

L 3 U 638/08

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Frankfurt (Oder) (BRB)

Aktenzeichen

S 3 U 41/03

Datum

08.10.2008

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 3 U 638/08

Datum

19.01.2012

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt/ Oder vom 08. Oktober 2008 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Gewährung einer Verletztenrente nach einem anerkannten Arbeitsunfall vom 16. Dezember 1999.

Der 1928 geborene Kläger erlitt Zeit seines Lebens mehrere Arbeitsunfälle. Er bezieht nach einem am 21. September 1962 erlittenen Arbeitsunfall eine Unfallrente der Süddeutschen Metall-Berufsgenossenschaft nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 30 vom Hundert (v.H.). Im nervenärztlichen Obergutachten des Facharztes für Nervenkrankheiten Dr. J H vom 22. Juli 1965 wird ferner von Unfällen jeweils im Winter 1963 und 1964 berichtet und werden eine Hyposensibilität und eine Grobkraftverminderung im linken Arm befundet. Im ärztlichen Gutachten von Dr. S vom 15. Februar 1983 wird festgestellt, dass beim Armhalteversuch der linke Arm absinke und eine Hyposensibilität des linken Arms mit gleichzeitiger Verminderung der groben Kraft bestehe. Am 03. August 1997 erlitt der Kläger beim Ausästen von Kirschbäumen einen Arbeitsunfall, als er von einer Leiter stürzte und sich beim Aufprall auf dem Boden den Oberschenkelhals rechts brach und eine Kontusion des rechten Hüftgelenks davon trug (vgl. Bescheid der Beklagten vom 11. Februar 1999). Im diesbezüglichen Sozialrechtsstreit holte das Sozialgericht Frankfurt/ Oder (SG) ein schriftliches Sachverständigengutachten von Dr. P vom 21. November 2001 ein, in dessen Folge die Beklagte den Unfall vom 03. August 1997 für die Zeit ab dem 21. Januar 1998 mit einer Verletztenrente nach einer MdE von 20 v.H. entschädigte (vgl. Bescheid der Beklagten vom 19. Juli 2002). Im vorgenannten Gutachten wurde u.a. eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der linken Schulter festgestellt. Die Vorwärtsbewegung sei bis 90°, die Seitwärtsbewegung bis 70° und die Rückwärtsbewegung bis 20° möglich. Ein Überkopfgreif sei weder aktiv noch passiv möglich. Im Sozialrechtsstreit vor dem SG wurden u.a. die Patientenunterlagen des behandelnden Praktischen Arztes des Klägers Dr. W. H beigezogen, aus welchen sich Behandlungen wegen Lumboischialgie (u.a. am 12. August 1996, 18. März 1997 und 10. November 1997), Halswirbelsäulen (HWS)-Syndrom (am 05. und 12. März 1997) und Schmerzen am linken Arm mit Bewegungseinschränkungen bzw. Schulterschmerzen (am 19. März, 01. April und 01. Juli 1999) ergaben, sowie die Patientenkartei der Stadt F, in welcher sich weitere Untersuchungsunterlagen betreffend den 1962 erlittenen Unfall befanden. Der Kläger erhielt, (weiterhin) als selbständiger Landwirt bei der Beklagten versichert, am 16. Dezember 1999 gegen 16.00 Uhr bei Arbeiten im Pferdestall von einem Pferd einen Tritt gegen seine linke Schulter und fiel hierdurch mit dem Hinterkopf gegen eine Futterkrippe. Es traten nach Angaben des Klägers kurzzeitig Schwindel und Übelkeit ohne Erbrechen ein. Er begab sich im Anschluss in die Klinik für Chirurgie des Klinikums F, wo der Durchgangsarzt Dr. F. H an der linken Schulter eine Rötung, eine kleine Exkoration, eine schmerzhaftige Bewegungseinschränkung und nach der Röntgenuntersuchung mit avikalen und Y-Aufnahmen keinen Anhalt für eine Fraktur feststellte. Dr. F. H diagnostizierte eine Schädelprellung und eine Kontusion der linken Schulter (vgl. Durchgangsarztbericht vom 17. Dezember 1999). Laut Durchgangsarztbericht des Facharztes für Chirurgie Dr. H. H vom 20. Dezember 1999 fand sich an der linken Schulter (lateral bis zum oberen Drittel des Oberarms reichend) eine Prellmarke, erschien der Kläger mit Schonhaltung und betrug die aktive Abduktion der linken Schulter 90°. Aus den Röntgenfremdaufnahmen ergebe sich eine Ausziehung am cranialen Rand der Gelenkpfanne des linken Schultergelenks. Als Diagnose nennt der Durchgangsarztbericht Schädelprellung und Kontusion der linken Schulter und als vom Unfall unabhängige krankhafte Veränderung einen Vorschaden in der linken Schulter. Laut Dr. H. H Zwischenbericht vom 17. Februar 2000 klagte der Kläger trotz intensiver Krankengymnastik noch über starke Schmerzen im linken Schultergelenk und Oberarm. Eine Röntgenaufnahme der HWS habe eine Spondylarthrose des gesamten HWS-Bereichs ergeben. Es bestehe eine endgradige Bewegungsbehinderung der linken Schulter in allen Ebenen. Der Kläger begab sich nun in die Behandlung beim Facharzt für Chirurgie und Chirotherapie Dr. S, welcher bei ihm laut H-Arzt-Bericht vom 20. März 2000 eine erhebliche Erschwerung des Nacken- und Schürzengriffs, Schmerz bei Abduktion der linken Schulter ab 60°, heftigen Druckschmerz der vorderen Kapsel bzw. Bizepssehne, eine erhebliche Einschränkung der groben Kraft des Bizeps (Beugung des Oberarms gegen Widerstand ca. 50 %

der Gegenseite), keinen Anhalt für einen Bizepsabriss, heftigen Druckschmerz im Verlauf der Sehne des Bizeps, Schmerz des Deltamuskels bei Abduktion gegen Widerstand, deutlichen Druckschmerz am linken ACG, eine deutliche Schmerzlinderung bei Anheben des Arms über 120° und gelegentlichen Zwang, den Arm passiv anzuheben, feststellte, wobei die Rotatorenmanschette ohne Befund geblieben sei. Dr. S diagnostizierte einen Zustand nach Prellung der linken Schulter, (Verdacht auf) chronische Bursitis subacromialis links und Tendinitis der Bizepssehnen. Er überwies den Kläger zur Magnetresonanztomographie (MRT), welche am 27. März 2000 den Befund eines Impingements-Syndroms mit verminderter akromiohumeraler Distanz, Schulterergelenksarthrose sowie Verdünnung der Rotatorenmanschette, keine Ruptur, intraartikulär keinen Nachweis einer Läsion, keinen Nachweis einer Läsion der Bizepssehne oder von Hämatomen in der Bizepsmuskulatur und eine degenerative Muskelatrophie im Bereich des M. deltoideus proximal am Oberarm ergab.

Der Kläger beantragte unter dem 17. Dezember 2001 bei der Beklagten die Gewährung einer Verletztenrente und verwies zur Begründung auf eine ihm von seiner privaten Unfallversicherung gewährte Rente nach einem Invaliditätsgrad von einem Viertel. Die Beklagte zog das für den privaten Versicherer des Klägers erstellte Gutachten des Chirurgen Dr. P. H vom 29. Oktober 2001 bei, wonach eine anteilig eingeschränkte Bewegungseinschränkung an der linken Schulter bzw. eine anteilig unfallbedingte Kraftminderung des linken Arms, die Unfähigkeit, mit dem linken Arm über Brustwarzenhöhe Tätigkeiten zu verrichten, eine deutliche Muskelverschmächigung am linken Schultergürtel festzustellen seien und sich der Heilverlauf durch das Vorhandensein einer richtunggebenden Verschlimmerung bei deutlichem Vorschaden verlängert habe. Die Auswirkung der Vorschadenserkrankungen (HWS-Osteochondrose mit Auswirkung auf die linke Schulter, Arthrose beider Schultergelenke, Schulterergelenksarthrose beidseits, Rotatorenmanschettenläsion links mit anteilig unfallfremden Impingement-Syndrom) auf die Unfallfolgen sei beträchtlich.

Die Beklagte ließ durch den Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. V. H das Gutachten vom 17. April 2002 erstellen, in welchem nach ambulanter Untersuchung des Klägers und Auswertung radiologischer Unterlagen zur Einschätzung gelangt wird, dass sich im Bereich der linken Schulterblattgelenkpfanne vor allem in der distalen Begrenzung degenerative Veränderungen zeigten, die sich korrespondierend auch am Humeruskopf feststellen ließen. Zu erwähnen seien Kantenanbauten am proximalen Gelenkpfannenpol. Im Ansatzbereich der Supraspinatussehne am Tuberculum majus fänden sich eine sichtbare Skleroseverdichtung, teilweise subchondrale kleine vakuolige Veränderungen. Es bestehe eine Arthrose im Schulterergelenk mit beginnender Ausbildung eines Traktionsexophyten an der Unterseite der lateralen Clavicula. Ferner bestünden zusätzlich deutliche sklerotische Veränderungen der Acromionunterfläche. Diese Veränderungen zeigten sich auch mit sich darstellender knöcherner Einengung des Subacromialraums durch die degenerative Veränderung des Schulterergelenks auf der Y-Aufnahme linksseitig. Im Seitenvergleich seien die Veränderungen am rechten Schulterergelenk nicht so ausgeprägt. An unfallfremden Erkrankungen sei beim Kläger unter anderem eine schmerzhafte Schultersteife linksseitig bei Schulter-Arm-Syndrom und degenerativen Veränderungen im Schulterergelenksbereich zu nennen. Eine unfallbedingte MdE verbleibe nicht.

Die Beklagte erkannte mit Bescheid vom 10. Dezember 2002 den Unfall vom 16. Dezember 1999 als Arbeitsunfall an und lehnte eine Verletztenrente ab. Der Kläger erhob am 08. Januar 2003 Widerspruch, welchen die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 18. Februar 2003 zurückwies. Die Beurteilung der unfallbedingten Erwerbsminderung in der gesetzlichen Unfallversicherung richte sich im Gegensatz zu den Bewertungen der privaten Unfallversicherung nach objektiven Gesichtspunkten im Rahmen einer abstrakten Schadensregulierung. Der Unfallversicherungsträger dürfe sich nicht an die Feststellungen der privaten Versicherung halten, bei welcher die Erwerbsminderung lediglich nach anatomisch funktionellen Gesichtspunkten einzuschätzen bzw. von der normalen Funktion der betroffenen Organe auszugehen und der Grad der Beeinträchtigung in Bruchteilen des vollen Gebrauchs- und Funktionswerts abzuschätzen sei.

Der Kläger hat sein Begehren mit der am 03. März 2003 zum SG erhobenen Klage weiterverfolgt. Er hat behauptet, die anhaltenden Beschwerden in der linken Schulter seien auf den Unfall vom 16. Dezember 1999 zurückzuführen. Das SG hat zunächst vom Kläger einen von ihm ausgefüllten Fragebogen zur Person angefordert und von ihm die am 17. Februar 2000 gefertigten Röntgenaufnahmen zu den Akten genommen. Das SG hat einen Befundbericht des den Kläger behandelnden Praktischen Arztes Dr. W. H vom 13. Juli 2004 und aufgrund Beweisanordnung vom 17. August 2004 das schriftliche Sachverständigengutachten des Chefarztes der Neurochirurgischen Abteilung des Krankenhauses N Prof. Dr. Z vom 04. Oktober 2004 eingeholt, wonach es für eine Auswirkung der degenerativen Veränderungen an der HWS auf das jetzige Beschwerdebild keinen Anhalt gebe und die Frage, ob das Unfallereignis am Eintritt der noch bestehenden Gesundheitsschäden mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ursächlich mitbeteiligt sei, im Rahmen eines orthopädisch-unfallchirurgischen Gutachtens zu beantworten sei. Das SG hat aufgrund Beweisanordnung vom 11. Februar 2005 das schriftliche Sachverständigengutachten des Direktors der Klinik für Chirurgie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des V Klinikums Dr. L vom 28. November 2005 eingeholt. Er hat ausgeführt, bis zum Unfall habe lediglich eine mäßige Arthrose des Schulterergelenks sowie eine geringfügige Arthrose des Schulterhauptgelenks bestanden. Mangels aktenkundiger Schulter- und Armbeschwerden links könne als gesichert gelten, dass die seit dem 16. Dezember 1999 bestehenden linksseitigen Schulterbeschwerden im Zusammenhang mit dem Unfall stünden. Der Vorschaden sei zwar eindeutig und als Schadensanlage ohne klinische Manifestation zu werten. Das Unfallereignis sei heftig gewesen; es habe direkt auf die Schulterweichteile eingewirkt, besonders den Musculus deltoideus, und habe im vorgeschädigten Gewebe eine Reaktion in Gang gesetzt, die zusammen mit den bekannten psycho-vegetativen Dysregulationsstörungen in ein chronifiziertes Schmerzsyndrom gemündet sei. Die degenerativen Veränderungen hätten als Vorschaden bestanden und durch den Unfall eine richtunggebende Verschlimmerung erfahren. Das Unfallereignis bilde eine wesentliche Teilursache für den Eintritt bzw. die Verschlimmerung des Schadens. Die anderen unfallfremden Ursachen seien somit nicht als alleinige wesentliche Ursache anzusehen. Vielmehr sei die Gewichtung beider Faktoren jeweils mit 50 % anzusehen, d.h. zur Hälfte Vorschaden, zur Hälfte Unfallereignis. Die unfallbedingte MdE betrage 10 v.H.

Die Beklagte ist dem Gutachten mit einer fachchirurgischen Stellungnahme des Chirurgen M vom 16. März 2006 entgegen getreten, wonach als verletzungsbedingter Körperschaden lediglich eine Prellung gesichert sei. Eine Strukturveränderung sei nach den bildgebenden Befunden auszuschließen. Die Aussage, dass das Unfallereignis eine Reaktion in Gang gesetzt habe, die in ein chronifiziertes Schmerzsyndrom gemündet sei, sei spekulativ. Der gerichtliche Sachverständige verkenne, dass eine klinisch stumme Verschleißumformung als Schadensanlage vorbestehen könne, d.h. als Teilursache für eine später manifeste Funktionsstörung in Frage komme. Eine Prellung, die nicht zu einer Strukturverletzung geführt sowie kernspintomographisch insbesondere keine tiefgreifenden Gewebeschäden hinterlassen habe, könne niemals wesentliche Ursache für ein anhaltendes Beschwerdebild sein. Der Kläger hat der Verwertung der Stellungnahme als Gutachten mit Schriftsatz vom 24. Mai 2006 widersprochen und sich zur Verwertbarkeit in der mündlichen Verhandlung vor dem SG am 08. Oktober 2008 und in der Folgezeit nicht mehr geäußert. Das SG hat von Dr. L die unter dem 22. Januar 2007 erstellte ergänzende Stellungnahme eingeholt, in welcher er bei seinem bisherigen Standpunkt verblieben ist.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 08. Oktober 2008 abgewiesen. Dr. L Einschätzung widerspreche dem einschlägigen arbeitsmedizinischen Schrifttum. Worin die von Dr. L erkannte Einmündung der psycho-neurovegetativen Dysregulationsstörung in ein chronifiziertes Schmerzsyndrom bestehe, bleibe offen. Es sei vielmehr der Einschätzung des Chirurgen M zu folgen, welche im Ergebnis auch durch das Gutachten Dr. V. H gestützt werde.

Der Kläger hat gegen das ihm am 01. Dezember 2008 zugestellte Urteil am 19. Dezember 2008 Berufung eingelegt. Er vertieft sein bisheriges Vorbringen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt/ Oder vom 08. Oktober 2008 aufzuheben sowie den Bescheid der Beklagten vom 10. Dezember 2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 18. Februar 2003 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm eine Verletztenrente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 16. Dezember 1999 nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von wenigstens 10 vom Hundert ab dem 11. März 2000 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat auf Antrag des Klägers das schriftliche Sachverständigengutachten des Facharztes für Chirurgie/ Orthopädie Dr. F. H (in Zusammenarbeit mit dem Facharzt für Chirurgie/ Orthopädie Dr. P) vom 25. März 2010 eingeholt. Dr. F. H hat festgestellt, dass beim Kläger eine massive Funktionsbeeinträchtigung des linken Schultergelenks bestehe. Durch das Zusammentreffen mit einem chronischen Schmerzsyndrom komme die resultierende Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit des linken Schultergelenks einer funktionellen Einsteifung gleich. Die Funktionseinschränkung und das chronische Schmerzsyndrom seien mit Wahrscheinlichkeit durch den Arbeitsunfall vom 16. Dezember 1999 verursacht worden. Die bestehende Vorschädigung aufgrund psycho-neurovegetativer Dysregulationsstörungen nach einer Contusio cerebri infolge eines Unfalls vom 21. September 1962 könne die Ausbildung des chronischen Schmerzsyndroms begünstigt haben. Die Schulterprellung infolge des Arbeitsunfalls vom 16. Dezember 1999 sei die wesentliche Ursache für die jetzige Erkrankung. Die röntgenologischen Veränderungen am Schultergelenk und am Schulterreckgelenk hätten bereits mindestens fünf Jahre vor dem Unfallereignis bestanden und hätten bis zu diesem Zeitpunkt weder eine Schmerzsymptomatik noch eine Funktionsstörung verursacht. Eine ärztliche Behandlung aufgrund dieser Veränderungen sei bis zum Unfallereignis nicht erfolgt.

Die Beklagte ist dem Gutachten mit einer Stellungnahme des Beratungsarztes D vom 01. Mai 2010 entgegen getreten. Danach sprächen gegen einen Unfallzusammenhang der fehlende Nachweis von Unfallverletzungen in allen bildgebenden Verfahren, die ausgeprägten degenerativen Veränderungen im Bereich des linken Schultergelenks, die bereits zum Unfallzeitpunkt bestanden hätten, und der Ausschluss einer Kapselschrumpfung als Ursache für die bestehende Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenks.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten und beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten betreffend die Unfälle aus den Jahren 1997, 1999, 2003 und 2006 verwiesen und inhaltlich Bezug genommen, welche vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, indem es davon ausgegangen ist, dass beim Kläger keine messbaren, rentenberechtigenden Krankheitsfolgen des Unfalls vom 16. Dezember 1999 bestehen. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig und beschweren den Kläger nicht. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Verletztenrente nach dem Arbeitsunfall vom 16. Dezember 1999.

Nach [§ 56 Abs. 1 S. 1](#) des Siebten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB VII) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vohundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht nach [§ 56 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#) für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente. Nach [§ 56 Abs. 1 S. 3 SGB VII](#) werden die Folgen eines Versicherungsfalles allerdings nur berücksichtigt, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern. Nach [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) sind Versicherungsfälle Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Nach [§ 8 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle der Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit. Nach [§ 8 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#) sind Unfälle zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Der Gesetzgeber bringt mit der Formulierung "infolge" in [§ 8 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) das Erfordernis eines Zusammenhangs zum Ausdruck. Es muss eine kausale Verknüpfung des Unfalls mit der betrieblichen Sphäre bestehen, mithin eine rechtliche Zurechnung für besonders bezeichnete Risiken der Arbeitswelt beziehungsweise gleichgestellter Tätigkeiten, für deren Entschädigung die gesetzliche Unfallversicherung als spezieller Zweig der Sozialversicherung einzustehen hat, und zwar nicht nur im Sinne einer Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne, sondern auch im Sinne der Zurechnung des eingetretenen Erfolges zum Schutzbereich der unfallversicherungsrechtlichen Norm als eines rechtlich wesentlichen Kausalzusammenhangs (Zurechnungslehre der wesentlichen Bedingung, ständige Rechtsprechung, etwa Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 09. Mai 2006 – [B 2 U 1/05 R](#) –, zitiert nach juris Rn. 13 ff.). Die Frage nach diesem Zurechnungszusammenhang stellt sich auf drei Ebenen, nämlich als Unfallkausalität zwischen ausgeübter Tätigkeit und Unfallereignis, als haftungsbegründende Kausalität zwischen Unfallereignis und Gesundheitserstschaden und als haftungsausfüllende Kausalität zwischen Gesundheitserstschaden und längerandauernden Unfallfolgen (BSG, a.a.O., Rn. 10; Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, Kap. 1.4, S. 21 f.). Die vorgenannten Merkmale der versicherten Tätigkeit und des Unfallereignisses müssen im Sinne des Vollbeweises, also mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliegen. Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (etwa BSG, Urteil vom 27. Juni 2006 – [B 2 U 20/04 R](#) –, zitiert nach juris Rn. 15). Ein Zusammenhang ist

hinreichend wahrscheinlich, wenn nach herrschender ärztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen ihn spricht und ernste Zweifel an einer anderen Ursache ausscheiden (vgl. BSG a.a.O., auch Rn. 18 und 20). Soweit das Gesetz in [§ 8 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#) eine äußere Ursache für den Gesundheitsschaden fordert, lösen im Umkehrschluss solche Gesundheitsschäden keinen Anspruch aus, welche auf so genannten inneren Ursachen beruhen. Dies sind körpereigene Ursachen infolge krankhafter Erscheinungen oder der Konstitution des Betroffenen (Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, a.a.O., Kap. 1.6.3, S. 28).

Dies zugrunde gelegt ist der Senat nicht im nach [§ 128 Abs. 1 S. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) gebotenen Maße im Sinne einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon überzeugt, dass beim Kläger infolge des im Unfall vom 16. Dezember 1999 liegenden Versicherungsfalls überhaupt eine rentenberechtigende Erwerbsminderung besteht. Die beim Kläger vorliegenden Erkrankungen im linken Schultergelenk sind keine (wesentliche) Folge des Unfalls vom 16. Dezember 1999. Die beiden vorliegenden gerichtlichen Sachverständigengutachten vermögen dafür nicht den erforderlichen Beweis zu erbringen.

Der Senat teilt stattdessen zunächst die gegen das erstinstanzlich eingeholte Sachverständigengutachten von Dr. L erhobenen Einwendungen des von der Beklagten herangezogenen Chirurgen M, wonach als Verletzungsbedingter Körpererstschaden lediglich eine Prellung gesichert, eine Strukturveränderung nach den bildgebenden Befunden auszuschließen und die Aussage, dass das Unfallereignis eine Reaktion in Gang gesetzt habe, die in ein chronifiziertes Schmerzsyndrom mündete, spekulativ ist.

Zunächst steht der Verwertung der gutachterlichen Stellungnahme des Chirurgen M vom 16. März 2006 nicht der mit Schriftsatz vom 24. Mai 2006 gegen ihre Verwertung erhobene Widerspruch des Klägers entgegen. Soweit die nach Aktenlage erstellte fachchirurgische Stellungnahme Ms überhaupt ein Gutachten im engeren Sinne und unter Verstoß gegen [§ 200 Abs. 2 SGB VII](#) ergangen sein sollte, wonach vor Erteilung eines Gutachterauftrags der Unfallversicherungsträger dem Versicherten mehrere Gutachter zur Auswahl benennen soll und der Betroffene auf sein Widerspruchsrecht hinzuweisen und über den Zweck des Gutachtens zu informieren ist, so reicht ein bloßer Verstoß gegen das Gutachterausswahlrecht nicht aus, um zu einem Beweisverwertungsverbot zu führen. Vielmehr muss gemäß [§§ 202 SGG](#) i.V.m. [§ 295](#) der Zivilprozessordnung (ZPO) zusätzlich eine entsprechende Verfahrensrüge in der auf den Mangel folgenden nächsten mündlichen Verhandlung erhoben werden, in welcher der Beteiligte vertreten ist (vgl. BSG, Urteil vom 05. Februar 2008 – [B 2 U 8/07 R](#) –, zitiert nach juris Rn. 68). Gerade an letzterem fehlt es, indem der in der mündlichen Verhandlung vor dem SG am 08. Oktober 2008 zugegen und anwaltlich vertreten gewesene Kläger die Verwertung der Stellungnahme Ms gerade nicht gerügt hat. So hat er am zuvor lediglich schriftsätzlich vorgebrachten Verwertungseinwand erkennbar nicht mehr festgehalten

In der Sache selbst verweist der Chirurg M in der Tat zutreffend darauf, dass sich für Dr. Ls Annahme, dass sich die anhaltenden Schulterbeschwerden im Wesentlichen auf den Unfall vom 16. Dezember 1999 zurückführen ließen, keine entsprechend schweren zeitnahen Befunde finden lassen. Er zieht insbesondere aus der MRT vom 27. März 2000, welche – als degenerative Vorschädigung – den Befund eines Impingements-Syndroms mit verminderter akromiohumeraler Distanz und Schulterreckgelenksarthrose sowie Verdünnung der Rotatorenmanschette ohne Anzeichen für eine Fraktur, Läsionen bzw. Rupturen der Rotatorenmanschette oder ein Knochenödem ergab, den überzeugenden Schluss, dass sich hier als Erstschaden nur eine durch ein Hämatom bzw. eine Prellmarke verobjektivierte Prellung der linken Schulter belegen lässt. Zwar erkennt Dr. L zunächst zutreffend, dass selbst eine klinisch stumme Verschleißumformung durchaus als Schadensanlage vorbestehen kann. Jedoch erfasst er nicht die Bedeutung einer solchen Schadensanlage als wesentliche Teilursache für eine später manifeste Funktionsstörung, und dass vor diesem Hintergrund eine Prellung, die – wie hier – nicht zu einer bleibenden Strukturverletzung führt sowie kernspintomographisch insbesondere keine tiefgreifenden Gewebeschäden hinterlässt, keine wesentliche Ursache für ein anhaltendes Beschwerdebild sein kann (vgl. Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, Kap. 8.2.5.6, S. 417). Bei alledem übersieht Dr. L, dass gegen die Annahme einer lediglich stumm gebliebenen Schadensanlage jedenfalls spricht, dass der Kläger bereits vor dem Unfall wiederholt von der linken Schulter ausgehende Beschwerden hatte, wie sie in den zum Unfall aus dem Jahr 1962 erstellten Gutachten (von Dr. J H vom 22. Juli 1965 mit dem Befund einer Hyposensibilität und Grobkraftverminderung im linken Arm und von Dr. S vom 15. Februar 1983 mit dem Befund, dass beim Armhalteversuch der linke Arm absinkt und eine Hyposensibilität des linken Arms mit gleichzeitiger Verminderung der groben Kraft besteht) und im Behandlungsverzeichnis Dr. W. Hs zum Ausdruck kommen. Bei alledem bleibt Dr. L ferner eine klare Diagnose und eine ins Einzelne gehende Abgrenzung der Unfallfolgen gegen die degenerative Vorschädigung schuldig, welche durch die MRT vom 27. März 2000 belegt wurde. So steht gerade die durch objektive Befunde (MRT vom 27. März 2000) wie auch Untersuchungsbefunde (vgl. H-Arzt-Bericht vom 20. März 2000: schmerzhafter Bogen bei Abduktion des linken Arms von 60° bis 120°) unterlegte Diagnose eines Impingements-Syndroms einer Unfallursächlichkeit im vorliegenden Fall entgegen. Beim Impingement-Syndrom handelt es sich um ein Engpasssyndrom im Sinne eines subacromialen Impingement-Syndroms infolge der Einengung des Raumes durch knöcherne Anbauten am Acromion (Schulterhöhe) oder am Oberarmkopf im Bereich des Tuberculum majus und im Bereich des Schulterreckgelenks, sei es durch eine Verdickung der Sehnen infolge krankhafter Prozesse – Tendopathie – oder funktionell durch das Höherentreten des Oberarmkopfes infolge einer Insuffizienz der Rotatorenmanschette, meist infolge einer Rotatorenmanschettenruptur (vgl. Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, a.a.O., Kapitel 8.4.4 S. 521). Ein so verstandenes und beim Kläger vorliegendes Impingement-Syndrom wird als isolierte Unfallfolge nicht diskutiert (vgl. Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, a.a.O., Kapitel 8.2.5.1 S. 411 und Kapitel 8.4.4 S. 521 f.). Es scheidet auch ein Impingement-Syndrom infolge einer unfallbedingten Rotatorenmanschettenruptur im Fall des Klägers aus. Denn eine Rotatorenmanschettenruptur konnte durch das MRT vom 27. März 2000 ausgeschlossen werden. Zu den objektiven Befunden enthält im Übrigen bereits das von der Beklagten in Auftrag gegebene Gutachten von Dr. V. H vom 17. April 2002 eine deutliche und korrekte Bewertung, indem dort ausgeführt wird, dass sich im Bereich der linken Schulterblattgelenkpfanne degenerative Veränderungen zeigen (Kantenanbauten am proximalen Gelenkpfannenpol, im Ansatzbereich der Supraspinatussehne am Tuberculum majus eine sichtbare Skleroseverdichtung, teilweise subchondrale kleine vakuolige Veränderungen, Arthrose im Schulterreckgelenk mit beginnender Ausbildung eines Traktionsexophyten an der Unterseite der lateralen Clavicula, zusätzlich deutliche sklerotische Veränderungen der Acromionunterfläche, knöcherne Einengung des Subacromialraums durch die degenerative Veränderung des Schulterreckgelenks auf der Y-Aufnahme linksseitig). Hieraus zieht Dr. V. H den nachvollziehbaren Schluss, dass an unfallfremden Erkrankungen beim Kläger unter anderem eine schmerzhafteste Schultersteife linksseitig bei Schulter-Arm-Syndrom und degenerativen Veränderungen im Schultergelenksbereich zu nennen sind, so dass keine unfallbedingte MdE verbleibt.

Zudem fehlt es hier – hiermit setzt sich Dr. L nicht hinreichend auseinander – an einem geeigneten Unfallhergang. Der Senat vermag trotz des eingehenden Vorbringens des Klägers zum Unfallhergang und insbesondere zur Intensität der auf sein Schultergelenk ausgeübten Gewalt keinen geeigneten Verletzungsmechanismus zu erkennen. Dies muss für eine – unfallbedingte – Rotatorenmanschettenverletzung (als Ursache des beim Kläger vorliegenden Impingements-Syndroms) eine Zugbeanspruchung mit unnatürlicher Längendehnung der Sehne

des Supraspinatus sein, wobei das Schultergelenk unmittelbar vor der Einwirkung muskulär fixiert gewesen und es plötzlich eine passive Bewegung gegeben haben muss, die überfallartig eine Dehnungsbelastung der Supraspinatussehne bewirken kann. Solche Bewegungsabläufe können sein: - Schulterverrenkung - massives plötzliches Hoch- oder Rückwärtsreißen des Armes z.B. beim Hängenbleiben mit dem Arm bei erheblicher Beschleunigung des Körpers oder Sturz auf den nach hinten ausgestreckten Arm - Sturz beim Fensterputzen aus der Höhe nach vorn mit noch festhaltender Hand, wobei das gesamte Körpergewicht in die Schulter fällt - Treppensturz mit Hand am Geländer - Sturz eines sich festhaltenden, stehenden Fahrgasts bei abrupter Bremsung oder Beschleunigung des Fahrzeugs (z. B. beim Frontal- oder Heckkollision eines Busses) - starke Zugbelastung bei gewaltsamer Rotation des Armes - Verdrehung des Armes, wenn dieser in eine laufende Maschine gezogen wird - abrupte, gewaltsame passive Bewegung des Armes nach körperwärts, wobei derartige Einwirkungen nur in den seltenen Fällen als geeignet angesehen werden können, in denen das Schultergelenk muskulär in Abduktion fixiert war. Ungeeignete Hergänge sind demgegenüber: - direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung oder Schlag), weil die Rotatorenmanschette durch den knöchernen Schutz des Acromions und Deltamuskel gut geschützt ist - Sturz auf den ausgestreckten Arm oder den angewinkelten Ellenbogen, fortgeleitete Krafteinwirkung bei seitlicher oder vorwärtsgeführter Armhaltung (Stauchung) - aktive Tätigkeiten die zu einer abrupten aber planmäßigen Muskelkontraktion führen (heben, halten, werfen) - plötzliche Muskelanspannungen (vgl. Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, a.a.O., Kapitel 8.2.5.2 S. 412 f.).

Hieran gemessen lässt sich ein geeigneter Verletzungsmechanismus bei einem Huftritt gegen die Schulter nicht einmal ansatzweise erkennen.

Auch das auf Antrag des Klägers eingeholte gerichtliche Sachverständigengutachten von Dr. F. H erbringt keinen Beweis für eine wesentliche Verursachung der Schulterbeschwerden durch das Unfallereignis. Insofern führt der von der Beklagten herangezogene Beratungsarzt D zutreffend aus, dass gegen einen Unfallzusammenhang der fehlende Nachweis von Unfallverletzungen in allen bildgebenden Verfahren, die ausgeprägten degenerativen Veränderungen im Bereich des linken Schultergelenks, die bereits zum Unfallzeitpunkt bestanden hätten, und der Ausschluss einer Kapselschrumpfung als Ursache für die bestehende Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenks sprächen. Dr. F. H lässt eine schlüssige Auseinandersetzung mit den gegen einen Zusammenhang sprechenden Umständen vermissen. So findet insbesondere keine Auseinandersetzung mit den Feststellungen Dr. V. Hs in dessen Gutachten vom 17. April 2002 statt, welcher auf einschlägige Vorerkrankungen hier in Form einer Arthrose im Schultergelenk mit beginnender Ausbildung eines Traktionsexophyten an der Unterseite der lateralen Clavicula, ferner auf deutliche sklerotische Veränderungen der Acromionunterfläche hinweist. Diese Feststellungen sprechen nach dem einschlägigen arbeitsmedizinischen Schrifttum gerade gegen eine wesentliche Unfallverursachung (vgl. Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, a.a.O., Kapitel 8.2.5.3 ff., S. 414 ff.). Ebenso wie Dr. L bleibt auch Dr. F. H eine Auseinandersetzung mit dem - durch die MRT vom 27. März 2000 gesicherten (intraartikulär kein Nachweis einer Läsion, kein Nachweis einer Läsion der Bizepssehne oder von Hämatomen in der Bizepsmuskulatur) - Fehlen typischer unfallbedingter Begleitverletzungen schuldig, welche bei einer traumatischen Verletzung im Bereich des Tuberculum majus, des Schulterdachs, der Schulterpfanne oder der langen Bizepssehne zu finden wären (vgl. Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, a.a.O., Kapitel 8.2.5.6, Seite 417). Ebenso wie Dr. L geht auch Dr. F. H auf die bereits vor dem Unfall bestehenden Funktionseinschränkungen nicht ein, welche - wie gesagt - in den zum Unfall aus dem Jahr 1962 erstellten Gutachten und im Behandlungsverzeichnis Dr. W. Hs erwähnt werden.

Insgesamt vermögen die beiden gerichtlichen Sachverständigengutachten auch aus weiteren Gründen nicht zu überzeugen. Sie würdigen etwa nicht, dass die bereits von Dr. P. H im für den privaten Versicherer des Klägers erstellten Gutachten vom 29. Oktober 2001 festgestellte Schulter-(Eck-)Gelenksarthrose auf einen vorbestehenden wesentlichen Schaden hindeutet (vgl. Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, eben dort und Kapitel 8.2.5.3, Seite 414). Mit dem fortgeschrittenen Alter der Klägers, welchem bei der Kausalitätsbeurteilung von Schulterbeschwerden gerade keine untergeordnete Rolle zukommt, wird sich ebenfalls nicht auseinandergesetzt und so nicht in die Bewertung eingestellt, dass die Rotatorenmanschette im hohen Maße der Degeneration (im Sinne eines die altersentsprechende Norm deutlich übersteigenden Zustands) unterliegt, welche zu einer herabgesetzten mechanischen Belastbarkeit führt, ab dem dritten Lebensjahrzehnt beginnt und nach dem 60. Lebensjahr die Wahrscheinlichkeit eines degenerativen Rotatorendefekts rasch - je nach Studie und Alter - auf 20 bis 100 % ansteigt (vgl. Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, eben dort und Kapitel 8.2.5.1, S. 410). Stattdessen schließen die beiden gerichtlichen Sachverständigen im Wesentlichen schon allein aus der zeitlichen Koinzidenz zwischen dem Unfall und den seitdem vom Kläger massiv zunehmend wahrgenommenen Schulterproblemen vorschnell auf eine wesentliche Unfallverursachung.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang des Verfahrens in der Sache selbst.

Die Revision ist mangels Zulassungsgrunds nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG](#) nicht zuzulassen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2012-02-10