professor Dr. Lo. nicht die Checkliste zur Begutachtung der Rotatorenmanschette im Gutachten angeführt hat. Entscheidend ist, dass er die dort genannten Kriterien (Vorgeschichte, Unfallhergang, Primärbefund und Verlauf) in seinem Gutachten berücksichtigt hat.

Gutachten, die das Begehren des Klägers stützen könnten, liegen nicht vor. Entgegen der Ansicht des Klägers ist der Sachverhalt durch die bei Dr. R. und insbesondere bei Professor Dr. Lo. eingeholten Gutachten (nebst ergänzender Stellungnahme) umfassend geklärt.

Nach alledem war das angefochtene Urteil des SG nicht zu beanstanden. Die Berufung des Klägers musste deswegen zurückgewiesen werden.

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

Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-12-27