

L 3 U 7/12

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Potsdam (BRB)

Aktenzeichen

S 12 U 115/09

Datum

11.11.2011

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 3 U 7/12

Datum

04.07.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 11. November 2011 wird zurückgewiesen. Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Anerkennung von weiteren Gesundheitsstörungen als Folge des Arbeitsunfalls vom 17. Oktober 2008 sowie die Übernahme von Kosten der Heilbehandlung und die Zahlung von Verletztengeld (VG).

Der 1960 geborene Kläger erlitt am 17. Oktober 2008 einen von der Beklagten anerkannten Arbeitsunfall (Wegeunfall), als er auf dem Weg zu seiner beruflichen Tätigkeit als Busfahrer stolperte und auf die rechte Schulter fiel. Hierbei zog er sich ausweislich des Berichts des Durchgangsarztes (DA) Dr. R, bei dem der Kläger sich am 20. Oktober 2008 vorstellte, eine Kontusion des rechten Schultergelenks zu. Die Röntgenaufnahmen erbrachten einen unauffälligen Befund, der Kläger beklagte Bewegungsschmerz im rechten Schultergelenk, eine eingeschränkte Beweglichkeit des Armes und einen Druckschmerz über dem Oberarmkopf; AC-Gelenk und Clavicula waren frei. DA R bescheinigte Arbeitsunfähigkeit (AU) vom 20. bis zum 25. Oktober 2008. Eine MRT-Aufnahme des rechten Schultergelenks vom 24. Oktober 2008 zeigte eine Ruptur der Supraspinatussehne distal mit Retraktion bis zum AC-Gelenk, eine Ruptur der Infraspinatussehne distal, teilweise Retraktion bzw. muskuläre Degeneration bei potentiellen Vorschäden, lokale Einblutungen, eine Zerrung/fraglicher Einriss des Subscapularissehnenansatzes sowie ein chronisches Impingement.

In einer beratungsärztlichen Stellungnahme vom 12. November 2008 führte Dr. B aus, dass Unfallhergang, Zeitpunkt der Erstvorstellung und Art der Verletzung (Ruptur sowohl der Supra- wie auch der Infraspinatussehne) gegen einen Ursachenzusammenhang zum Unfall sprechen würden. Die Ruptur sei als Anlassgeschehen im Rahmen der Schulterprellung zu werten.

Am 12. November 2008 wurde bei dem Kläger im E Klinikum eine Arthroskopie der rechten Schulter vorgenommen, wobei eine Rotatorenmanschetten-Massenruptur rechts nach Trauma vor vier Wochen diagnostiziert wurde. Ausweislich des OP-Berichtes vom 12. November 2008 wurde eine retrahierte Rotatorenmanschette, die sich an der Risszone als erheblich verdickt erwies, sowie ein extrem enger Raum zwischen Humeruskopf und Acromion festgestellt. Ausweislich des Zwischenberichts von Dr. S vom 20. November 2008 sei die vorgenommene Rotatorenmanschettenrekonstruktion wegen der extrem retrahierten nur als ein Erhaltungsversuch anzusehen. Im Zwischenbericht vom 02. Januar 2009 führte Dr. S aus, dass das Ereignis vom 17. Oktober 2008 durchaus als Arbeitsunfall gewertet werden könne, da Vorerkrankungen am rechten Schultergelenk nicht bekannt seien und das Ereignis – direkter Sturz auf die rechte Schulter – durchaus geeignet sei, eine Läsion an der Rotatorenmanschette hervorzurufen. Im MRT-Befund vom 24. Oktober 2008 fänden sich auch frische Verletzungsfolgen, wenn es auch einige Befunde gebe, die nicht zwingend auf einen Unfall zurückzuführen seien.

Im Bericht über die pathologisch-anatomische Begutachtung vom 14. November 2008 wurde eine chronisch-rezidierte Bursitis mit geringer entzündlicher Aktivität beschrieben (Bursa subacromialis).

Im Fragebogen "Rotatorenmanschettenverletzung" gab der Kläger an, er sei direkt auf die rechte Schulter gefallen, habe dabei den Arm halb an-, halb abgewinkelt gehabt und sich den Handrücken der rechten Hand blutig geschlagen. Nach dem Sturz habe er seinen Arbeitgeber informiert, sei nach Hause gegangen und habe die Schulter gesalbt. Er habe zuvor nie Schulterbeschwerden gehabt. Als Jugendlicher habe er Kraft- und Ausdauersport, Fuß- und Volleyball betrieben.

Die Beklagte erteilte nach Einholung einer beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. B (vom 15. April 2009) am 23. Juni 2009 einen

Bescheid über Ablehnung von Entschädigungsleistungen, in dem sie zwar einen Arbeitsunfall (Wegeunfall) mit Schulterprellung rechts vom 17. Oktober 2008 und eine daraus folgende unfallbedingte AU/Behandlungsbedürftigkeit für einen Zeitraum von 14 Tagen, also bis einschließlich zum 02. November 2008 anerkannte, darüber hinaus aber Entschädigungsleistungen ablehnte, da der Versicherungsfall nicht die rechtlich wesentliche Ursache für die festgestellte Rotatorenmanschetten-Massenruptur rechts gewesen sei.

Mit seinem hiergegen gerichteten Widerspruch machte der Kläger geltend, dass ein Sturz geeignet sei, eine Rotatorenmanschettenruptur hervorzurufen, denn die Muskeln seien instinktiv während eines solchen Ereignisses angespannt und das Einwirken stumpfer Gewalt auf angespannte Muskeln könne zum Riss führen. Ausgehend von einer Prellung mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung habe er zunächst versucht zu arbeiten und, da dies nicht möglich gewesen sei, nach dem Wochenende sofort den Arzt aufgesucht, der allerdings nur eine Quetschung diagnostiziert habe.

Mit Widerspruchsbescheid vom 18. September 2009 wies die Beklagte den Widerspruch unter Hinweis auf den ungeeigneten Unfallhergang, die medizinischen Feststellungen und die bei der Operation festgestellte Zurückziehung der Sehne, die für einen älteren degenerativen Riss spreche, als unbegründet zurück.

Mit seiner hiergegen vor dem Sozialgericht (SG) Potsdam erhobenen Klage hat der Kläger sein Begehren auf Anerkennung des Einrisses der Supraspinatussehne als Folge des Arbeitsunfalls vom 17. Oktober 2008, auf AU/Behandlungsbedürftigkeit über den 02. November 2008 hinaus, auf Übernahme der Kosten der Heilbehandlung sowie Zahlung von VG für die Zeit vom 20. Oktober bis zum 29. Dezember 2008 unter Wiederholung und Vertiefung seines bisherigen Vorbringens weiterverfolgt. Ergänzend hat er darauf hingewiesen, dass das Oberlandesgericht Celle mit Urteil vom 20. August 2009 (Az.: [8 U 10/09](#)) entschieden habe, dass eine Rotatorenmanschettenruptur ausnahmsweise auch durch einen Sturz auf die Schulter entstehen und der Sturz selbst dann als wesentliche Teilursache anzusehen sein könne, wenn bereits degenerative Verschleißerscheinungen vorliegen würden. Alterstypisch normale Verschleißerscheinungen, insbesondere im Bereich des Bewegungsapparates, könnten nicht als konkurrierende Ursache der wesentlichen Ursächlichkeit eines konkreten Verletzungsgeschehens entgegengehalten werden (vgl. SG Berlin, Urteil vom 15. Juni 2001, [S 67 U 118/00](#)). Auch DA Dr. S habe im Zwischenbericht vom 02. Januar 2009 den geschilderten Unfallhergang durchaus als zur Auslösung einer Rotatorenmanschettenruptur geeignet angesehen, zumal sich im MRT-Befund vom 24. Oktober 2008 frische Verletzungsfolgen gefunden hätten. Dem Ergebnis einer feingeweblichen Feststellung habe auch das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg im Urteil vom 15. April 2002 ([L 1 U 1844/00](#)) Bedeutung beigemessen. In einem anderen Urteil vom 19. Juli 2002 ([L 1 U 1896/00](#)) habe das LSG dargelegt, dass auch ein Sturz auf den seitlich vom Körper abgespreizten Arm einen Verletzungsmechanismus darstelle, der zur Beschädigung der Supraspinatussehne geeignet sei.

Auf Antrag des Klägers hat das SG Potsdam den Facharzt für Chirurgie Dr. W nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) mit der Erstellung eines Zusammenhangsgutachtens beauftragt. Der Sachverständige ist in seinem Gutachten vom 24. Juni 2011 (Untersuchung des Klägers am 06. April 2011) zu der Auffassung gelangt, dass das Unfallereignis in seiner aufgearbeiteten Form zwar grundsätzlich vom Bewegungsablauf her geeignet sein könne, die Rotatorenmanschette zu schädigen, jedoch würden die erhobenen Befunde weitaus mehr für eine überwiegende Bedeutung eines vorbestehenden erheblichen degenerativen Vorschadens sprechen, der bis zum Unfallzeitpunkt als stumme Schadensanlage dem Kläger nicht bekannt gewesen sei. Dies habe auch zur Folge, dass eine wesentliche Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens vom Grund her zu verneinen sei. Bei der Abwägung im Rahmen der Kausalitätsbeurteilung sprächen zwar für einen Unfallzusammenhang eine nicht dokumentierte Vorerkrankung, der nachträglich geklärte grundsätzlich geeignete Unfallmechanismus, der klinische Primärbefund (Bewegungsschmerz rechte Schulter, Vorheben bis 60°, seitwärts bis 30°, Druckschmerz über Oberarmkopf, Schultergelenk und Clavicula frei), der MRT-Befund innerhalb einer Woche nach dem Unfallereignis (Muskelzerrungen, Zerreißungen der Rotatorenmanschette, Einblutungen, keine fettige Degeneration der betroffenen Muskeln), der Befund während der OP (blutiger Gelenkerguss) sowie der im Rahmen dieses Gutachtens erhobene MRT-Befund rechts (ältere Sehnenzerreißungen mit fettiger Degeneration nur der betroffenen Muskeln, links keine fettige Degeneration der Rotatorenmanschettenmuskulatur). Diesen Umständen stünden aber überwiegende gegen eine Kausalität sprechende Umstände entgegen, nämlich zunächst das Alter des Klägers mit 48 Jahren zum Unfallzeitpunkt, armbelastende berufliche Tätigkeiten als Rechtshänder (Maschinen-/Anlagenbau, Kfz-/Panzer Technik, Soldat/NVA/ Grenztruppe, Busfahrer sowie ausgeübte Sportarten wie z. B. Volleyball). Bedeutung komme auch dem Umstand zu, dass der Kläger den Arzt erst am 4. Tag nach dem Unfall aufgesucht habe, dass keine äußeren Verletzungszeichen und auch kein Weichteilbluterguss und kein klinisch manifester Gelenkerguss festgestellt worden seien. Der Röntgenbefund habe einen beginnenden Hochstand des Oberarmkopfes sowie diskrete degenerative Veränderungen des rechten Schultergelenks ergeben. Das MRT habe ebenfalls unfallfremde Veränderungen am Oberarmkopf, beginnende Verschleißerscheinungen der Gelenkfläche und des rechten Schultergelenks sowie der Muskulatur mit verschleißbedingten Vorschäden und ein hochgradiges Impingement gezeigt. Bei der Operation sei festgestellt worden, dass der Raum zwischen Schulterhöhe/Oberarmkopf extrem eng und die Rotatorenmanschette an der Risszone erheblich verdickt gewesen seien und eine chronische Schleimbeutelentzündung vorgelegen habe. Ebenfalls gegen eine traumatische Verursachung spreche, dass der Kläger in den ersten Tagen keine sehr erheblichen Schmerzen gehabt habe und sich bis zum Arztbesuch nur mit ABC-Wärmecreme behandelt und dass sich die Beweglichkeit spontan rasch gebessert habe. Die jetzt gefertigten MRT-Aufnahmen hätten rechts eine erneute Zerreißung der Sehne der Obergrätenmuskeln und eine gestörte Heilung gezeigt, links ebenfalls degenerative Vorschäden, insgesamt jedoch geringer mit einem beginnenden Teilriss der Supraspinatussehne. Ebenfalls hätten die Röntgenaufnahmen beider Schultern eine beginnende Arthrose des Schultergelenks gezeigt. Unfallbedingte AU/Behandlungsbedürftigkeit habe für einen Zeitraum von 3 Wochen, also vom 20. Oktober bis zum 09. November 2008 vorgelegen. Beim Kläger hätten sich bereits 10 Tage nach dem Unfall eine seitengleiche Beweglichkeit in beiden Schultergelenken und nur Beschwerden bei gezielten Funktionstests ergeben, die aber mehr den degenerativen Vorschäden zuzurechnen seien.

Der Kläger hat gegen das Gutachten von Dr. W eingewendet, dass die erhobenen Befunde mehr für eine unfallbedingte Verursachung der Rotatorenmanschettenruptur sprächen. So habe der Gutachter dem Umstand, dass er keine altersuntypischen Verschleißerscheinungen gehabt habe, nicht genügend Bedeutung beigemessen. Selbst bei überwiegenden degenerativen Vorschäden entfalle die Unfallursächlichkeit nicht (vgl. OLG Hamm, [Versicherungsrecht 2002, S. 180](#)). Keinesfalls hätte ein anderes alltägliches Ereignis zu derselben Zeit dieselben Erscheinungen ausgelöst bzw. wären die Erscheinungen auch ohne äußere Einwirkung zu diesem Zeitpunkt aufgetreten. In Ergänzung zum Unfallhergang sei noch mitzuteilen, dass sein zum Unfallzeitpunkt getragenes Oberhemd am rechten Oberarm punktuell ein Loch aufweise, was darauf hindeute, dass er beim Sturz mit der geschädigten Schulter auf einen Stein oder ähnliches gefallen sein müsse. Zum Beweis dafür, dass er unmittelbar nach dem Unfall beim Eintreffen im Betrieb seinen verletzten Arm nicht habe

anheben können und einen blutigen Handrücken aufgewiesen habe, biete er den Zeugenbeweis von Arbeitskollegen an.

Mit Urteil vom 11. November 2011 hat das SG Potsdam die Klage unter Bezugnahme auf das Sachverständigengutachten von Dr. W vom 24. Juni 2011 abgewiesen. Aufgrund der fehlenden andauernden Unfallfolgen über den 19. November 2008 hinaus entfalle auch der Anspruch auf Gewährung von VG nach [§ 45](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII), da Folgen des Versicherungsfalles nach dem Ende der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber des Klägers nicht vorliegen würden. Weiterhin entfalle aus diesem Grund auch ein Anspruch auf Gewährung von Heilbehandlung nach [§ 27 SGB VII](#) und damit gebe es auch keine Grundlage für die begehrte Feststellung auf Übernahme der Heilbehandlungskosten.

Mit seiner hiergegen gerichteten Berufung hält der Kläger unter Wiederholung und Vertiefung seines bisherigen Vortrags an seinem Begehren fest und weist ergänzend darauf hin, dass seine als Zeugen benannten Arbeitskollegen, Herr G und Herr F, bei Dienstantritt beobachtet hätten, dass er den verletzten rechten Arm nicht mehr habe anheben können (sogenannter "drop arm") und einen blutigen Handrücken aufgewiesen habe. Nur 7 Tage nach dem Sturz hätten die behandelnden Ärzte T und W im MRT u. a. eine Ruptur der Sehne mit frischen Verletzungsfolgen diagnostiziert und bei der Arthroskopie habe sich u. a. ein blutiger Erguss gezeigt. Diese Untersuchungsbefunde belegten eine akute Substanzschädigung der Rotatorenmanschette rechts in zeitlichem und örtlichem Zusammenhang mit dem Sturz vom 17. Oktober 2008. Er sei vor dem Sturz in vollem Umfang beruflich und auch in der Freizeit sportlich tätig gewesen, ohne wegen Beschwerden in der Schulter in ärztlicher Behandlung gewesen zu sein. Es sei nicht davon auszugehen, dass ein anderes alltägliches Ereignis die Erscheinungen zum selben Zeitpunkt ausgelöst hätte. Die festgestellten degenerativen Veränderungen in der rechten Schulter würden nichts über den Zustand der Rotatorenmanschette aussagen, ein Vorschaden als konkurrierende Ursache sei in seinem Fall nicht nachgewiesen.

Der Sachverständige Dr. W ist in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 28. Dezember 2012 bei seiner Auffassung geblieben und hat insbesondere betont, dass beim Kläger das Vorliegen eines degenerativen Vorschadens zweifelsfrei als konkurrierende Ursache nachgewiesen worden sei. Dieser Vorschaden sei so ausgeprägt, dass auch ein alltägliches Ereignis zu derselben Zeit dieselben Erscheinungen ausgelöst hätte bzw. die Erscheinungen auch ohne äußere Einwirkungen zu diesem Zeitpunkt aufgetreten wären.

Der Kläger hat beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 11. November 2011 aufzuheben und unter Abänderung des Bescheides vom 23. Juni 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. September 2009 festzustellen, dass die Rotatorenmanschettenruptur rechts Folge seines Arbeitsunfalls vom 17. Oktober 2008 ist, ferner die Beklagte zu verurteilen, Arbeitsunfähigkeit/Behandlungsbedürftigkeit über den 19. November 2008 hinaus bis zum 15. März 2009 anzuerkennen, an ihn Verletztengeld für die Zeit vom 18. Dezember 2008 bis zum 15. März 2009 zu leisten sowie ihm entstandene Kosten der Heilbehandlung zu erstatten.

Die Beklagte hat beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung insbesondere unter Berücksichtigung des sehr ausführlichen und gut abgewogenen Gutachtens des Gerichtssachverständigen Dr. W, der in entscheidenden Punkten ihre Auffassung bestätigt habe, für unbegründet. Ob man zwei oder drei Wochen unfallbedingte AU annehme, sei für den Kläger bedeutungslos, da noch bis zum 30. November 2008 Anspruch auf Entgeltfortzahlung bestanden habe.

Im Erörterungstermin vor dem LSG Berlin-Brandenburg vom 07. März 2013 haben die Beteiligten übereinstimmend erklärt, dass auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet werde und auch ihr Einverständnis mit einer Entscheidung durch die Berichterstatterin erklärt ([§ 155 Abs. 3](#) u. 4, [§ 124 Abs. 2 SGG](#)).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten und die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen und inhaltlich Bezug genommen, die Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berichterstatterin kann, weil die vorliegende Streitsache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist, nicht von grundsätzlicher Bedeutung ist, in Ausübung des insofern eröffneten richterlichen Ermessens anstelle des Senats im schriftlichen Verfahren ohne Durchführung einer mündlichen Verhandlung entscheiden, nachdem die Beteiligten hierzu ihr Einverständnis erklärt haben ([§§ 155 Abs. 3](#) und 4, [153 Abs. 1](#) i. V. m. [§ 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die form- und fristgemäße Berufung des Klägers hat keinen Erfolg. Das Sozialgericht Potsdam hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 23. Juni 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. September 2009 ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Anerkennung weiterer Arbeitsunfallfolgen bzw. auf Gewährung von Entschädigungsleistungen wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 17. Oktober 2008.

Es kann dahin stehen, ob der Klageantrag auf Zahlung von VG und Erstattung von Heilbehandlungskosten - neben dem Antrag auf Feststellung der Rotatorenmanschettenruptur als Unfallfolge und auf Anerkennung von AU/Behandlungsbedürftigkeit über den 19. November 2008 hinaus - überhaupt ein zulässiger Gegenstand des vorliegenden Klage- und Berufungsverfahrens sein kann, denn die Beklagte hat in ihren angefochtenen Bescheiden lediglich pauschal die Erbringung von Entschädigungsleistungen aufgrund des Unfalls über den 02. November 2008 abgelehnt, ohne konkret zu Entschädigungsleistungen (z.B. [§§ 27](#) ff. SGB VII (Heilbehandlung) und [§§ 45](#) ff. SGB VII (Verletztengeld)) zu befinden. Allerdings sind in den [§§ 27](#) ff. und [45](#) ff. SGB VII (Heilbehandlung und Verletztengeld) nur die spezifischen Voraussetzungen der jeweiligen einzelnen Leistungsrechte ausgestaltet, wogegen die allgemeinen Rechtsvoraussetzungen, die für alle Leistungsrechte des SGB VII gleichermaßen gelten, nämlich die Regelungen über den Versicherungsfall und die ihm zuzurechnenden Unfallfolgen ([§§ 7 - 13](#) i. V. m. [§§ 2 - 6 SGB VII](#)) vorab und einheitlich ausgestaltet sind. Der Feststellung, ob und welche Gesundheitsstörungen Folgen eines Versicherungsfalles sind, kommt also eine über den einzelnen Leistungsanspruch hinausgehende rechtliche Bedeutung auch für Ansprüche auf Heilbehandlung/Verletztengeld zu (BSG, Urteil vom 05. Juli 2011, [B 2 U 17/10 R](#), in juris, Rn. 12, 17, 19 ff.).

Versicherungsfälle sind gemäß [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) 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. 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 verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen von Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitsschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls (BSG, Urteil vom 02. April 2009, B 2 u 29/07 R, in juris). Ein Gesundheitsschaden i. S. des [§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) ist grundsätzlich jeder regelwidrige körperliche, geistige oder seelische Zustand, der unmittelbar durch die (von außen kommende, zeitlich begrenzte) Einwirkung bei versicherter Tätigkeit verursacht wurde. Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt, dass die Merkmale "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung zur Zeit des Unfalls", "Unfallereignis" sowie "Gesundheitsschaden" im Wege des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der wesentlichen Ursachenzusammenhänge zwischen diesen Voraussetzungen die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit. Ob der Gesundheitsschaden eines Versicherten durch einen Arbeitsunfall (wesentlich) verursacht wurde, entscheidet sich danach, ob das Unfallereignis selbst - und nicht eine andere, unfallunabhängige Ursache - die wesentliche Bedingung für den Eintritt des Gesundheitsschadens war (BSG, Urteil vom 09. Mai 2006, [B 2 U 1/05 R](#), in juris).

Hiervon ausgehend handelt es sich bei dem Ereignis vom 17. Oktober 2008 um einen Arbeitsunfall des Klägers i. S. v. [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#), den die Beklagte auch anerkannt hat. Nach Auswertung aller fachärztlicher Stellungnahmen und Unterlagen ist es allerdings mangels belastbarer, objektiver Befunde nicht mindestens hinreichend wahrscheinlich zu machen, dass das Unfallereignis vom 17. Oktober 2008 ursächlich im Sinne einer wesentlichen Verursachung zu dem geltend gemachten Gesundheitsschaden, nämlich zu einer Rotatorenmanschettenruptur rechts mit der Folge einer über den 02. November 2008 hinaus andauernden AU/Behandlungsbedürftigkeit geführt hat, denn es sprechen mehr Gründe gegen eine solche Kausalität als dafür.

Das Gericht folgt dem Gutachten des auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) beauftragten gerichtlichen Sachverständigen des erstinstanzlichen Verfahrens Dr. W vom 24. Juni 2011. Der Sachverständige hat den Kläger am 06. April 2011 in der Zeit von 13:45 Uhr bis 15:45 Uhr eingehend befragt und körperlich untersucht und eine Röntgen- und MRT-Diagnostik beider Schultergelenke im Seitenvergleich durchgeführt und die früher erhobenen Befunde (z. B. MRT-Bericht vom 24. Oktober 2008, Op-Bericht vom 12. November 2008) sowie der gesamte Inhalt der Verwaltungs- und Gerichtsakten sorgfältig aufbereitet. Er hat unter Aufstellung von "Pro-" und "Kontra-Kriterien" für und gegen einen Unfallzusammenhang in äußerst ausführlicher und sorgsamer Weise nachvollziehbar festgestellt, dass das Unfallereignis zwar möglicherweise vom Bewegungsablauf geeignet gewesen sei, die Rotatorenmanschette zu schädigen, dass jedoch die Befunde weitaus mehr für ein komplexes Schadensbild mit hoher Ansprechbarkeit der degenerativ vorgeschädigten Rotatorenmanschette spreche, so dass die Bedeutung des Unfallereignisses geringer einzuschätzen sei mit der Folge, dass der Riss der Rotatorenmanschette nicht hinreichend wahrscheinlich wesentlich auf das angeschuldigte Ereignis zurückzuführen sei.

Um die Würdigung des Sachverständigen nachzuvollziehen, muss zunächst auf die anatomischen Besonderheiten eingegangen werden. Die Rotatorenmanschette besteht aus vier Muskeln, die das Schulterhauptgelenk stabilisieren (Unterschulterblattmuskel [subscapularis], Obergrätenmuskel [supraspinatus], Rundmuskel [Teres minor], Untergrätenmuskel [infraspinatus]). Die Rotatorenmanschette liegt zwischen dem Oberarmkopf und dem Schulterdach (Acromion), hält den Oberarmkopf in korrekter Stellung zur Pfanne und kontrolliert die Roll-Gleit-Bewegungen. Die Rotatorenmanschette unterliegt in hohem Maße der Degeneration, d.h. einem die altersentsprechende Norm deutlich übersteigenden Zustand, beginnend ab dem dritten Lebensjahrzehnt und führt zu einer herabgesetzten mechanischen Belastbarkeit. Zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr nehmen die Partialrupturen zu, es bestehen meist inkomplette Teildefekte und Ausdünnungen des Sehnen Gewebes. Als Ursache werden Minderdurchblutungen genannt sowie zunehmender Verschleiß der Sehnen durch Abrieb in der Enge des subachromialen Raumes (Engpass- bzw. Impingementsyndrom). Bei der Kausalitätsprüfung ist zu berücksichtigen, dass es einen isolierten ausschließlich traumatischen Riss der Sehne des Supraspinatusmuskels nicht gibt und dass auch die isolierte Verletzung der Rotatorenmanschette die Ausnahme ist. Wird hingegen das Schultergelenk in seiner Gesamtheit geschädigt, kann es somit zu Verletzungen der Rotatorenmanschette kommen. Für Verschleißerscheinungen sind ursächlich bestimmte Überlastungen, wie z. B. beim Sport oder bei armbelastender Arbeit, oder konstitutionelle Anlagen. Bei langdauernder Überbeanspruchung des Sehnenanteils entstehen narbige Umformungen, die durch Einrisse einzelner Fasern entstanden sind, so dass die Sehne sich degenerativ verändert und entsprechend geschwächt wird (vgl. ausführlich Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl., Anm. 8.2.5 S. 409 ff.).

Von diesen Grundsätzen ausgehend hat die einschlägige unfallmedizinische Literatur geeignete und ungeeignete Verletzungsmechanismen an biomechanischen Modelluntersuchungen und Einzelfallstudien ermittelt. Hiernach stellen direkte Krafteinwirkungen auf die Schulter wie bei Sturz, Prellung, Schlag prinzipiell ungeeignete Hergänge dar. Dies gilt auch für einen Sturz auf den ausgestreckten Arm oder den angewinkelten Ellenbogen sowie bei fortgeleitete Krafteinwirkung bei seitlicher oder vorwärts geführter Armhaltung (Stauchung). Diese Annahme überzeugt, weil die Rotatorenmanschette durch die knöcherne Schulterhöhe (Acromion) und den Delta-Muskel gut geschützt ist (vgl. Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, a.a.O., Kap. 8.2.5.2, S. 413). Aus diesem Grund ist auch ein Fall auf die rechte Schulter, wie ihn der Kläger erlitten hat, ein i. d. R. ungeeigneter Unfallhergang, unabhängig davon, ob der Sturz sich bei ausgestrecktem oder angewinkeltem Arm ereignet hat. Es finden sich im Streitfall keine Anhaltspunkte für eine muskuläre Fixierung des Schultergelenks mit plötzlicher passiver Bewegung, etwa ein plötzliches Hoch- und Rückwärtsreißen des Arms durch Hängenbleiben bei erheblicher Beschleunigung des Körpers, etwa bei einem Treppensturz mit der Hand am Geländer, oder einem Sturz auf den nach hinten ausgestreckten Arm, oder eine starke Zugbelastung bei gewaltsamer Rotation des Armes (vgl. zu den geeigneten Unfallmechanismen Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, a.a.O., S. 412). Der Kläger behauptet auch derartige Hergänge, die auf eine plötzliche überfallartige Dehnungsbelastung der Supraspinatussehne schließen ließen, nicht.

Abweichend von diesen Erwägungen hat der Sachverständige Dr. W zugunsten des Klägers einen Unfallmechanismus unterstellt, der möglicherweise geeignet sein könnte, die Rotatorenmanschette zu schädigen. Diese Würdigung stellt nach Ansicht des Gerichts jedoch lediglich einen möglichen, aber nicht einen sicher und im Vollbeweis nachgewiesenen Unfallmechanismus dar. Vielmehr hat der Sachverständige unter Berücksichtigung der Angabe des Klägers, er habe sich bei dem Sturz einen blutigen Handrücken zugezogen, einen Geschehensablauf konstruiert, bei dem der seitlich abgehaltene rechte Arm beim Aufschlag für einen kurzen Augenblick zum Hebelarm

geworden sei, so dass der rechte Oberarm im Schultergelenk abrupt passiv rückwärts überstreckt wurde (vgl. Seite 54 des Gutachtens). Hierzu ist zu sagen, dass die Bezeichnung "Hebelarm" für einen nicht gewaltsam fixierten Arm nicht direkt zutrifft, denn anders, als wenn jemand versucht, sich mit dem ausgestreckten Arm und der Innenfläche der Hand abzufangen, leistet der angewinkelte Arm keinen derartigen Widerstand und damit auch kein "Hebeln" unter dem fallenden Gewicht des Körpers. Nicht ganz deutlich sind auch die Ausführungen des Sachverständigen, beim Aufschlagen des Handrückens müsse der rechte Daumen zum Körper hin gezeigt haben, was nur bei einer Einwärtsdrehung des Armes möglich sei. Nachvollziehbarer wäre gewesen, dass bei Verdrehung des Armes und Aufschlagen mit dem Handrücken der Daumen nach außen gezeigt hätte. Die Wertung, die der Sachverständige vornimmt, zeigt mithin nur einen möglichen, jedoch nicht einen sicher nachvollziehbaren Unfallmechanismus auf, was Dr. W auch dadurch deutlich macht, dass er seine Ausführungen zu diesem Unfallhergang in die Möglichkeitsform eingekleidet.

Davon abgesehen, ist im Folgenden den Ausführungen des Sachverständigen, die sich mit allen relevanten Abgrenzungskriterien im Rahmen der Kausalitätsprüfung beschäftigen, voll und ganz zustimmen. So geben typische Begleitverletzungen wesentliche Hinweise auf einen Unfallzusammenhang. Derartige für eine traumatische Rotatorenmanschettenverletzung typische Begleiterscheinungen sind hier aber nicht sicher feststellbar. Auszuschließen sind zunächst die häufig bei einem schweren Verwundungstrauma vorkommenden knöchernen Verletzungen, denn diese hätten sich in der Röntgenaufnahme vom 20. Oktober 2008 und auch in der MRT-Aufnahme vom 24. Oktober 2008 nachweisen lassen. Aus dem Fehlen derartiger Verletzungen rechtfertigt sich der Schluss, dass keine allzu große Kraft auf das Schultergelenk eingewirkt haben kann. Als einzige zu diskutierende mögliche Begleitverletzung bleibt der in der MRT-Aufnahme vom 24. Oktober 2008 und auch im OP Bericht vom 11. November 2008 beschriebene blutige Gelenkserguss, dessen Ursache aber auch der Sachverständige Dr. W nicht sicher auszumachen vermochte.

Fest steht demgegenüber, dass die Rotatorenmanschette des Klägers ausweislich der MRT-Aufnahme von 24. Oktober 2008 und des OP-Berichts vom 12. November 2008, der die sicherste Beurteilungsgrundlage liefert, ganz erheblich degenerativ geschädigt war, auch wenn es sich insoweit um eine stumme Schadensanlage gehandelt haben mag, die dem Kläger vorher nicht ins Bewusstsein gelangt war. Hierfür spricht zunächst der Umstand, dass es sich um eine so genannte Rotatorenmanschetten-Massenruptur gehandelt hat, also nicht um einen einzigen Einriss, sondern um eine Vielzahl von kleinen Rissen. Eine Masseneruptur deutet auf eine degenerative Schädigung hin, was nicht ausschließt, dass das Unfallereignis zu weiteren kleinen Rissen geführt haben mag. Des Weiteren wurde intraoperativ festgestellt, dass die Risszone der Rotatorenmanschette erheblich verdickt war bei extrem engem Raum zwischen Schulterhöhe und Oberarmkopf. Schließlich spricht die im OP-Bericht beschriebene erhebliche Retraktion der Supra- und Infraspinatussehnenenden sowie das Impingementsyndrom für ein fortgeschrittenes degeneratives Geschehen. Die beim Kläger vorliegende fortgeschrittene Engpasssituation kann aber nicht Unfallfolge sein, sondern deutet auf eine degenerative Schadensanlage hin, wie sie häufig bei verstärkter Belastung des betroffenen Arms über viele Jahre gesehen wird. Aus der Biografie des Klägers ergibt sich, dass er Sportarten und berufliche Tätigkeiten, die mit verstärkter Belastung des rechten Arms verbunden sind, über viele Jahre ausgeübt hat. In diesem Zusammenhang sei nochmals darauf hingewiesen, dass die Rotatorenmanschette in hohem Maße der Degeneration unterliegt, wobei die meisten degenerativen Rotatorenmanschettschäden zunächst bei dem dominanten Arm, also bei einem Rechtshänder am rechten Arm, und außerdem häufiger bei Männern als bei Frauen auftreten (vgl. Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, a.a.O., 8.2.5.1 und 2, S. 410, 413). Die Folge eines derart veränderten Sehngewebe ist es, dass ein Riss durch ein vergleichsweise geringfügiges Trauma entstehen kann, so wie es im Alltag jederzeit vorkommt (z.B. Zuschlagen einer schweren Tür, Heben von Gegenständen von einem hohen Regal). Ein nahezu identisches Bild zeigte sich im später erhobenen MRT-Befund vom 21. April 2011. Die Aufnahme vom linken Schultergelenk zeigte ebenfalls Hinweise auf einen beginnenden Gelenkverschleiß, typischerweise bei einem Rechtshänder links weniger ausgeprägt als rechts.

Zu Recht weist Dr. W auch auf weitere Umstände hin, die Hinweise zur Klärung der Unfallkausalität geben können, etwa auf den klinischen Lokalbefund, den Schmerzverlauf sowie auf Bewegungseinschränkungen. Hiernach hat der klinische Befund beim Kläger weniger demjenigen einer traumatischen Zerreißung der Sehne entsprochen, denn diese geht regelmäßig mit starken Schmerzen, einem Kraft- und Funktionsverlust, erheblicher Bewegungsstörung, einer diffusen Schwellung der Schulter mit ausgedehntem Bluterguss direkt nach dem Unfallereignis einher, um dann bei fortbestehender Einschränkung der Beweglichkeit und Kraftminderung, die im Gegensatz zu einer degenerativen Vorschädigung nicht ausgeglichen werden kann, langsam abzunehmen. Derartige Befunde sind jedoch in den zwei durchgangsrärztlichen Untersuchungen nicht beschrieben worden. Der Kläger behandelte die Schmerzen nur mit Salbe, die Einnahme von Schmerztabletten war offen sichtlich nicht nötig. Schließlich zeigt auch die pathologisch-anatomische Begutachtung von 14. November 2008 Hinweise auf eine chronische Bursitis, die unter Berücksichtigung ihres Erscheinungsbildes nicht erst seit dem Unfallereignis bestanden haben kann, sondern vermutlich aufgrund der Engpasssituation, die zu einem Reiben der Sehne am Schulterdach geführt hat. Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten zur Feststellung der Unfallkausalität nimmt das Gericht Bezug auf das sehr ausführliche Gutachten des Sachverständigen Dr. W und auf die dort zusammen gestellten "Pro-" und "Contra"-Beurteilungskriterien (Bl. 90 und 91 des Gutachtens).

Schließlich lässt sich auch aus dem zitierten Urteil des OLG Celle vom 20. August 2000 keine für den Kläger günstigere Beurteilung des Sachverhalts herleiten. Dort wird zwar ausgeführt, dass ein Sturz auf die Schulter ausnahmsweise selbst dann ursächlich für eine Rotatorenmanschettenruptur sein könne, wenn diese ganz erheblich degenerativ vorgeschädigt gewesen sei (dort mit ca. 80 %). Wenn das OLG weiterhin ausführt, dass der Kausalzusammenhang selbst dann nicht entfalle, wenn unfallfremde Ursachen überwiegend zu der Gesundheitsschädigung beigetragen hätten, entspricht diese Wertung nicht dem im gesetzlichen Unfallversicherungsrecht des SGB VII herrschenden Kausalitätsbegriff im Sinne der Theorie der wesentlichen Bedingung, sondern dem davon abweichenden Kausalitätsbegriff des Zivilrechts. Ein vom vorliegenden Fall abweichender Sachverhalt lag auch dem ebenfalls angeführten Urteil des SG Berlin vom 15. Juni 2001 ([S 67 U 118/00](#)) zu Grunde. Im dortigen Fall erschien es dem SG bereits äußerst zweifelhaft, ob beim Kläger überhaupt eine krankhafte Vorschädigung der Rotatorenmanschette bestand, zudem lag ein anderer Geschehensablauf zu Grunde, nämlich ein festgestelltes ruckartiges Ziehen mit maximalem Kraftaufwand. Inwieweit schließlich das Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 15. April 2002 ([L 1 1844/00](#)) den Klagevortrag stützen soll, erschließt sich nicht. Das LSG hat gerade darauf hingewiesen, dass eine Unfallursächlichkeit bei einem Rotatorenmanschettschaden nur unter der Voraussetzung bejaht werden könne, dass das Schultergelenk unmittelbar vor der Einwirkung muskulär fixiert gewesen sei und plötzlich eine passive Bewegung hinzukomme, die überfallartig eine Dehnungsbelastung der Subspinassehne bewirke, und es hat unterstützend eine enge zeitliche Verknüpfung zwischen Ereignis und Symptomatik sowie einen typischen klinischen und radiologischen Befund gefordert, und daneben möglichst auch eine Histologie, die eine frische strukturelle Läsion und/oder eine frische reparative Reaktion belege. An diesen Voraussetzungen fehlt es im Streitfall, es kann in soweit auf die vorhergegangenen Ausführungen verwiesen werden. Schließlich stützt auch das Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 19. Juli 2002 ([L 1 U 1896/00](#)) nicht das klägerische Begehren. Zum einen wurde der Unfallhergang dort abweichend vom hiesigen Fall in der Form festgestellt,

dass der dortige Kläger gar nicht auf die Schulter aufgeschlagen, sondern den Boden zuerst mit der Hand berührt habe und durch die erhobenen Befunde ein direkter Sturz auf die Schultern ausgeschlossen wurde, was hier gerade nicht der Fall ist. Schließlich wurden beim dortigen Kläger auch keine wesentlichen degenerativen Veränderungen der Rotatorenmanschette, insbesondere kein Impingementsyndrom, festgestellt.

Dass schließlich der DA Dr. S im Zwischenbericht vom 02. Januar 2009 den geschilderten Unfallhergang durchaus als zur Auslösung einer Rotatorenmanschettenruptur geeignet angesehen hat, belegt ebenfalls nicht den Ursachenzusammenhang. Zum einen weist auch Dr. S darauf hin, dass sich im MRT-Befund vom 24. Oktober 2008 neben frischen Verletzungsfolgen auch einige Befunde befänden, die nicht zwingend auf einen Unfall zurückzuführen seien, zum anderen oblag dem DA und behandelnden Arzt nicht die Abgabe einer den Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherung genügenden Kausalitätsbeurteilung. Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass sowohl der von Dr. S zitierte MRT-Befund vom 24. Oktober 2008 deutlich auf vorhandene Degeneration hinweist (Zurückziehung der Supraspinatussehne bis ins AC-Gelenk, zusätzliche Einrisse, chronisches Impingement).

Nach alledem kann die Ruptur der Rotatorenmanschette rechts nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit als Folge des Arbeitsunfalls des Klägers vom 17. Oktober 2008 festgestellt werden. Aus diesem Grund kann auch keine AU/Behandlungsbedürftigkeit über den 02. November 2008 hinaus bis zum 15. März 2009 anerkannt werden. Hiermit entfällt auch der Anspruch auf Zahlung von Verletztengeld für die Zeit vom 18. Dezember 2008 bis zum 15. März 2009 sowie der Anspruch auf weiterhin zu erstattende Kosten der Heilbehandlung.

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

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2013-07-22