

## L 8 U 2877/12

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
8  
1. Instanz  
SG Reutlingen (BWB)  
Aktenzeichen  
S 7 U 3629/10  
Datum  
21.03.2012  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 8 U 2877/12  
Datum  
27.06.2014  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 21. März 2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten sind die Folgen eines Arbeitsunfalles und ein Anspruch auf Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung streitig.

Der 1954 geborene Kläger rutschte am 29.04.2010 in Ausübung seiner Tätigkeit als Kundendienstmonteur der Firma H. K. , Gabelstaplervertrieb, beim Anziehen einer größeren Verschraubung ab und verspürte einen Schmerz in der rechten Schulter. Röntgenaufnahmen der rechten Schulter vom 03.05.2010 zeigten einen mäßigen Humeruskopfhochstand, eine leichte AC-Arthrose rechts und eine Bursitis calcarea. Eine Kernspintomographie der rechten Schulter am 05.05.2010 erbrachte eine Läsion der Rotatorenmanschette bei Ruptur der Supraspinatussehne und alte Ruptur der Subscapularissehne mit deutlicher fettiger Muskelatrophie sowie eine alte Ruptur der langen Bizepssehne im intraartikulären Bereich. Als Diagnosen wurden eine Schulterdistorsion rechts, eine alte Ruptur der langen Bizepssehne links, eine frische Ruptur der Supraspinatussehne rechts und eine alte Ruptur der Subscapularissehne rechts gestellt (Durchgangsarztbericht Dr. B. vom 03.05.2010 und Zwischenbericht vom 15.05.2010, radiologischer Bericht Dr. Schw. vom 07.05.2010).

Zum Unfallgeschehen wurde im Durchgangsarztbericht vom 03.05.2010 und in der Unfallanzeige vom 28.05.2010 mitgeteilt, der Kläger habe im Liegen bei einer Reparatur an einem Gabelstapler eine größere Verschraubung mit viel Zugkraft angezogen. Während des Anziehens sei er mit dem Ring-Gabelschlüssel abgerutscht und er sei mit dem rechten Arm auf die Seite gekippt bzw. der rechte Arm sei mit voller Wucht nach hinten gerissen worden. Beim Abrutschen sei ein stehender Schmerz in der rechten Schulter aufgetreten. Zugleich sei der Kläger mit seinem ganzen Körpergewicht auf den rechten Arm gefallen. Im von ihm unterschriebenen Fragebogen "Schulter-Verletzung" der Beklagten gab der Kläger unter dem 07.06.2010 an, bei der Reparatur an einem Gabelstapler im Liegen eine größere Verschraubung mit viel Zugkraft angezogen zu haben. Hierbei sei er bei voller Zugbelastung mit dem Ring-Gabelschlüssel abgerutscht. Der rechte Arm sei dabei mit voller Wucht nach hinten geschleudert worden. Danach sei er mit den Körper auf die Schulter gefallen. Die Verletzung sei nicht durch einen Sturz oder durch ein Heben oder Auffangen eines Gegenstandes oder des Körpers eingetreten. Er habe noch weiter gearbeitet. Schmerzen seien sofort stechend in der Schulter bzw. im Oberarm aufgetreten, die nach einer Ruhepause weniger geworden seien. Er habe den Arm seitlich nach vorne nur noch wenig, nach hinten besser bewegen können. Diese Angaben wiederholte der Kläger im Wesentlichen bei einer Vorstellung in der Berufsgenossenschaftlichen (BG) Unfallklinik T. am 31.05.2010 (Zwischenbericht der BG Unfallklinik T. vom 11.06.2010).

Die Beklagte ging von einer wieder eingetretene Arbeitsfähigkeit ab dem 26.06.2010 aus (Telefonnotiz vom 02./06.07.2010).

Mit Bescheid vom 08.07.2010 lehnte die Beklagte einen Anspruch auf Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 29.04.2010 ab, da die Erwerbsfähigkeit nicht um wenigstens 20 v.H. gemindert sei. Der Arbeitsunfall habe zu einer Prellung der rechten Schulter geführt. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit habe allenfalls für wenige Tage bestanden. Der festgestellte Riss der Rotatorenmanschette und der langen Bizepssehne seien nicht durch den Arbeitsunfall entstanden, sondern beruhten auf degenerativen Veränderungen im rechten Schultergelenk.

Gegen den Bescheid vom 08.07.2010 legte der Kläger am 21.07.2010 Widerspruch ein. Er legte zur Begründung eine "Alte Version" der

Unfallbeschreibung sowie eine "Neue Version" der Unfallbeschreibung, die die richtige sei, jeweils vom 12.07.2010 vor. In der "Neuen Version" schilderte der Kläger das Unfallgeschehen (nunmehr) dahin, dass der Gabelstapler auf einer mit einer Metallplattform abgedeckten Montagegrube gestanden habe. Während der Reparatur sei er auf der Metallplatte gestanden. Beim Festziehen einer größeren Verschraubung mit viel Zugbelastung sei die Platte ihm vor den Füßen nach links weggerutscht, dabei sei er rückwärts in die Grube ca. 1,6 bis 1,8 m tief gefallen. Den Sturz habe er mit gestrecktem rechtem Arm abgefangen. Dabei habe er ein Reißen und Stechend in seinem Arm gespürt. Außerdem sei im schwarz vor Augen geworden und er habe sich dann auf den Boden gelegt. Der sich in der Nähe befindende Peter B. habe ihm sofort einen Liege geholt. Mehrere Mitarbeiter eines Nebengebäudes hätten im etwas zu trinken gegeben. Sie hätten auch einen Rettungswagen holen wollen. Nach ca. 30 Minuten habe er die Arbeit mit dem linken Arm fortgeführt, was ihm sehr schwer gefallen sei. Weiter trug der Kläger vor, er habe mit dem rechten Arm bzw. Schulter über Jahre hinweg keinerlei Beschwerden gehabt. Die lange Heilungsdauer sage aus, dass der Sturz in die Tiefe die massiven Beschwerden ausgelöst hätten.

Die Beklagte holte von Peter B. im Zeugenfragebogen zum Unfallgeschehen am 29.04.2010 schriftliche Angaben vom 20.09.2010 ein. Dabei gab er an, er habe durch ein Aufprallgeräusch im Bereich der Grube von dem Unfall erfahren. Der Unfall habe sich bei einer Stapler-Reparatur ereignet. Der Kläger sei von einem quer gelegten Brett ausgerutscht und in die Grube gefallen. Das quer gelegte Brett habe sich verschoben.

Die Beklagte holte die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. K. vom 07.10.2010 ein, der empfahl, die gesamte Behandlung zulasten der Krankenkasse durchzuführen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 27.10.2010 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück. Auch der geänderte Hergang sei nicht geeignet einen Schaden an der Rotatorenmanschette zu verursachen. Auf der Kernspintomographie zeigten sich keine Veränderungen, die man einem Unfallgeschehen zuordnen könne. Alle erkennbaren Schäden seien älter und damit degenerativer Natur.

Hiergegen erhob der Kläger am 12.11.2010 Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG). Er machte zur Begründung geltend, die zweite Unfallschilderung sei als schädigende Einwirkung dem Sachverhalt zu Grunde zu legen. Hiervon sei Dr. K. in seiner Stellungnahme vom 07.10.2010 abgewichen. Ein geeigneter Unfallhergang liege vor. Es müsse sich um eine sehr schwere Verletzungen gehandelt haben. Ein Sturz aus 1,80 m Höhe auf den ausgestreckten Arm führe nachvollziehbar zu einem massiven Trauma im Schulterbereich mit entsprechenden Folgen. Es stelle sich die Frage, ob die festgestellten, kompensierten Veränderungen im Schulterbereich rechts alle degenerativ seien oder ob und welche Veränderungen traumatisch durch das Unfallereignis hervorgerufen worden seien. Bei kompensierten Veränderungen im Schulterbereich sei im Einzelnen zu begründen, warum nach einem adäquaten Trauma die Funktionseinschränkung auf die Schulterveränderungen zurückzuführen seien und nicht auf das Trauma. Ein Zusammenhangsgutachten sei dringend geboten.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Von Seiten der nun vorliegenden Schilderung sei der Unfallmechanismus zwar grundsätzlich geeignet, einen Schaden an der Rotatorenmanschette zu verursachen. Letztlich ließen aber der klinische Erstbefund, die Röntgenaufnahmen und Kernspintomographienaufnahmen der rechten Schulter eindeutig erkennen, dass die Veränderungen an der Rotatorenmanschette vorbestehend seien. Dr. K. habe dargelegt, weshalb sich der Kläger am 29.04.2010 allenfalls eine Zerrung der rechten Schulter zugezogen habe und dass die Strukturschäden der Schulter in keinem Zusammenhang mit dem Unfallereignis stünden. Ein Zusammenhang zwischen der aufgetretenen Rotatorenmanschettentraktur und dem Unfall vom 29.04.2010 lasse sich nicht erstellen, selbst wenn die zuletzt vorgenommene Unfallschilderung unterstellt werde. Unabhängig davon gehe das Begehren auf Verletztenrente mangels rentenberechtigender MdE ins Leere. Die Beklagte legte die beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. K. vom 20.01.2011 vor.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) holte das SG das Gutachten des Professor Dr. E. vom 17.05.2011 ein. Professor Dr. E. gelangte in seinem Gutachten zusammenfassend zu der Bewertung, es bestehe ein Zustand nach Schultertrauma rechts mit konsekutiver Rotatorenmanschettenteilruptur im Verlauf der Supraspinatussehne. Es könne bescheinigt werden, dass beim Kläger an den oberen Extremitäten beidseits Abrisse der langen Bizepssehne vorlägen sowie eine Subscapularisläsion. Die Gesundheitsstörungen an der rechten Schulter seien im Sinne einer dauerhaften Verschlimmerung ursächlich auf das Unfallereignis vom 29.04.2010 zurückzuführen. Die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit betrage zwischen 12 und 24 Monaten. Für eine endgradige Bewegungseinschränkung der rechten Schulter mit Kraftminderung der rechten oberen Extremität durch eine Supraspinatussehnenverletzung hielt Professor Dr. E. eine MdE von 10 v.H. für angemessen. Sollte sich allerdings herausstellen, dass der Unfallmechanismus so wie primär geschildert stattgefunden habe, sei der Beurteilung des Dr. K. zu folgen. Die Subscapularisläsion stehe als vorbestehender Schaden hinsichtlich des Unfallereignisses nicht zur Diskussion.

Die Beklagte trat dem Gutachten von Professor Dr. E. entgegen. Auf die vom Kläger zeitnah zum Unfall abgegebenen Unfallschilderungen sei zu verweisen, dem der höhere Beweiswert gegenüber den späteren Angaben zukomme. Unabhängig eines geeigneten Unfallmechanismus sprächen der klinische Erstbefund, das Verhalten des Klägers nach dem Unfall sowie das Ergebnis der bildgebenden Verfahren gegen einen Unfallzusammenhang. Die Beklagte legte die weitere beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. K. vom 08.06.2011 vor.

Außerdem holte das SG (von Amts wegen) das orthopädisch-unfallchirurgische Gutachten von Professor Dr. L. vom 23.08.2011 ein. Professor Dr. L. gelangte in seinem Gutachten zu der Bewertung, im Bereich der oberen Gliedmaßen lägen auf orthopädisch-unfallchirurgischem Gebiet Druck- und Bewegungsschmerzen, eine endgradige Bewegungseinschränkung und Kraftminderung der rechten Schulter bei Defekt der Rotatorenmanschette sowie eine beginnende Schulterreckgelenksarthrose vor, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit und zu wesentlichen Anteilen auf alterungs- und verschleißbedingte, schicksalshafte Veränderungen zurückzuführen und nicht Folge des Ereignisses vom 29.04.2010, weder im Sinne der Entstehung noch der Verschlimmerung, seien. Zwar sei nicht auszuschließen, dass es im Rahmen des Sturzes zu einer Vergrößerung der vorbestehenden Sehnenläsion gekommen sei. Diese hätte dann aber auch ohne die Gewalteinwirkung zum gleichen Zeitpunkt und in gleichem Ausmaß im Rahmen einer alltäglichen Belastungen und Kraftanstrengung eintreten können. In Auswertung der Kernspintomographie vom 05.05.2010 könne eine ausgedehnte Läsion der Supraspinatussehne ebenso wenig wie ein alter Schaden festgestellt werden. Es handle sich um ein Überlagerungsphänomen durch die benachbarte Verkalkung. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit sei maximal sechs Wochen nach dem Sturz zu begründen. Unfallfolgen seien nicht mehr feststellbar.

Der Kläger erhob gegen das Gutachten des Professor Dr. L. unter Vorlage der Stellungnahme des Dr. B. vom 30.10.2011, der in seiner Stellungnahme von einer unfallbedingten frischen Ruptur der Supraspinatussehne und damit von einer wesentlichen Verschlimmerung des bestehenden Schadens ausgeht, Einwendungen (Schriftsatz vom 17.11.2011).

Das SG holte zu den Einwendungen des Klägers die ergänzende Stellungnahme des Professor Dr. L. vom 05.12.2011 ein, in der er sich mit den Einwendungen auseinandergesetzt und an seiner Kausaleinschätzung festgehalten hat. Professor Dr. L. stellte die Einholung eines zusätzlichen fachradiologischen Gutachtens sowie Ermittlungen zu Vorerkrankungen des Klägers anheim.

Das SG zog daraufhin von der AOK N. das Vorerkrankungsverzeichnis des Klägers für den Zeitraum vom 25.07.1994 bis 02.10.2011 bei.

Weiter legte der Kläger den Befundbericht des Dr. Schw. vom 23.01.2012 über eine Kernspintomographie des rechten Schultergelenks des Klägers vom 21.01.2012 vor.

Mit Urteil vom 21.03.2012 wies das SG die Klage ab. Es führte zur Begründung aus, der Kläger habe unstreitig am 29.04.2010 einen Arbeitsunfall erlitten. Zweifelhaft sei bereits, ob ein Gesundheitserstschaden in Form der Ruptur der Supraspinatussehne rechts im Vollbeweis gesichert sei. Jedenfalls sei es zur Überzeugung der Kammer nicht hinreichend wahrscheinlich, dass die Ruptur der rechten Subscapularissehne, der langen Bizepssehne und - sofern eine solche bestanden haben sollte - der Supraspinatussehne ursächlich auf das stattgehabte Unfallereignis zurückzuführen sei. Nach den Angaben aller gehörte Gutachter handele es sich bei der Läsion der Subscapularissehne und der Bizepssehne um alte und damit vorbestehende Rupturen. Auch die später diagnostizierte Läsion der Rotatorenmanschette und insbesondere die unterstellte Ruptur der Supraspinatussehne seien nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 29.04.2010, sondern mit hoher Wahrscheinlichkeit auf alterungs- und verschleißbedingte Veränderungen, zurückzuführen. Selbst wenn nicht ausgeschlossen sei, dass es im Rahmen des Sturzes zu einer Vergrößerung der vorbestehenden Sehnenläsion gekommen sei, stelle das Unfallereignis insoweit lediglich eine unbeachtliche Gelegenheitsursache dar. Entgegen Professor Dr. E. könne auch nicht von einer richtungsweisenden Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens ausgegangen werden.

Gegen das dem Prozessbevollmächtigten des Klägers am 29.06.2012 zugestellte Urteil hat der Kläger am 05.07.2012 Berufung eingelegt. Er berief sich zur Begründung auf die Bewertungen im Gutachten von Professor Dr. E. , die Ausführungen von Dr. B. sowie den MRT-Befund von Dr. Schw. vom 23.01.2012 und hielt an seinen Einwendungen gegen das Gutachten von Professor Dr. L. fest. Der Kläger hat die Stellungnahme des Dr. B. vom 17.07.2012, in der das Vorliegen einer Gelegenheitsursache verneint und das Vorliegen eines Vorschadens an der rechten Schulter bestätigt wird, sowie weitere medizinische Unterlagen vorgelegt. Die Unterlagen bewiesen, dass das Unfallereignis zum Riss der Supraspinatussehne und der langen Bizepssehne geführt habe. Soweit Professor Dr. L. von inkonsistenten und teilweise widersprüchlichen Angaben zum Unfallgeschehen ausgehe, sei darauf hinzuweisen, dass er Monteur und nicht Germanist sei. Auf den Schriftsatz vom 14.12.2010 an das SG werde insoweit hingewiesen.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 21. März 2012 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 8. Juli 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. Oktober 2010 zu verurteilen, einen Zustand nach Rotatorenmanschettenruptur rechts als Unfallfolge festzustellen und Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 v.H. zu gewähren, hilfsweise den Zeugen B. zu vernehmen zu der Tatsache, dass der Kläger 1,80 m in die Grube gefallen ist, hilfsweise ein radiologisches Gutachten von Amts wegen, hilfsweise nach [§ 109 SGG](#) einzuholen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte führte zur Begründung aus, die Argumente des Klägers seien nicht geeignet, die Rechtmäßigkeit des angefochtenen Bescheides bzw. des Urteils in Frage zu stellen. Neue Argumente würden darüber hinaus nicht vorgebracht. Ein wesentliches Kriterium für die Beurteilung des Unfallzusammenhangs sei der Unfallhergang. Auffallend seien die unterschiedlichen Darstellungen des Hergangs des Ereignisses. Unabhängig davon, welcher der beschriebenen Vorgänge als der zutreffende gelten soll, verblieben die unmittelbar nach dem Ereignis gefertigten Röntgen- und Kernspinaufnahmen der Schulter, auf denen fortgeschrittene degenerative Veränderungen erkennbar seien, hingegen keine frischen Verletzungsbefunde. Ein vor dem Unfall klinisch nachweisbar vorhandenes Beschwerdebild als Voraussetzung für eine Verschlimmerung einer vorbestehenden Krankheitsanlage liege nach dem Vorbringen des Klägers, der durchgehend Beschwerdefreiheit vor dem Unfall betont habe, nicht vor.

Der Senat hat von Amts wegen (entsprechend einem Antrag des Klägers) das radiologische Gutachten nach Aktenlage von Professor Dr. R. vom 19.09.2013 eingeholt. Professor Dr. R. gelangte zu der Bewertung, in den Röntgenaufnahmen vom 03.05.2010 und in der MRT der rechten Schulter vom 05.05.2010 fänden sich eine Vorschädigung der Subscapularissehne (Teilruptur) und der langen Bizepssehne (Ruptur), die als eindeutig alt zu werten seien. Ein frischer kompletter Riss der ebenfalls bereits vorgeschädigten Supraspinatussehne liege vor, sei jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf alterungs- und verschleißbedingte, schicksalshafte Veränderungen zurückzuführen und nicht Folge des Ereignisses vom 29.04.2010, weder im Sinne der Entstehung noch der Verschlimmerung. Die Vorschädigung sei so ausgeprägt gewesen, dass die frische Ruptur der Supraspinatussehne im Rahmen eines alltäglichen Ereignisses hätte entstehen können. Die zweite Version des Unfallhergangs sei unwahrscheinlich. Es fehle an entsprechenden Veränderungen, wie sie bei einer Gewalteinwirkung, die bei einem Sturz aus 1,6 bis 1,8 m Höhe auf die Schulter zu erwarten seien. Es sei anzunehmen, dass der erst geschilderte Unfallhergang dem eigentlichen Unfallhergang entspreche.

Gegen das Gutachten von Professor Dr. R. hat der Kläger Einwendungen erhoben. Das Gutachten sei nicht verwertbar, da es an schweren Mängeln leide. Der Gutachter lege willkürlich den Unfallhergang fest. Die maßgeblichen Anknüpfungstatsachen seien von Gerichtsseite dem Gutachter nicht mitgeteilt worden. Der Kläger hat sich auf die Angaben des Zeugen B. vom 20.09.2010 berufen.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie auf einen Band Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß § 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, ist gemäß §§ 143, 144 SGG zulässig, aber unbegründet. Der streitgegenständliche Bescheid des Beklagten vom 08.07.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.01.2010 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Dem Kläger steht kein Anspruch auf die Feststellung weiterer Folgen des Geschehens vom 29.04.2010 (1.) sowie auf Verletztenrente (2.) zu. Das angefochtene Urteil des SG ist nicht zu beanstanden.

Die Klage, die Beklagte zur Feststellung von Unfallfolgen zu verurteilen, ist als kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage statthaft. Der Kläger kann mit der kombinierten Anfechtungs- und Feststellungsklage die Feststellung einer Erkrankung als Unfallfolge begehren (§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG). Ein berechtigtes Interesse an der baldigen Feststellung liegt hier vor, weil die Beklagte im streitgegenständlichen Bescheid vom 08.07.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27.10.2010 die streitgegenständliche Rotatorenmanschettenruptur und damit auch deren Folgen nicht als Folge des Unfalles vom 29.04.2010 anerkannt hat.

1. Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3, 6 SGB VII begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit; § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen (§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII). Für das Vorliegen eines Arbeitsunfalls i. S. des § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII 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 und das Unfallereignis einen Gesundheits(-erst-)schaden oder den Tod des Versicherten verursacht (haftungsbegründende Kausalität) hat. Das Entstehen von längerandauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheits(-erst-)schadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls (ständige Rechtsprechung, vgl. stellvertretend BSG, Urteile vom 09.05.2006 - B 2 U 1/05 R, B 2 U 40/05 R, B 2 U 26/04 R).

Das Vorliegen eines Arbeitsunfalles ist nicht im Streit, denn die Beklagte hat im streitgegenständlichen Bescheid - inzident - das Ereignis vom 29.04.2010 als Arbeitsunfall anerkannt.

Nach der im Sozialrecht anzuwendenden Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (st. Rspr. vgl. zuletzt BSG vom 12.04.2005 - B 2 U 27/04 R - BSGE 94, 269 = SozR 4-2700 § 8 Nr. 15, jeweils RdNr 11). 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 (BSGE 1, 72, 76).

Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie (vgl. dazu nur Heinrichs in Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, 65. Aufl. 2006, Vorb. § 249 RdNr. 57 ff m. w. N. sowie zu den Unterschieden BSGE 63, 277, 280 = SozR 2200 § 548 Nr. 91) auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel (conditio sine qua non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen.

Bei mehreren Ursachen ist sozialrechtlich allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende (Mit-)Ursache auch wesentlich war, ist unerheblich. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen (vgl. zum Vorstehenden insgesamt BSG, Urteile vom 09.05.2006, a.a.O.).

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs - der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität - genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit (st. Rspr. BSGE 19, 52 = SozR Nr. 62 zu § 542 a. F. RVO; BSGE 32, 203, 209 = SozR Nr. 15 zu § 1263 a. F. RVO; BSGE 45, 285, 287 = SozR 2200 § 548 Nr. 38, BSGE 58, 80, 83 = SozR 2200 § 555a Nr. 1). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteil vom 09.05.2006 a.a.O. m.w.H.). Dagegen müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß i. S. des "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden (BSG SozR 3-5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2 m. w. N.).

In Anwendung dieser Grundsätze ist beim Kläger ein Schädigung der Subscapularissehne der rechten Schulter wie auch der langen Bizepssehne rechts durch das Geschehen vom 29.04.2010 im Sinne eines Gesundheitserstschadens nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit belegt, wie Professor Dr. R. in dem im Berufungsverfahren eingeholten Gutachten vom 19.09.2013 nachvollziehbar und überzeugend ausgeführt hat. Die unmittelbar nach dem Geschehen am 29.04.2010 am 03.05.2010 gefertigten Röntgenaufnahmen und das MRT der rechten Schulter vom 05.05.2010 belegen eine Vorschädigung der Rotatorenmanschette. Dabei ist eine Subscapularissehnteilruptur aufgrund einer fettigen Degeneration und Atrophie des Muskelbauches sowie einer weiten Retraktion eines Großteils der Sehne als eindeutig alt einzustufen. Entsprechendes gilt für eine Ruptur der langen Bizepssehne aufgrund der weiten Retraktion der Sehne und der fehlenden Flüssigkeitsansammlung im Sulcus intertubercularis, wie Professor Dr. R. in seinem Gutachten überzeugend ausführt. Hiervon geht Professor Dr. L. in seinem Gutachten vom 23.08.2011 aus, der ebenfalls nachvollziehbar und überzeugend angenommen hat, dass bereits zum Zeitpunkt des Sturzes eine Läsion der Rotatorenmanschette im Sinne einer Defektbildungen der Subscapularissehne und der langen Bizepssehne bestand. Auch Professor Dr. E. ist in seinem Gutachten vom

17.05.2011 von einer schon veralteten Subscapularissehnenruptur ausgegangen und hat den Abriss der langen Bizepssehne (beidseits) nicht als durch das Unfallereignis vom 24.04.2010 verursacht diskutiert. Die festgestellt Subscapularissehnenentheilruptur rechts sowie die Ruptur der langen Bizepssehne rechts war danach vorbestehend und kann nicht durch das Geschehen am 29.04.2010 verursacht worden sein. Soweit Dr. B. in dem vom Kläger vorgelegten Bericht vom 26.01.2012 davon ausgeht, dass eine Kernspintomographie der rechten Schulter vom 21.01.2012 im Vergleich zur Voraufnahme vom Mai 2010 eine frische Ruptur der langen Bizepssehne im Mai 2010 erbege, lässt sich dies dem hierzu vorgelegten Befundbericht von Dr. Schw. vom 23.01.2012 wie auch dem Befundbericht von Dr. B. vom 26.01.2012 nicht nachvollziehbar entnehmen. Auch Professor Dr. R. hat in seinem Gutachten in Auswertung der MRT vom 21.01.2012 eine frische Ruptur der langen Bizepssehne im Mai 2010 nicht angenommen.

Nach dem Gutachten von Professor Dr. R. vom 19.09.2013 wird durch die Röntgenaufnahmen vom 03.05.2010 und das MRT der rechten Schulter vom 05.05.2010 dagegen eine frische Ruptur der Supraspinatussehne belegt. Hiervon geht auch Professor Dr. E. in seinem Gutachten vom 17.05.2011 aus. Der abweichenden Ansicht von Professor Dr. L. in seinem Gutachten vom 23.08.2011, dass ein eindeutiger Riss in der Supraspinatussehne nicht feststellbar sei, folgt der Senat nicht. Nach den nachvollziehbaren und überzeugenden Ausführungen von Professor Dr. R. ist in der MRT vom 05.05.2010 eindeutig ein kompletter Riss der Supraspinatussehne zu sehen. Die ausgedehnte Verkalkungen, die unfallunabhängig zu werten sind, finden sich nur in der Infraspinatussehne, weshalb, entgegen der Bewertung von Professor Dr. L., die Beurteilung der Supraspinatussehne hierdurch nicht beeinträchtigt ist. Professor Dr. R. stützt seine Bewertung überzeugend darauf, dass in der MRT der rechten Schulter vom 05.05.2010 als frische Veränderungen eine komplette Ruptur der Supraspinatussehne im Ansatzbereich ohne wesentliche Zeichen einer Atrophie oder Verfettung des dazugehörigen Muskelbauches sowie ein kleiner nicht hämorrhagischer Gelenkerguss mit Betonung im Bereich der Supraspinatussehne und außerdem ein leichtes diffuses Knochenmarksödem des Humeruskopfes zu sehen ist. Der mit Professor Dr. E. übereinstimmenden Bewertung von Professor Dr. R. schließt sich der Senat an.

Zur Überzeugung des Senats ist damit aber ein durch traumatische Einwirkung entstandener Gesundheitserstschaden auch für die Supraspinatussehne nicht hinreichend wahrscheinlich. Nach Professor Dr. R. ist dieser – frischere – Riss der bereits vorgeschädigten Supraspinatussehne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf alterungs- und verschleißbedingte, schicksalhafte Veränderung zurückzuführen. Er ist nach seiner gutachterlichen Einschätzung nicht Folge des Unfalls, weder im Sinne der Entstehung noch der Verschlimmerung (Seite 8 seines Gutachtens). Zwar geht Prof. Dr. R. von einer nicht näher konkretisierten "Verschlimmerung" im Rahmen des Sturzes aus (Seite 11 seines Gutachtens), was auch eine Erweiterung eines vorbestehenden bislang asymptomatischen Risses beinhalten kann. Eine solche Erweiterung oder das erstmalige Entstehen eines Risses durch den Unfall ist aber dem von Prof. Dr. R. aufgezeigten Befund aus der MRT-Aufnahme vom 05.05.2010 für den Senat nicht mit der erforderlichen Überzeugungsgewissheit zu entnehmen. Denn ein zu einem unbekanntem Zeitpunkt kurz vor dem Unfall eingetretener Riss in der Supraspinatussehne im Zuge der fortschreitenden Degeneration der Rotatorenmanschette rechts passt zu dem dargelegten Bild der bereits unfallvorbestehenden Subscapularissehnenentheilruptur und der Ruptur der langen Bizepssehne. Nach Professor Dr. R. bestehen als Zeichen einer Vorschädigung der Supraspinatussehne Mehrsklerosierungen und Ganglionzysten des Tuberculum majus im Bereich des Sehnenansatzes sowie eine irreguläre Begrenzung und Ausdünnung der Sehne im Bereich des Acroclaviculagelenkes. Ebenso wie Professor Dr. L. sieht auch er den Humeruskopfhochstand als Zeichen der bestehenden Rotatorenmanschettenteilruptur und der geschädigten Supraspinatussehne. Ein schmerzbedingter Humeruskopfhochstand, wie Prof. Dr. E. den Röntgenbefund deutet, wird von keinem anderen Arzt diskutiert. Prof. Dr. L., der als Mitbegründer und Herausgeber der medizinischen Zeitschrift "Obere Extremität Schulter - Ellenbogen - Hand" und als Mitautor (vgl. u.a. Schulter- und Ellbogenchirurgie, Habermeyer, L. u.a.) zum Thema Schulterchirurgie über besondere Sachkunde verfügt, verweist darauf, dass ihm ein schmerzbedingter Hochstand des Oberarmkopfes im Röntgenbild nicht bekannt ist und dagegen auch spricht, dass bis April 2011 der Hochstand des Oberarmkopfes nach der Röntgendiagnostik zugenommen hatte. Hierzu passt, dass die im Vergleich zu den Rupturen der Subscapularis- und Bizepssehne frischere Ruptur der Supraspinatussehne nach Professor Dr. R. einen kleinen, nicht hämorrhagischen Gelenkerguss mit Betonung im Bereich der Sehnenlücke aufzeigt. Insoweit stimmt die Beurteilung der MRT-Aufnahme vom 05.05.2010 von Professor Dr. R. mit derjenigen von Professor Dr. L. überein, der unter Bezugnahme auf den Befundbericht des Radiologen Dr. Schw. ebenfalls nur einen begleitenden synovialen Reizerguss und eine Bursarirritation beschrieb (Gutachtensergänzung von Professor Dr. L. vom 05.12.2011). Nach Professor Dr. L. ist bei einer frischen traumatischen Zerreißung der Supraspinatussehne immer eine Einblutung in das Schultergelenk und den umgebenden Schleimbeutel zu erwarten, wenn nicht fortgeschrittene degenerative Veränderungen und Durchblutungsstörung des Sehnengewebes das Fehlen einer Einblutung erklären können. Vorliegend ist die Supraspinatussehne rechts nach dem Schultersonographiebefund im vorderen Bereich auch von Prof. Dr. L. als ausgedünnt beschrieben worden, weshalb ein Erguss ohne erkennbare Einblutung ebenso gut nach Trauma denkbar wäre. Die bildgebende Diagnostik ist insoweit aber nicht eindeutig, weshalb der mit an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit erforderliche Vollbeweis der Anknüpfungstatsache eines Gesundheitserstschadens der Supraspinatussehne anhand der bildgebenden Diagnostik nicht geführt werden kann.

Auch aus den sonstigen Umständen des Unfalls ist eine unfallbedingte Erstverletzung der Supraspinatussehne in diesem Sinne nicht zur vollen Überzeugung des Senats abzuleiten. Die vom Kläger geschilderte Schmerzsymptomatik und der Funktionsverlust ist nach den nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. K. auch mit der Annahme einer bloßen Schulterprellung der schmerzanfälligen vorgeschädigten Supraspinatussehne erklärlich und beweist eine traumabedingte Ruptur nicht. Auch Prof. Dr. L. verweist hinsichtlich der Schmerzsymptomatik auf die potentielle Schmerzhaftigkeit der beim Kläger zum Zeitpunkt des Sturzes eindeutig vorhandenen unfallunabhängigen Sehnenverkalkung hin. In diesem Zusammenhang führt Dr. K. überzeugend aus, dass nach dem Durchgangsarztbericht vom 03.05.2010 zwar eine deutliche – aktive - Funktionseinschränkung an der rechten Schulter vorgelegen habe, jedoch eine geringe Schmerzproblematik, was sich in der von Dr. B. beschriebenen passiven freien Beweglichkeit des rechten Schultergelenkes zeigte. Nach Dr. K. wäre dies zeitnah zum Unfall bei einer traumatisch bedingten Sehnenruptur nicht zu erwarten.

Aus einem grundsätzlich für das Hervorrufen einer Supraspinatussehnenverletzung geeigneten Unfallverlauf kann nicht zusammen mit anderen Indizien auf eine eingetretene Ruptur zurückgeschlossen werden, denn ein solcher geeigneter Hergang ist für den Senat ebenso wenig hinreichend nachgewiesen.

Der Kläger hat zum Unfallgeschehen erhebliche und nicht hinreichend erklärte inkonsistente Angaben gemacht. Im von ihm unterschriebenen Fragebogen "Schulter-Verletzung" der Beklagten gab der Kläger unter dem 07.06.2010 an, bei der Reparatur an einem Gabelstapler im Liegen eine größere Verschraubung mit viel Zugkraft angezogen zu haben. Hierbei sei er bei voller Zugbelastung mit dem Ring-Gabelschlüssel abgerutscht. Der rechte Arm sei dabei mit voller Wucht nach hinten geschleudert worden. Danach sei er mit dem

Körper auf die Schulter gefallen. Die Verletzung sei nicht durch einen Sturz oder durch ein Heben oder Auffangen eines Gegenstandes oder des Körpers eingetreten. Diese Angaben hat der Kläger nach der Beschreibung des Unfallgeschehens im Zwischenbericht der BG Unfallklinik T. vom 11.06.2010 bei einer Vorstellung in der BG Unfallklinik am 31.05.2010 im Wesentlichen wiederholt. Dem entspricht im Wesentlichen auch das im Durchgangsarztbericht von Dr. B. vom 03.05.2010 und in der Unfallanzeige vom 28.05.2010 beschriebene Unfallgeschehen. Demgegenüber hat der Kläger im Widerspruchsverfahren eine davon gänzlich abweichende "Neue Version" einer Unfallbeschreibung behauptet. Darin hat der Kläger das Unfallgeschehen nunmehr dahin geschildert, dass der Gabelstapler auf einer mit einer Metallplattform abgedeckten Montagegrube gestanden habe. Während der Reparatur sei er auf der Metallplatte gestanden. Beim Festziehen einer größeren Verschraubung mit viel Zugbelastung sei die Platte nach links weggerutscht. Dabei sei er rückwärts in die Grube ca. 1,6 bis 1,8 m tief gefallen. Den Sturz habe er mit gestrecktem rechtem Arm abgefangen. Dabei habe er ein Reißen und Stechen in seinem Arm gespürt. Damit macht der Kläger im Vergleich zu seinem anfänglichen Vorbringen ("Alte Version") ein gänzlich anderes Unfallgeschehen geltend, das für den Senat wenig glaubhaft ist. Diese diametral widersprüchliche Schilderung des Unfallgeschehens hat der Kläger seinerseits mit differnten, nicht miteinander vereinbaren Begründungen erklärt. Einmal wollte er nicht sagen, dass die Platte weggerutscht ist; er habe die Firma nicht in Schwierigkeiten bringen wollen (Aktenvermerke der Beklagten vom 30.08.2010 und 01.09.2010), was er in der mündlichen Verhandlung auch wiederholt hat. Ein anderes Mal führt er die unterschiedlichen Versionen auf sprachliche Schwierigkeiten zurück, was einem Verschweigen, wie zuvor erklärt, entgegensteht. Darüber hinaus lässt sich die letzte Version auch mit sprachlichen Schwierigkeiten nicht erklären. Anhaltspunkte dafür, dass beim Kläger sprachliche Schwierigkeiten bestünden, die die widersprüchliche Schilderung verständlich macht, sind nicht ersichtlich. Solche sprachlichen Schwierigkeiten lassen sich insbesondere dem Akteninhalt nicht entnehmen. Solche waren auch in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat nicht erkennbar. Die "Neue Version" der Unfallschilderung des Klägers wird für den Senat durch die Schilderungen des Zeugen B. im Zeugenfragebogen vom 20.09.2010 nur insoweit bestätigt, dass er in die Grube gestürzt ist. Abgesehen davon, dass der Zeuge angegeben hat, der Kläger sei von einem quergelegten Brett, das sich verschoben habe, ausgerutscht, was nicht dem Vorbringen des Klägers entspricht (Metallplattform der Größe 1000 x 800), hat der Zeuge nicht bestätigt, dass der Kläger, wie in der "Neuen Version" behauptet, den Sturz mit gestrecktem rechtem Arm abgefangen habe. Wie der rechte Arm durch die Unfalleinwirkung belastet worden ist, ist der Aussage des Zeugen nicht zu entnehmen. Es ist auch nicht davon auszugehen, dass der Zeuge hierzu Angaben machen kann, nachdem der Zeuge nach seinen Angaben erst durch das Aufprallgeräusch im Bereich der Grube durch den Unfall erfahren hat. Aus den unterschiedlichen und deshalb auch ungläubhaften Angaben des Klägers ist eine hinreichend bestimmte Unfalleinwirkung nicht ableitbar.

Gegen die Version der Unfallschilderung des Klägers mit Sturz und Abfangen bei gestrecktem Arm spricht auch der medizinische Sachverhalt. Professor Dr. R. hat in seinem Gutachten vom 19.09.2010 hierzu nachvollziehbar und überzeugend ausgeführt, dass die "Neue Version" des Unfallhergangs unwahrscheinlich ist. Bei einer Gewalteinwirkung, wie sie beim Sturz von 1,6 bis 1,8 m Höhe zu erwarten ist, ist medizinisch ein Hämarthros oder mindestens deutlich mehr Gelenkserguss zu erwarten, was aber in der MRT Untersuchung nicht nachgewiesen ist. Außerdem fehlt ein zu erwartendes ausgeprägtes Knochenödem an Prädilektionsstellen und eine relevante Weichteilveränderung der Schulter, weshalb Professor Dr. R. überzeugend davon ausgeht, dass diese medizinischen Befunde den vom Kläger geschilderten Unfallhergang "Neue Version" sehr unwahrscheinlich machen. Jedenfalls ist damit für den Senat kein Sturz auf den nach hinten gestreckten Arm bewiesen. Der Sturz in die Grube hat nach dem radiologischen Befund zu keinen bei dieser Fallhöhe zu erwartenden Hinweisen auf eine traumatische Einwirkung auf die Rotatorenmanschette geführt. Damit spricht auch der medizinische Sachverhalt insoweit gegen die "Neue Version" der Unfallschilderung des Klägers, dass ein Sturz auf den gestreckten Arm erfolgte bzw. der Sturz mit dem Arm abgefangen wurde, letzteres hat der Kläger vor dem Senat auch nicht mehr - als sicher - angegeben. Ein grundsätzlich geeigneter Unfallhergang als Anknüpfungstatsache eines Gesundheitserstschadens ist damit ebenso wenig aus dem medizinischen Befund nachgewiesen.

Doch selbst dann, wenn zu Gunsten des Klägers die Ruptur der Supraspinatussehne als Folge einer unfallbedingten Einwirkung (conditio sine qua non) unterstellt wird, kann gleichwohl ein hinreichend wahrscheinlicher unfallbedingter Zusammenhang zwischen der nachgewiesenen Gesundheitsstörung einer Supraspinatussehnenruptur und dem Unfallereignis am 29.04.2010 nicht festgestellt werden. Der Senat gelangt aufgrund rechtlicher Erwägungen, die sich auf den von Professor Dr. L. in seinem Gutachten dargelegten wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu Rotatorenmanschettenverletzungen stützen, vielmehr zu der Überzeugung, dass die Unfalleinwirkung nicht wesentlich kausal für eine Schädigung der Supraspinatussehne der rechten Schulter des Klägers war. Der Senat geht hierbei von einer Vorschädigung der Sehne aus, die soweit vorangeschritten war, dass die Unfalleinwirkung nicht ein unersetzliches äußeres Ereignis für die diagnostizierte Supraspinatussehnenruptur war, sondern dass die degenerative Vorschädigung allein wesentlich den Gesundheitsschaden verursacht hat, weil jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung auch ausgelöst hätte. Hiervon gehen auch Professor Dr. L. und Professor Dr. R. in ihren Gutachten übereinstimmend und zutreffend aus, denen der Senat folgt.

Eine fortgeschrittene Schädigung der Rotatorenmanschette rechts ergibt sich nach den überzeugenden Ausführungen von Professor Dr. R. bereits aus dem durch die MRT vom 03.05.2010 erhobenen Befund. In Übereinstimmung mit Prof. Dr. L. beschreibt er die mehrere Sehnen betreffende Degeneration der Rotatorenmanschette und des muskuloskelettalen Apparats der Schulter. In Auswertung des MRT-Befundes vom 05.05.2010 fand er, abweichend zu Professor Dr. L., eine 11 mm große, flüssigkeitsgefüllte Lücke der Supraspinatussehne und, insoweit übereinstimmend mit Professor Dr. L., den medialen Sehnenanteil irregulär begrenzt und ausgedünnt. Auf diesen Befund stützt Professor Dr. R. seine Beurteilung, dass die Vorschädigung soweit ausgeprägt war, dass sie die frische Ruptur der Supraspinatussehne auch im Rahmen eines alltäglichen Ereignis hätte entstehen lassen können. Damit ist die - vorliegend unterstellt naturwissenschaftlich-philosophisch kausale - Unfalleinwirkung keine wesentliche Mitursache der Supraspinatussehnenruptur, denn die traumatische Einwirkung ist nach wertender Betrachtung lediglich Auslöser einer Gesundheitsstörung, die nach der Beschaffenheit der von Prof. Dr. R. beschriebenen Sehnedegeneration jederzeit auch bei sonstigen täglichen Verrichtungen hätte eintreten können. Auf die Frage, ob das Unfallereignis an sich geeignet gewesen ist, eine Sehnenruptur zu verursachen, kommt es daher insoweit rechtlich nicht an. Der Kläger ist, wie ausgeführt, zwar auch mit seinen Krankheitsanlagen unfallversicherungsrechtlich geschützt. Der Schutz erstreckt sich jedoch nicht auf eine soweit ausgeprägte Vorschädigung des verletzten Organs, die die Gesundheitsstörung auch bei einer Alltagsbelastung hätte erwarten lassen. Damit ist die - vorliegend unterstellt naturwissenschaftlich-philosophisch kausale - Unfalleinwirkung keine wesentliche Mitursache der Supraspinatussehnenruptur, denn die traumatische Einwirkung ist lediglich Auslöser einer Gesundheitsstörung, die nach der Beschaffenheit der von Prof. Dr. R. beschriebenen Sehnedegeneration jederzeit auch bei sonstigen täglichen Verrichtungen hätte eintreten können.

Der Senat sieht sich, entgegen der Ansicht des Klägers, an der Verwertung des Gutachtens von Professor Dr. R. nicht gehindert. Die Feststellung der Tatsachen eines Unfallhergangs obliegt zwar grundsätzlich dem Gericht. Das Gericht kann sich aber auch hierzu des

medizinischen Sachverstands von Ärzten bedienen, da für die medizinische Diagnose und der hieran anknüpfenden Zusammenhängebeurteilung das medizinische Fachwissen um die zu erfragenden und zu ermittelnden Umstände unverzichtbar ist, wie dies vorliegend hinsichtlich der von Professor Dr. R. dargelegten sachverständigen medizinischen Erwägungen zur Würdigung der widersprüchlichen Schilderung des Unfallgeschehens des Klägers zutrifft. Dagegen ist es bei unterschiedlichen und widersprechenden Tatsachenangaben allein der Beweiswürdigung des Gerichts vorbehalten, zu entscheiden, welcher Vortrag glaubhaft ist und welcher Sachverhalt als nachgewiesen gilt. Dass dem Gutachter seitens des Senats die maßgeblichen Anknüpfungstatsachen zum Unfallgeschehen nicht mitgeteilt wurden, hindert daher die Verwertung des Gutachtens von Professor Dr. R. nicht. Die vom Kläger beanstandeten Ausführungen im Gutachten von Professor Dr. R. beziehen sich auf die Beweisfrage 4 des Gutachtensauftrages des Senats vom 07.02.2013 und sind damit auch vom Gutachtensauftrag umfasst.

Der abweichenden Bewertung von Professor Dr. E. in seinem Gutachten vom 17.05.2011 kann nicht gefolgt werden. Professor Dr. E. stützt seine Bewertung maßgeblich auf den vom Kläger bei der Begutachtung geschilderten Unfallhergang mit einer Sturzhöhe von 1,8 m auf den nach hinten ausgestreckten Arm als klassischen Unfallmechanismus, der zu einer Rotatorenmanschettenruptur führen kann. Von einem solchen Unfallmechanismus kann nach dem oben Ausgeführten jedoch nicht ausgegangen werden, weshalb das Gutachten von Professor Dr. E. den Senat nicht überzeugt. Auf der Grundlage des primär geschilderten Unfallgeschehens hat sich Professor Dr. E. in seinem Gutachten im Übrigen der beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. K. angeschlossen. Entsprechendes gilt für die Ansicht des Dr. B ...

2. Ein Anspruch des Klägers auf Verletztenrente besteht nicht.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 vom Hundert gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vomhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente. Die Folgen eines Versicherungsfalls sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern (§ 56 Abs. 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch Gesetzliche Unfallversicherung SGB VII ). Bei Verlust der Erwerbsfähigkeit wird die Vollrente geleistet, bei einer MdE wird eine Teilrente geleistet, die in der Höhe des Vomhundertsatzes der Vollrente festgesetzt wird, der der MdE entspricht (§ 56 Abs. 3 SGB VII).

Diese Voraussetzungen sind beim Kläger nicht erfüllt. Der Arbeitsunfall vom 29.04.2010 hat beim Kläger keine bleibenden Folgen hinterlassen, die die Erwerbsfähigkeit des Klägers um wenigstens 10 v.H. mindern. Nach dem überzeugenden Gutachten von Professor Dr. L. vom 23.08.2011 hat sich der Kläger bei dem Unfallgeschehen am 29.04.2010 eine Schulterprellung/Zerrung zugezogen. Darüber hinausgehende bleibende Unfallfolgen sind beim Kläger - wie oben ausgeführt - nicht festzustellen. Diese Gesundheitsstörung rechtfertigt nach den weiteren Ausführungen von Professor Dr. L. die Annahme einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit von maximal 6 Wochen. Nach Ablauf dieses Zeitraums ist eine unfallbedingte MdE nicht mehr anzunehmen, wie Professor Dr. L. weiter ausgeführt hat. Nach dem Sturz aufgetretenen Beschwerden sind nach dem Gutachten von Professor Dr. L. neben dem Vorschaden wahrscheinlich auch auf die ausgedehnte Verkalkungen im Bereich der Rotatorenmanschette zurückzuführen, die nicht im Zusammenhang mit einer Gewalteinwirkung gesehen werden kann. Insoweit hat der Kläger im Übrigen auch keine Einwendungen erhoben. Im Übrigen geht auch Professor Dr. E. in seinem Gutachten von einer nicht rentenberechtigenden MdE um 10 v.H. aus.

3. Weitere Ermittlungen drängen sich dem Senat nicht auf. Für den Senat ist der entscheidungsrelevante Sachverhalt durch die vom SG und im Berufungsverfahren durchgeführten Ermittlungen geklärt. Zur Vernehmung des Zeugen B. sieht sich der Senat nicht veranlasst. Der Zeuge wurde bereits durch die Beklagte schriftlich gehört. Dass der Zeuge über seine bisherigen Angaben hinausgehende Angaben machen kann, die für die Bewertung der Kriterien einer traumatisch bedingten Ruptur der Rotatorenmanschette bedeutsam sein können, hat der Kläger nicht vorgetragen. Unabhängig davon hat der Kläger zum Unfallgeschehen widersprüchliche Angaben gemacht, die nicht ausgeräumt sind. Der Senat ist aber nicht gehalten, Umstände aufzuklären, die sich bereits aus einem widersprüchlichen und ungereimten Vorbringen des Prozessbeteiligten ergeben, das er selbst nicht schlüssig zu machen vermag.

Den in der mündlichen Verhandlung am 27.06.2014 vom Kläger gestellten Hilfsbeweisunterlagen war nicht zu entsprechen. Die unter Beweis gestellte Tatsache, dass der Kläger 1,80 m in die Grube gefallen ist, kann nach dem oben Ausgeführten als Wahr unterstellt werden. Denn darauf, ob das Unfallereignis an sich geeignet gewesen ist, eine Sehnenruptur zu verursachen, kommt es rechtlich nicht an. Ein radiologisches Gutachten hat der Senat (von Amts wegen) mit dem Gutachten von Professor Dr. R. vom 19.09.2013 eingeholt. Die Notwendigkeit der Einholung eines weiteren radiologischen Gutachtens vom Amts wegen drängt sich nicht auf und wird vom Kläger auch nicht dargetan. Der Alternativ-Antrag nach § 109 SGG war zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung mangels konkreter Arztbezeichnung nicht entscheidungsreif. Der Antrag nach § 109 SGG war darüber hinaus auch verspätet im Sinne von § 109 Abs. 2 SGG, da er zur Überzeugung des Senats aus grober Nachlässigkeit nicht früher vorgebracht worden ist. Die Terminbestimmung ist dem Klägerbevollmächtigten ausweislich des Empfangsbekennnisses bereits am 16.05.2014 zugegangen (Bl. 88a der LSG-Akte), weshalb die vom Senat erkennbar angenommene Entscheidungsreife des Rechtsstreits eine alsbaldige Antragstellung, spätestens innerhalb eines Monats, erfordert hätte. Der erst in der mündlichen Verhandlung am 27.06.2014 gestellte Antrag nach § 109 SGG war daher schuldhaft verspätet und hätte den Rechtsstreit verzögert. Der Senat ist auch nicht gehalten, den vom Kläger bereits in der Berufungsbegründungsschrift vom 17.07.2012 (Bl. 8 der LSG-Akte) gestellten Antrag nach § 109 SGG zur Einholung eines radiologischen Gutachtens zu entsprechen. Dieser Antrag wurde ausdrücklich nur hilfsweise für den Fall gestellt, dass vom Senat ein radiologisches Gutachten von Amts wegen nicht eingeholt wird, was aber erfolgt ist. Damit hat sich der Hilfsantrag des Klägers im Schriftsatz 17.07.2012 erledigt. Die Hilfsbeweisunterlagen des Klägers waren daher abzulehnen.

Die Berufung war nach alledem zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB  
Saved  
2014-07-07