

L 3 U 4538/10

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Freiburg (BWB)

Aktenzeichen

S 17 U 4603/09

Datum

27.08.2010

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 3 U 4538/10

Datum

12.03.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 27. August 2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Anerkennung weiterer Unfallfolgen sowie die Gewährung einer Verletztenrente.

Der 1959 geborene Kläger erlitt am 01.02.2008 als Fahrer eines LKW einen Unfall, als sein Fahrzeug beim Aufnehmen einer Mulde auf die Fahrerseite hin umstürzte.

Der Kläger, der sich selbstständig aus der Fahrerkabine des LKW befreien konnte (so D-Bericht vom 01.02.2008), wurde mit dem Notarztwagen in das Krankenhaus A gebracht. Dort diagnostizierte Dr. B. eine geschwollene Schulter links mit Abduktionsschmerzen bei 50 Grad, eine Prellung der Schulter und des Oberarmes; eine knöcherne Fraktur wurde ausgeschlossen (D-Bericht vom 01.02.2008). Die Versorgung erfolgte ambulant mittels eines Gilchrist-Verbands; Arbeitsunfähigkeit wurde bis (voraussichtlich) 05.02.2008 attestiert. Wegen anhaltender Beschwerden wurde am 13.02.2008 eine kernspintomographische Untersuchung des linken Schultergelenks durchgeführt. Hier zeigte sich eine Ödembildung im Bereich der distalen Clavicula und im AC-Gelenk mit dadurch bedingter Pelottierung (Eindellung) der darunter liegenden Supraspinatussehne und einer 3 mm ventralen (ansatznahe) Supraspinatussehnenruptur, ferner eine Tendinose der Subscapularis- und der Bizepssehne sowie eine Ablösung des vorderen oberen Labrums (Bericht vom 18.02.2008). Dr. C., bei dem sich der Kläger am 18.02.2008 auf Veranlassung seines Hausarztes vorstellte, beschrieb eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit bei Abduktion bis 110 Grad, Anteversion bis 130 Grad und eine aufgehobene Rotation. Er empfahl ein operatives Vorgehen (Bericht vom 18.02.2008).

Am 17.03.2008 unterzog sich der Kläger im D-Klinikum einer Rotatorenmanschettenrekonstruktion. Intraoperativ bestätigt wurden eine Bursitis (Entzündung) und eine 1 cm² große Ruptur der Supraspinatussehne. Außerdem wurden am Schulterdach "Rauigkeiten und ein knöcherner Überstand" beschrieben sowie ein Impingement diagnostiziert und durch Dekompression behandelt (OP-Bericht vom 17.03.2008). Am 22.03.2008 erfolgte die Entlassung bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit. Der Arm wurde auf einem Abduktionskissen ruhig gestellt (Bericht des Dr. E. vom 22.03.2008). Die feingewebliche Untersuchung ergab Zeichen fokaler Degenerationen und Reparationen an der Supraspinatussehne (histologischer Bericht vom 20.03.2008).

Die Beklagte zog bei der Krankenkasse das Vorerkrankungsverzeichnis bei und ließ den Kläger zum Unfallhergang einen Fragebogen ausfüllen. Den bis in das Jahr 1994 zurückreichenden Angaben der AOK sind keine einschlägigen Gesundheitsstörungen zu entnehmen. Der Kläger gab unter dem 25.03.2008 an, er sei direkt auf die linke Schulter bei am Körper anliegendem Arm gefallen; er habe sich weder abgefangen noch versucht, den Sturz zu verhindern.

Am 17.04.2008, ca. vier Wochen nach der Operation, stellte sich der Kläger auf Veranlassung der Beklagten zur Nachuntersuchung im F. Krankenhaus vor. Die Untersuchung ergab eine nahezu eingesteifte linke Schulter: Die aktive Beweglichkeit war in der Anteversion und Abduktion bis 40 Grad möglich, in der Retroversion und der Außenrotation war sie vollständig aufgehoben. Am Oberarm bestand eine Muskeldifferenz von 1 cm, am Unterarm von 3 cm; die Schulterkontur links zeigte eine erhebliche Verschmähung. Prof. Dr. G. empfahl, die Ruhigstellung im Gilchrist-Verband mit dem kleinen Abduktionskissen aufzuheben und eine intensive krankengymnastische Übungsbehandlung durchzuführen (Gutachten vom 17.04.2008).

Daraufhin wurde die Physiotherapie auf einen täglichen Rhythmus gesteigert und ab 28.04.2008 eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in der D.-Klinik durchgeführt. Bei der Entlassung am 30.05.2008 bestand eine insgesamt verbesserte Beweglichkeit in der linken Schulter bei folgenden Werten (aktiv): Anteversion 100 Grad, Abduktion 80 Grad, Außenrotation 70-0-75 Grad (Entlassungsbericht vom 09.08.2008).

Bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit erfolgte vom 09.07. bis 01.08.2008 ein Heilverfahren in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik H., anlässlich derer nochmals ein intensives, individuelles Therapieprogramm durchgeführt wurde. Bei einer im Rahmen des Aufenthalts durchgeführten Kernspinnuntersuchung zeigte sich eine durchgängige, jedoch deutlich veränderte Supraspinatussehne und eine geringfügig reaktivierte AC-Gelenksarthrose. Eine traumatische Labrumläsion konnte nicht nachgewiesen werden (Bericht vom 04.08.2008). Bei noch weiter bestehender und deutlicher Bewegungseinschränkung und fortbestehender Arbeitsunfähigkeit wurde die Fortführung einer stationärer Rehabilitationsmaßnahme für erforderlich gehalten.

Vom 25.08. bis 30.09.2008 unterzog sich der Kläger einem weiteren Heilverfahren in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik H., wo zunächst eine subacromiale Dekompression am linken Schultergelenk (Datum unbekannt) und anschließend eine intensive physiotherapeutische Behandlung durchgeführt wurde (Bericht vom 17.10.2008). Eine ab 04.10.2008 eingeleitete Arbeits- und Belastungserprobung bei seinem letzten Arbeitgeber brach der Kläger am 15.10.2008 ab. Arbeitsfähigkeit konnte nicht mehr hergestellt werden.

Die Beklagte veranlasste ein unfallchirurgisches Gutachten bei Prof. Dr. I. ... Dieser führte unter dem 03.11.2008 aus, bei dem angeschuldigten Unfallereignis habe eine direkte Krafteinwirkung auf das linke Schultergelenk stattgefunden. Es handle sich also um einen Kontusions- bzw. Prellmechanismus des linken Schultergelenks. Ein geeigneter Mechanismus, um eine Rotatorenmanschette zu schädigen, habe somit nicht stattgefunden. Die radiologischen und histologischen Befunde sprächen gegen eine traumatische Schädigung der Rotatorenmanschette. Durch den geschilderten Mechanismus habe eine starke Prellung des Schultergelenks stattgefunden, die zu einem Reizzustand des Schultergelenks und zur Behandlungsbedürftigkeit geführt habe. Die im ersten unfallnahen Kernspin beschriebenen degenerativen Veränderungen seien durch die Prellung richtunggebend verschlimmert worden. Behandlungsbedürftigkeit zu Lasten des Unfallereignisses habe bis zum 15.10.2008 bestanden. Es sei ein vorläufiger medizinischer Endzustand eingetreten. Die MdE betrage 10 vom Hundert

Gestützt hierauf lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 13.02.2009 die Gewährung einer Rente mit der Begründung ab, die Erwerbsfähigkeit des Klägers wegen der Unfallfolgen sei nicht um wenigstens 20 vom Hundert gemindert. Als Unfallfolgen anerkannt wurde im wesentlichen eine Gelenkprellung. Die Anerkennung weiterer Unfallfolgen - insbesondere hinsichtlich der Rotatorenmanschette - wurde abgelehnt.

Der Kläger legte hiergegen Widerspruch ein und verwies auf seine Schmerzen. Nach Einholung einer beratungsärztlichen Stellungnahme bei Dr. J. vom 08.07.2009 wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 19.08.2009 unter Hinweis auf das chirurgische Gutachten des Prof. Dr. I. und die beratungsärztliche Stellungnahme zurück.

Der Kläger hat am 10.09.2009 Klage zum Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben und geltend gemacht, es lägen keine degenerativen Vorschäden im Schultergelenk vor. Zu berücksichtigen sei, dass er bei dem Unfall mit der linken Hand einen Bedienungshebel links hinter dem Fahrersitz gehalten und er sich beim Umkippen des LKW den linken Arm nach hinten verdreht habe. Zudem sei er einem Aufprall aus ca. 2 m Höhe ausgesetzt gewesen.

Das SG hat ein Gutachten bei Prof. Dr. K. eingeholt. Dieser hat unter dem 16.12.2009 ausgeführt, der Unfallmechanismus sei nicht geeignet gewesen, die kleine Ruptur der Rotatorenmanschette zu verursachen. Dies gelte auch dann, wenn der Kläger den linken Arm neben dem Sitz nach unten ausgestreckt habe, um einen Hebel zu bedienen. Jedenfalls habe es sich um ein Anpralltrauma mit der Schulter gegen die linke Seite der Fahrerkabine gehandelt. Hierbei habe sich der Kläger eine Prellung des Schulterdachs und eine Distorsion am Schultergelenk zugezogen. Die Supraspinatussehne lasse sich durch ein Anpralltrauma der geschilderten Art nicht durchtrennen. Wesentliche Ursache sei eine Sehnendegeneration gewesen. Diese habe auch feingeweblich bestätigt werden können. Die weitgehende Bewegungseinschränkung lasse sich medizinisch nicht begründen. Die seitengleiche Bemuskulung der Schultern am Untersuchungstag spreche für einen seitengleichen Einsatz. Insgesamt sei die Ruptur der Rotatorenmanschette nicht als Unfallfolge anzuerkennen.

Das SG hat mit Gerichtsbescheid vom 27.08.2010 die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es, gestützt auf das Gutachten des Prof. Dr. K., ausgeführt, der Kläger habe lediglich ein Anpralltrauma im Bereich der linken Schulter erlitten, welches eine Rotatorenmanschettenruptur nicht verursachen könne. Ferner sprächen die kernspintomographisch und histologisch festgehaltenen Degenerationszeichen und das Fehlen eines vollständigen Funktionsausfalls des linken Arms direkt nach der Verletzung gegen einen Ursachenzusammenhang.

Der Kläger hat gegen den am 01.09.2010 zugestellten Gerichtsbescheid am 20.09.2010 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Er hat sein bisheriges Vorbringen weiter vertieft und die Schlussfolgerungen des Sachverständigen Prof. Dr. K. für ungenügend erachtet.

Der Senat hat auf Antrag des Klägers ein Gutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) bei Dr. L. eingeholt. Dieser hat unter dem 21.06.2011 ausgeführt, der Aufprall müsse mit großer Wucht erfolgt sein, da im Kernspinbericht vom 18.02.2008 ein Abriss des ventralen Labrums festgestellt worden sei. Der Höhenunterschied beim Aufprall habe 2,5 bis 4 m betragen, vielleicht sei der Kläger sogar mehrfach auf den Boden aufgeschlagen. Eine denkbare Subluxation der Schulter mit spontaner Reposition könne nicht ausgeschlossen werden. Wegen der sofortigen massiven Schmerzen mit Bewegungsunfähigkeit der linken Schulter sei der Kläger nicht mehr in der Lage gewesen, das Fahrzeug eigenständig zu verlassen. Er sei vielmehr von Kollegen über die zersplitterte Frontscheibe geborgen worden. Für einen Ursachenzusammenhang sprächen die sofort eingetretenen Schmerzen und die völlige Beschwerdefreiheit vor dem Unfall. Auch die Lokalisation des Risses ansatznah sei ein Hinweis auf eine traumatische Verursachung, während ein Riss im weiteren Sehnenbereich eher als degenerativ gewertet werden müsse. Die MdE betrage ab 09.02.2009 20 vom Hundert auf Dauer.

Prof. Dr. K. hat auf Antrag des Senats eine ergänzende Stellungnahme vom 06.09.2011 abgegeben. Er ist dabei verblieben, dass der Kläger

eine Prellung erlitten habe. Dr. L. sei zwar bei zu pflichten, dass sofort einsetzende Beschwerden für ein frisches Geschehen sprächen. Damit seien jedoch in keiner Weise die verletzten Strukturen benannt. Auch Prellungen, auch leichtere, seien frisch und bedingten Schmerzen. Dr. L. hat auf Antrag des Klägers ergänzend Stellung genommen und unter dem 31.12.2011 ausgeführt, er revidiere seine Ausführungen bezüglich der Geeignetheit des Unfallhergangs. Die diversen Untersuchungen, Operationen, histologischen Untersuchungen könnten sicherlich kontrovers interpretiert werden.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 27. August 2010 aufzuheben und unter Abänderung des Bescheides vom 13. Februar 2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09. August 2009 den operierten Riss der linken Supraspinatussehne als Folge des Arbeitsunfalls vom 01. Februar 2008 festzustellen und die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls eine Verletztenrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie beruft sich auf die tragenden Gründe der angegriffenen Bescheide sowie den Gerichtsbescheid des SG.

Der Kläger hat sich mit Schriftsatz vom 05.03.2012, die Beklagte unter dem 06.03.2012 mit einem Urteil des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten und Gerichtsakten 1. und 2. Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte im Einvernehmen mit den Beteiligten nach [§ 153 Abs. 1](#) i. V. m. [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung über die Berufung entscheiden.

Die Berufung des Klägers hatte keinen Erfolg.

Die statthafte ([§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)) sowie frist- und formgerecht eingelegte ([§ 153 SGG](#)) Berufung des Klägers ist zulässig, jedoch nicht begründet. Das SG hat die Klage zurecht abgewiesen. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 13.02.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.08.2009 ist nicht rechtswidrig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung des operierten Riss der linken Supraspinatussehne als Unfallfolge und daraus resultierender Entschädigung.

Richtige Klageart für das auf Gewährung einer Verletztenrente gerichtete Begehren des Klägers ist die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage i. V. m. einer Feststellungsklage ([§§ 54 Abs. 1](#) und 4, [55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#)).

Nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) haben Versicherte Anspruch auf Rente, wenn ihre Erwerbsfähigkeit in Folge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 vom Hundert gemindert ist. Gemäß [§ 72 SGB VII](#) beginnt eine Rente nach dem Ende des Anspruchs auf Verletzengeld, das bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit bzw. Rehabilitation ([§ 46 SGB VII](#)) gezahlt wird. Nach [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten in Folge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 und 6 begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). 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](#)). Für einen Arbeitsunfall ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitsschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen von länger andauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitsschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls.

Hier steht durch die bestandkräftig gewordene Feststellung im Bescheid vom 13.02.2009 über das Vorliegen eines Arbeitsunfalles verbindlich fest, dass der Kläger einen Arbeitsunfall erlitten hat.

Damit ist aber nicht zugleich die Annahme gerechtfertigt, dass der nach dem Arbeitsunfall festgestellte weitere Gesundheitsschaden, hier der Riss der linken Supraspinatussehne, ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen ist.

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung gilt für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden die Theorie der wesentlichen Bedingung (hierzu und zum Nachfolgenden Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 12.04.2005, [B 2 U 27/04 R](#), Juris). Diese setzt zunächst einen naturwissenschaftlichen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden voraus. Es ist daher in einem ersten Schritt zu klären, ob der Gesundheitsschaden auch ohne das Unfallereignis eingetreten wäre. Ist dies der Fall, war das Unfallereignis für den Gesundheitsschaden schon aus diesem Grund nicht ursächlich. Kann dagegen das Unfallereignis nicht hinweg gedacht werden, ohne dass der Gesundheitsschaden entfiel (conditio sine qua non), ist in einem zweiten, wertenden Schritt zu prüfen, ob das versicherte Unfallereignis für den Gesundheitsschaden wesentlich war. Denn als im Sinne des Sozialrechts ursächlich und rechtserheblich werden 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 bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden (BSG, Urteil vom 09.05.2006, [B 2 U 1/05 R](#), Juris).

Die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung und die als Unfallfolge geltend

gemachte Gesundheitsstörung müssen erwiesen sein, d. h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 30.04.1985, [2 RU 43/84](#), juris). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (BSG, Urteil vom 09.05.2006, [a.a.O.](#) auch zum Nachfolgenden). Diese liegt vor, wenn bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden. Es genügt nicht, wenn der Ursachenzusammenhang nicht auszuschließen oder nur möglich ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Denn es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache die versicherte naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexen Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde. Es reicht daher zur Begründung des ursächlichen Zusammenhangs gerade nicht aus, gegen diesen Zusammenhang sprechende Umstände auszuschließen.

Der geltend gemachte Anspruch scheitert vorliegend daran, dass entsprechend den genannten Grundsätzen nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann, dass der bei dem Kläger vorliegende Riss der linken Supraspinatussehne mit seinen Auswirkungen rechtlich wesentlich auf den Unfall vom 01.02.2008 zurückzuführen ist. Es fehlt an der haftungsausfüllenden Kausalität. Allein die Tatsache, dass erstmals nach dem Unfall der Riss der Supraspinatussehne diagnostiziert wurde, ist keine ausreichende Begründung für einen ursächlichen Zusammenhang (Hepp/Lambert, Die Begutachtung der Rotatorenmanschette im sozialgerichtlichen Verfahren - eine Zusammenarbeit von Richter und medizinischem Sachverständigen, Med. Sach 2009, 181).

In Übereinstimmung mit der unfallmedizinischen Literatur ist Prof. Dr. K. zutreffend davon ausgegangen, dass der Unfallmechanismus nicht geeignet war, eine strukturelle Schädigung der Supraspinatussehne herbeizuführen. Dabei ist zunächst zu berücksichtigen, dass die Rotatorenmanschette, die aus mehreren Sehnen besteht, unter anderem der Supraspinatussehne, durch das knöcherne Schultergelenk und den Muskelmantel geschützt ist. Ein geeigneter Mechanismus setzt voraus, dass das Schultergelenk unmittelbar vor der Einwirkung muskulär fixiert und plötzlich eine passive Bewegung hinzugekommen ist, die überfallartig eine Dehnungsbelastung der Supraspinatussehne bewirkt hat. Hierzu gehören: Schulterverrenkung; massives plötzliches Hoch- oder Rückwärtsreißen des Armes; starke Zugbelastung bei gewaltsamer Rotation des Armes; abrupte, gewaltsame passive Bewegungen des Armes nach körperwärts. Als ungeeigneter Mechanismus gilt demgegenüber der direkte Anprall von vorn oder seitlich auf die Schulter, da der Weichteilmantel die Folgen direkter Gewalteinwirkung reduziert und die knöchernen Strukturen des Schulterblattes und des körperfernen Schlüsselbein Schutz vor einer kritischen Überdehnung der Schulterweichteile bieten (M. Loew u. a., Empfehlungen zu Diagnostik und Begutachtung der traumatischen Rotatorenmanschettenläsion, Der Unfallchirurg 5-2000, S. 417 ff.; Schönberger/Merthens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, S. 412 ff.). Der Unfallmechanismus, wie er sich vorliegend abgespielt hat, ist mit den vorgenannten Anforderungen nicht vergleichbar. Der Kläger ist nach seinen eindeutigen, widerspruchsfreien und präzisen Angaben im Fragebogen direkt auf die Schulter mit dem am Körper anliegenden linken Arm gefallen. Prof. Dr. K. und Prof. I. sind insoweit zutreffend von einem Anpralltrauma ausgegangen, wobei Prof. Dr. K. noch zusätzlich eine zerrende Wirkung auf die Gelenkkapsel, also eine Kombination von Anprall und Distorsion, angenommen hat. Zugkräfte, durch welche Sehnen zerreißen können, haben vorliegend jedoch nicht eingewirkt. Auch indirekte Hinweise darauf, dass eine Schulterverrenkung stattgefunden haben könnte, sind in der bildgebenden Diagnostik nicht zu finden. So konnte eine Läsion des Labrums, wie noch im Kernspinbericht vom 18.02.2008 beschrieben, die auf eine traumatische Verletzung der Supraspinatussehne, ausgelöst durch eine Schulter(sub)luxation, hinweisen könnte, letztendlich weder operativ am 17.03.2008 noch bei der Kernspinuntersuchung im Juli 2008 in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen bestätigt werden (vgl. M. Loew, a.a.O., S. 423). Im übrigen hat Prof. Dr. K. bei Durchsicht der Aufnahmen vom 13.02.2008 einen Labrumriss ausdrücklich verneint.

Gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen auch die unfallnah am Schulterhauptgelenk erhobenen Befunde. So wurden im histologischen Bericht vom 20.03.2008 Zeichen fokaler Degenerationen beschrieben. Auch die im Kernspinbericht vom 18.02.2008 genannten Tendinosen der Sehnen von Supraspinatus, Subscapularis und Bizeps stellen - worauf Prof. Dr. K. in überzeugender Weise hingewiesen hat - Degenerationen dar, wenn auch teilweise sekundär nach Entzündungen dieser Gewebe. Keinesfalls können Tendinosen durch Anpralltraumen hervorgerufen werden.

Soweit Dr. L. demgegenüber eine traumatische Ursache des Supraspinatussehnenrisses bejaht hat, vermag ihm der Senat nicht zu folgen. Dr. L. hat in der im Berufungsverfahren eingeholten ergänzenden Stellungnahme seine Ausführungen zur Geeignetheit des Unfallhergangs revidiert, sodass schon deshalb eine gerichtliche Entscheidungsbildung auf sein Gutachten nicht gestützt werden kann. Die Annahme eines Aufpralls aus 4 m Höhe sowie das mehrfache Aufschlagen der Schulter auf den Boden entbehren jeglicher Grundlage genauso wie die Annahme, der Kläger habe (wegen der Schmerzen) das Fahrzeug eigenständig nicht verlassen können. Der Kläger selbst hat sich hierzu im Fragebogen zum Unfallhergang anders geäußert. Im Übrigen ist er bei seiner Beurteilung davon ausgegangen, dass ein Abriss des vorderen Labrums vorlag, was auf eine Schulter(sub)luxation hätte hinweisen können. Da dieser im Kernspinbericht vom 18.02.2008 genannte Befund weder operativ am 17.03.2008 noch bei der späteren Kernspinuntersuchung im Juli 2008 bestätigt werden konnte, ist seine Argumentation nicht schlüssig. Zutreffend ist zwar der Einwand des Dr. L., dass sofort einsetzende Schmerzen für ein frisches Geschehen sprächen. Damit ist jedoch in keiner Weise die verletzte Struktur bzw. die Schmerzursache benannt. Auch Prellungen, bekanntermaßen auch leichter Art, sind frisch und bedingen Schmerzen, worauf Prof. Dr. K. überzeugend hingewiesen hat.

Die Berufung des Klägers ist auch insoweit unbegründet, als er Verletztenrente begehrt. Die am 01.02.2008 erlittene Prellung und Zerrung sind nach Ansicht von Prof. Dr. K. ab 01.05.2008 völlig folgenlos ausgeheilt, nach Ansicht von Prof. Dr. I. rechtfertigen die nach Ende des Verletzengeldbezuges am 15.10.2008 noch bestehenden Folgen der Prellung des Schultergelenks keine Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 vom Hundert. Dem folgt der Senat.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

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

Die gesetzlichen Voraussetzungen für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login
BWB
Saved
2014-03-27