

L 1 U 934/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 4 U 3792/12
Datum
18.02.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 1 U 934/15
Datum
18.01.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 18.02.2015 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung einer Verletztenrente wegen der Folgen des von der Beklagten anerkannten Arbeitsunfalls vom 12.05.2012 streitig.

Der 1960 geborene Kläger erlitt am 12.5.2012 im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit als Lagerarbeiter bei der Firma A. GmbH & Co KG, B., einen Arbeitsunfall, als er im Rahmen der Inventur beim Herabsteigen von einem Regal aus 1,20 bis 1,50 m Höhe nach hinten fiel, da er dachte, es käme bereits der Boden. Hierbei prallte er nach seinen eigenen Angaben auf den im Ellenbogengelenk gebeugten linken Arm. Im Durchgangsarztbericht vom 12.05.2012 wurde als Befund eine Schwellung im Bereich der linken Schulter, des linken Ellenbogens und des linken oberen Sprunggelenkes und als Diagnose "Prellung li Schulter u EB u OSG" angegeben. Der Kläger sei voraussichtlich ab dem 20.05.2012 wieder arbeitsfähig.

In der Unfallanzeige der Arbeitgeberin vom 16.05.2012 wurde ausgeführt, der Kläger und ein weiterer Mitarbeiter hätten bei der Inventur Warenbestände gezählt. Beim Herabsteigen aus einem Regal habe der Kläger ins Leere getreten und sei nach hinten gefallen. Dabei sei er - nachdem er sich mit dem Ellenbogen habe abfangen wollen - auf die Schulter gefallen.

In der kernspintomographischen Untersuchung vom 21.05.2012 zeigte sich nach dem Befundbericht des Dr. C. vom 22.05.2012 eine degenerativ vorgeschädigte Supraspinatussehne infolge einer raumfordernden SEG-Arthrosenbildung und eine überlagernde frische Partialläsion im ventralen Kompartiment ansatznah mit kleinen Läsionen der Supraspinatussehne sowie auch der Subscapularissehne. Daraufhin wurde am 11.06.2012 im Krankenhaus D. eine arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des linken Schultergelenkes durchgeführt. Im Operationsbericht vom 11.06.2012 wurde angegeben, die Supraspinatussehne sei ansatznah breit ruptiert gewesen. Zudem habe eine Partialruptur der Supraspinatussehne "vorbestehend" mit traumatischen Anteilen vorgelegen. Im Befundbericht des Prof. Dr. E. vom 15.06.2012 wurde das pathologische Untersuchungsergebnis vom 13.05.2012 wie folgt beschrieben: "Sehnen- und Fettgewebe aus der Umgebung der Supraspinatussehne links mit einer älteren Läsion mit Organisationsvorgängen und teils frischen teils älteren Einblutungen".

Nachdem der Kläger im Fragebogen zur Schulterverletzung vom 29.06.2012 angegeben hatte, er sei bei dem Sturz nach hinten gefallen, mit dem Unterarm und Ellenbogen zuerst aufgekomen und der linke Arm sei nach vorn angewinkelt gewesen, teilte die Beklagte mit Bescheid vom 24.07.2012 mit, wegen der Folgen des Arbeitsunfalls habe er keinen Anspruch auf Rente und nach dem 21.05.2012 habe er auch keinen Anspruch auf Heilbehandlung oder sonstige Leistungen. Der Arbeitsunfall vom 12.05.2012 habe zu einer Prellung der linken Schulter geführt. Die später festgestellten und operativ versorgten Defekte im Bereich der linken Rotatorenmanschette seien nicht durch den Arbeitsunfall entstanden, sondern beruhten auf degenerativen Veränderungen. Hierauf sei die weitere Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit zurückzuführen.

Mit seinem am 14.08.2012 eingelegten Widerspruch machte der Kläger geltend, auch sein Unterarm sei durch den Arbeitsunfall geprellt worden, weshalb er nach der Operation seinen linken Arm ruhig halten müsse. Ihm sei deswegen auch ein Verband zwischen Hals und Schulter angelegt worden. Die Beklagte zog das fachärztliche Gutachten des Dr. F. vom MdK Baden-Württemberg vom 12.09.2012 bei,

der die Auffassung vertrat, der MRT-Befund habe frische Verletzungszeichen im Sehngewebe ergeben, sodass der Unfall nicht nur zu einer reinen Prellung der linken Schulter geführt habe. Daraufhin holte die Beklagte die beratungsärztliche Stellungnahme des Chirurgen und Orthopäden Dr. G. vom 21.09.2012 ein, der nach Auswertung der MRT-Bilder zu der Einschätzung gelangte, die Kernspintomographie habe keinerlei traumatische Veränderungen gezeigt, die dem Unfall vom 12.05.2012 zugeordnet werden könnten. Insbesondere fehle ein intraartikulärer Erguss, der für eine Rotatorenmanschettenruptur sprechen könnte. Die Sehnen seien in der Kontinuität erhalten, aber degenerativ verändert und ausgedünnt. Hierauf gestützt lehnte die Beklagte den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 15.11.2012 ab.

Hiergegen hat der Kläger am 20.11.2012 beim Sozialgericht Heilbronn (SG) Klage erhoben und im Wesentlichen vorgetragen, die erheblichen Defekte im Bereich der linken Rotatorenmanschette seien unfallursächlich und beruhten nicht auf degenerativen Veränderungen. Wegen der weiterhin bestehenden Beschwerden sei es am 15.07.2013 zu einer Revisionsoperation im Bereich der linken Schulter am Krankenhaus D. gekommen. Zur weiteren Begründung hat der Kläger unter anderem den vorläufigen ärztlichen Bericht über die stationäre Reha-Behandlung in der Klinik H. vom 18.12.2012, das Vorerkrankungsverzeichnis der AOK I.-J. vom 10.12.2012, den MRT-Bericht vom 24.06.2013 (Untersuchung am 21.06.2013) sowie den Operationsbericht vom 19.07.2013 vorgelegt.

Zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts hat das SG zunächst bildgebende Befunde sowie ein Vorerkrankungsverzeichnis der AOK I.-J. beigezogen und sodann das Gutachten des Facharztes für Chirurgie Dr. K. vom 15.04.2013 eingeholt. Der Gutachter hat ausgeführt, aufgrund der Kernspintomographie vom 21.05.2012, des Operationsberichtes vom 11.06.2012 und des Pathologiebefundes vom 13.05.2012, in dem ältere Läsionen mit Organisationsvorgängen sowie teils frische und teils ältere Einblutungen festgestellt worden seien, sei zusammenfassend davon auszugehen, dass die Supraspinatussehne in Form einer Teilerreißung vorgeschädigt gewesen und es durch das Unfallereignis zu einer weitergehenden Rissbildung gekommen sei. Nur bei einem geeignetem Unfallereignis könne dieses als wesentliche Ursache anerkannt werden. Da aber der Sturz auf den angewinkelten Ellenbogen zu keiner Zugbeanspruchung mit unnatürlicher Längendehnung der Sehne des Supraspinatus führe, stelle der Sturz auf den angewinkelten Ellenbogen einen ungeeigneten Hergang zur Supraspinatussehnen-Zerreißung dar. Dies entspreche der einschlägigen Gutachtensliteratur. Damit sei die Krankheitsanlage (vorbestehender degenerativer Sehnenriss) so erheblich, dass diese als allein wesentlich bzw. wesentlich teilursächlich für die Teilerreißung der Supraspinatussehne gewesen sei. Die unfallbedingte Stauchung bzw. Prellung der linken Schulter habe lediglich in der Zeit vom 12. bis 26.05.2012 zu einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit geführt. Danach bestehe einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 0 v.H. ...

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat das SG das Gutachten des Facharztes für Orthopädie Prof. Dr. L. vom 20.12.2013 eingeholt. Danach habe ihm der Kläger den Unfall so demonstriert, dass bei rechtwinklig gebeugtem Ellenbogen der Oberarm ca. 20 Grad abduziert und ca. 20 Grad nach vorne antevertiert gerichtet gewesen sei. Zwar habe beim Kläger ein ausgeprägter Vorzustand im Bereich der AC-Gelenke beidseits mit massiver Kompression der darunter verlaufenden Supraspinatussehne links vorgelegen und die Abnützungserscheinungen im Bereich der Schultergelenke seien symmetrisch. Auch leide der Kläger an Morbus Bechterew. Anders als Dr. K. sehe er aber den Unfallmechanismus als ein klassisches Trauma an, das durchaus zu einer axialen Stauchung des Schulterkopfes in vorwerflicher Richtung haben können mit der Folge der Ruptur der Supraspinatussehne. Dabei gehe er davon aus, dass der Arm beim Sturz rückwärts gebeugt gewesen sei. Er schätze die MdE auf 20 v.H. ...

Das SG holte sodann die ergänzenden Stellungnahmen des Dr. K. vom 10.03.2014 und des Prof. Dr. L. vom 07.07.2014 ein, die jeweils an ihren Auffassungen festhielten.

Mit Urteil vom 18.02.2015 hat das SG die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 24.07.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.11.2012 verurteilt, die Rotatorenmanschettenbeschädigung links als Folge des Arbeitsunfalls vom 12.05.2012 anzuerkennen und dem Kläger eine Verletztenrente nach einer MdE von 20 v.H. ab dem Ende des Verletzengeldanspruchs zu gewähren. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, aus dem Gutachten des Prof. Dr. L. folge, dass die Beschädigung der Rotatorenmanschette auf das Ereignis vom 12.05.2012 zurückzuführen sei. Das Ereignis sei geeignet gewesen, eine Beschädigung der Rotatorenmanschette zu verursachen. Der Kläger sei mit dem rückwärts gestreckten Oberarm auf den Unterarm gefallen, weswegen es auch zu einer Unterarmweichteilverletzung gekommen sei. Dieser Unfallhergang sei geeignet gewesen, zu einer axialen Stauchung des Schulterkopfes in vorwerflicher Richtung mit Ruptur der Supraspinatussehne zu führen. Zwar seien beim Kläger auch Vorschädigungen vorhanden gewesen, jedoch sei die Sehne makroskopisch ohne große Auffälligkeiten gewesen. Insgesamt bestünden keine Hinweise dafür, dass die altersbedingten Verschleißveränderungen überwiegend verantwortlich für die Rotatorenmanschettenbeschädigung seien. Dem Ereignis vom 12.05.2012 komme auch nicht nur die Bedeutung einer sogenannten Gelegenheitsursache zu.

Hiergegen richtet sich die am 12.03.2015 beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegte Berufung der Beklagten, mit der diese im Wesentlichen geltend macht, das SG sei in seinem Urteil ausschließlich der Auffassung des Prof. Dr. L. gefolgt, ohne auf die Gegenargumente des Dr. K. einzugehen. Zur weiteren Begründung hat die Beklagte die beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. G. vom 01.04.2015 vorgelegt, wonach der Auffassung des Prof. Dr. L. nicht gefolgt werden könne. Die kernspintomographischen Aufnahmen zeigten keine Rotatorenmanschettenruptur. Die Veränderungen an der Supraspinatussehne seien ausschließlich vorbestehend und degenerativ. Es sei zu einer klassischen degenerativen Sehnenablösung im Verlauf von Wochen gekommen. Im Hinblick auf die Kausalitätsbeurteilung komme der zeitnah durchgeführten MRT-Untersuchung die größte Bedeutung zu. Der vorliegende Fall sei insoweit eindeutig.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 18.02.2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Das SG habe seine Entscheidung zu Recht auf die schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen des Prof. Dr. L. gestützt. Die vorbestehenden altersbedingten Verschleißveränderungen seien für die streitgegenständliche

Schädigung der Rotatorenmanschette links nicht verantwortlich. Auch treffe die Ansicht der Beklagten nicht zu, dass sich die Sehne erst zwischen der kernspintomographischen Untersuchung der Schulter und der Operation vollständig abgelöst habe.

Der Senat hat zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts das Gutachten des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie Prof. Dr. M. vom 25.09.2015 eingeholt. Danach habe der Kläger zum Unfallhergang angegeben, nach hinten gestürzt zu sein, wobei er sich leicht nach links verdreht und mit dem linken Ellenbogen versucht habe, sich abzustützen. Zum Zeitpunkt des Aufkommens mit dem linken Ellenbogen sei dieser leicht nach hinten geneigt gewesen. Die Auswertung der MRT-Untersuchung vom 21.05.2012 habe keine lokalen Einblutungen gezeigt. Insofern bestehe kein Anhalt für eine Subscapularissehnenruptur. Dem MRT-Bericht könne entnommen werden, dass sich laut Einschätzung von Dr. C. eine degenerativ vorgeschädigte Supraspinatussehne in Folge einer raumfordernden ACG-Arthrose gezeigt habe. Darüber hinaus hätten überlagernde, frische Partialläsionen im ventralen Kompartiment ansatznah mit kleinen Läsionen der Supraspinatussehne sowie auch der Subskapularissehne sichtbar gemacht werden können. Durch den Unfall sei es jedoch lediglich zu einer schweren Schulterprellung gekommen. Unfallunabhängig liege eine operativ versorgte Supraspinatussehnenruptur, eine Tenodese der langen Bizepssehne, eine Schultergelenksarthrose, ein Acromiosporn sowie Morbus Bechterew vor. Der Unfall vom 12.05.2012 habe aber nicht zu einer Ruptur der Supraspinatussehne geführt. Grundsätzlich sei hierbei zu beachten, dass die traumatomechanische Analyse des Unfallhergangs lediglich ein Argument für die Zusammenhangsbegutachtung sei. Ein wichtiger Hinweis auf eine stattgehabte traumatische Zerreißung stelle der Primärbefund dar. Die Ruptur einer gut durchbluteten Sehne stelle ein erhebliches Verletzungsereignis dar, dessen Wirkung in der Regel äußerliche Verletzungszeichen hinterlasse (Schwellungen und Blutergüsse im Bereich der Schulterweichteile, der Arme und des Brustkorbs mit zum Teil erheblichen Druckschmerzen). Darüber hinaus sei der Verletzte bei einer Zerreißung der oberen Anteile der Rotatorenmanschette über Tage nicht in der Lage, den Arm aktiv nach vorn zu führen oder seitlich abzuspreizen (Drop-arm-Zeichen). Für einen Unfallzusammenhang spreche im vorliegenden Fall die unauffällige Vorgeschichte, der Funktionsverlust und das Alter des Klägers. Gegen einen Unfallzusammenhang sprächen jedoch die beginnende Verfettung und Atrophie des Supraspinatusmuskelbauchs, die Schultergelenksarthrose mit nach unten ausziehendem Knochenosteophyt, die Ausdehnung der Supraspinatussehne mit Tendinose (Sehnenentzündung) und die weite Retraktion (Zurückziehung) der Supraspinatussehne bis zum Apex (höchster Punkt des Oberarmkopfes). Der Unfallhergang sei auch eher ungeeignet eine Supraspinatussehne zu rupturieren, da zum Zeitpunkt des Aufpralls nicht von einer höheren Anspannung der Sehne auszugehen sei. Die Supraspinatussehne sei angespannt bei Außenrotation und Seitführung des Armes. Bis zum Abschluss des dritten Unfallmonats sei aufgrund der schweren Schulterprellung von einer MdE von 20 v.H. auszugehen. Darüber hinaus sei keine unfallbedingte MdE mehr anzunehmen. Er stimme der Beurteilung von Dr. K. im Wesentlichen zu. Seiner Ansicht nach sei es durch den Unfall jedoch allenfalls zu mikroskopischen Teileinrissen gekommen, die keine wesentliche Bedeutung für die unfallunabhängige Sehnenruptur hätten. Im Hinblick auf die Einschätzung von Prof. Dr. L. sei auszuführen, dass eine traumatische Sehnenruptur nur dann zu diskutieren sei, wenn eine entsprechende Voranspannung der Sehne bestanden habe. Nur dann könne es zu einer Überdehnung und Ruptur der Sehne kommen. Bei dem vorliegenden Unfallhergang sei von keiner nennenswerten Supraspinatussehnenanspannung auszugehen, sodass auch die Sehne in einem nicht hohen Spannungszustand gewesen sei. Selbst wenn es zu einem Nachobentreten des Oberarmes gekommen sei, sei keine Überdehnung mit Rissbildung der Sehne anzunehmen. Beim Kläger lägen darüber hinaus zahlreiche Aspekte vor, die für eine degenerative Vorschädigung sprächen. Insofern sehe er im Gegensatz zu Prof. Dr. L. den Unfallhergang eher als nicht geeignet an, eine traumatische Supraspinatussehnenruptur herbeizuführen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie auf die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 144, 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist statthaft und zulässig. Sie ist auch begründet. Das SG hat zu Unrecht den Bescheid der Beklagten vom 24.07.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.11.2012 ([§ 95 SGG](#)) abgeändert, denn die Entscheidung der Beklagten ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Die Beklagte ist weder verpflichtet, aufgrund des Arbeitsunfalls vom 12.05.2012 die Rotatorenmanschettenschädigung links als Unfallfolge anzuerkennen, noch hat der Kläger Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von 20 v.H. ...

Die vom Kläger erhobene Anfechtungs- und Verpflichtungsklage auf Feststellung von weiteren Unfallfolgen ist gem. [§ 54 Abs. 1 SGG](#) statthaft. Denn der Verletzte kann seinen Anspruch auf Feststellung, dass eine Gesundheitsstörung Folge eines Arbeitsunfalls ist, nicht nur mit einer kombinierten Anfechtungs- und Feststellungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#) geltend machen. Er kann vielmehr wählen, ob er stattdessen sein Begehren mit einer Kombination aus einer Anfechtungsklage gegen den das Nichtbestehen des von ihm erhobenen Anspruchs feststellenden Verwaltungsakts und einer Verpflichtungsklage verfolgen will (BSG, Urteil vom 05.07.2011 - [B 2 U 17/10 R](#) = [BSGE 108, 274](#) = SozR 4-2700 § 11 Nr. 1 RdNr. 12 ff.). Beide Rechtsschutzformen sind grundsätzlich gleich rechtsschutzintensiv (BSG, Urteil vom 15.05.2012 - [B 2 U 31/11 R](#) = [NZS 2012, 909](#)). Für das Begehren auf Gewährung einer Verletztenrente kann die Anfechtungsklage gem. [§ 54 Abs. 4 SGG](#) zulässig mit der unechten Leistungsklage kombiniert werden.

Die Beklagte ist nicht verpflichtet, die Rotatorenmanschettenschädigung an der linken Schulter als Unfallfolge anzuerkennen. Denn die genannte Gesundheitsstörung ist keine Unfallfolge des anerkannten Arbeitsunfalls vom 12.05.2012.

Anspruchsgrundlage für das Begehren des Klägers auf Anerkennung eines Versicherungsfalles ist [§ 102](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII). Danach haben die Versicherten gegen den zuständigen Unfallversicherungsträger einen Anspruch auf Feststellung eines Versicherungsfalles (oder von Unfallfolgen), wenn ein Unfall vorliegt, der die Voraussetzungen von [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#) erfüllt. [§ 102 SGB VII](#) ist damit nicht nur eine Ermächtigungsgrundlage zum Erlass des feststellenden Verwaltungsaktes für den Unfallversicherungsträger, sondern zugleich auch Anspruchsgrundlage für den Versicherten (ausführlich hierzu BSG, Urteil vom 05.07.2011 - [B 2 U 17/10 R](#) = SozR 4-2700 § 11 Nr. 1 RdNr. 15 ff.). Der Tatbestand des [§ 102 SGB VII](#) setzt voraus, dass der Versicherte einen Versicherungsfall und, soweit die Feststellung von Unfallfolgen begehrt wird, weitere Gesundheitsschäden erlitten hat, die im Wesentlichen durch den Gesundheitserstschaden verursacht oder einen (u.U. nur behaupteten) Versicherungsfall aufgrund besonderer Zurechnungsnormen zuzurechnen sind.

Versicherungsfälle sind nach [§ 7 Abs. 1 SGG](#) VII Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Nach [§ 8 Abs. 1 S 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen (Abs. 1 S.

2). Für einen Arbeitsunfall ist danach im Regelfall erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls einer versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), diese Verrichtung wesentlich ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis (Unfallereignis) verursacht hat (haftungskausale Kausalität) und das Unfallereignis wesentlich einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität; vgl. BSG, Urteil vom 04.12.2014 - [B 2 U 13/13 R](#) = SozR 4-2700 § 2 Nr. 31; Urteil vom 31.01.2012 - [B 2 U 2/11 R](#) = SozR 4-2700 § 8 Nr. 43; Urteil vom 29.11.2011 - [B 2 U 10/11 R](#) = SozR 4-2700 § 8 Nr. 42; Urteil vom 18.1.2011 - [B 2 U 9/10 R](#) = [BSGE 107, 197](#) = SozR 4-2700 § 2 Nr. 17 RdNr. 10; Urteil vom 18.11.2008 - [B 2 U 27/07 R](#) = [SozR 4-2700 § 8 Nr. 30](#) RdNr. 10 m.w.N.).

Bei dem Unfall des Klägers am 12.05.2012 handelt es sich um einen Arbeitsunfall in diesem Sinne, denn beim Absteigen von einem Regal, auf das er zur Zählung von Paketen auf einer Palette im Rahmen der Inventur zuvor gestiegen war, fiel er aus 1,20 m bis 1,50 m Höhe nach hinten auf den linken Arm, wobei das Ellenbogengelenk gebeugt war. Dies entnimmt der Senat den im Wesentlichen übereinstimmenden Angaben des Klägers gegenüber den Gutachtern. Diesen Unfallhergang hat der Kläger aber auch bereits in seinem Fragebogen vom 29.06.2012, d.h. unmittelbar nach dem Unfall, gegenüber der Beklagten geschildert. Die Beklagte hat dieses Ereignis im Bescheid vom 24.07.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.11.2012 selbst als Arbeitsunfall bezeichnet.

Der Senat vermag indessen nicht festzustellen, dass die nach dem genannten Arbeitsunfall vom 12.05.2012 operativ versorgte Supraspinatussehnenruptur (Rotatorenmanschettschädigung) links als Unfallfolge wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen ist.

Eine Gesundheitsstörung ist Unfallfolge (im engeren Sinne) eines Versicherungsfalls im Sinne des [§ 8 SGB VII](#), wenn sie spezifisch durch den Gesundheitserstschaden des - hier anerkannten - Arbeitsunfalls wesentlich verursacht worden ist. Der Anspruch setzt grundsätzlich das "objektive", d.h. aus der nachträglichen Sicht eines optimalen Beobachters gegebene Vorliegen einer Gesundheitsstörung voraus, die spezifisch durch den Gesundheitserstschaden des Arbeitsunfalls wesentlich verursacht worden ist. Da der Gesundheitserstschaden (Gesundheitsbeeinträchtigung, Tod oder Krankheit) eine den Versicherungsfall selbst begründende Tatbestandsvoraussetzung und damit keine Folge des Arbeitsunfalls ist, muss er grundsätzlich bei der Feststellung des Versicherungsfalls benannt werden.

Ob ein Gesundheitsschaden dem Gesundheitserstschaden des Arbeitsunfalls als Unfallfolge im engeren Sinne zuzurechnen ist (sog. haftungsausfüllende Kausalität), beurteilt sich nach der Zurechnungslehre der Theorie der wesentlichen Bedingung (st. Rspr., vgl. stellvertretend BSG, Urteil vom 05.07.2011 - [B 2 U 17/10 R](#) = [BSGE 108, 274](#) = SozR 4-2700 § 11 Nr. 1 RdNr. 28 ff. m.w.N.).

Die Zurechnung erfolgt danach in zwei Schritten: Erstens ist die Verursachung der weiteren Schädigung durch den Gesundheitserstschaden im naturwissenschaftlich-naturphilosophischen Sinne festzustellen. Ob die Ursache-Wirkung-Beziehung besteht, beurteilt sich nach der Bedingungstheorie. Nach ihr ist eine Bedingung dann notwendige Ursache einer Wirkung, wenn sie aus dem konkret vorliegenden Geschehensablauf nach dem jeweiligen Stand der einschlägigen wissenschaftlichen Erkenntnisse (Erfahrungssätze) nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel (conditio sine qua non). Auf dieser ersten Stufe sind alle derartigen notwendigen Bedingungen grundsätzlich rechtlich gleichwertig (äquivalent). Alle festgestellten anderen Bedingungen (und kein Ereignis ist monokausal), die in diesem Sinn nicht notwendig sind, dürfen hingegen bei der nachfolgenden Zurechnungsprüfung nicht berücksichtigt werden.

Ist der Gesundheitserstschaden in diesem Sinne eine notwendige Bedingung des weiteren Gesundheitsschadens, wird dieser ihm aber nur dann zugerechnet, wenn er ihn wesentlich (ausreichend: mit-) verursacht hat. "Wesentlich" (zurechnungsbegründend) ist der Gesundheitserstschaden für den weiteren Gesundheitsschaden nach der in der Rechtsprechung des BSG gebräuchlichen Formel, wenn er eine besondere Beziehung zum Eintritt dieses Schadens hatte (vgl. nur BSG, Urteil vom 9.5.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [BSGE 96, 196](#) = [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#) RdNr. 15 ff. m.w.N.). 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, a.a.O.).

Die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung und die als Unfallfolge geltend gemachte - konkrete und klar definierte (BSG, Urteil vom 09.05.2006, a.a.O.) - Gesundheitsstörung müssen i.S. eines Vollbeweises erwiesen sein, d.h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 30.04.1985, [2 RU 43/84](#), SozR 2200 § 555a Nr. 1). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (BSG, Urteil vom 09.05.2006, a.a.O. auch zum Nachfolgenden). Diese liegt vor, wenn bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden. Es genügt nicht, wenn der Ursachenzusammenhang nicht auszuschließen oder nur möglich ist. Dabei ist zu beachten, dass der Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Denn es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache die versicherte naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde. Es reicht daher zur Begründung des ursächlichen Zusammenhangs nicht aus, gegen diesen Zusammenhang sprechende Umstände auszuschließen.

Nach diesen Grundsätzen liegt zur Überzeugung des Senats eine unfallbedingte Kausalität für die vom Kläger geltend gemachte weitere Gesundheitsstörung nicht vor. Der Kläger hat somit auch keinen Anspruch auf die Gewährung einer Verletztenrente, da sämtliche nachweisbaren Gesundheitsstörungen, die als Unfallfolge anerkannt werden können, zu keiner messbaren MdE führen.

Hierbei geht der Senat - wie bereits dargelegt - davon aus, dass der Kläger am 12.05.2012 beim Absteigen von einem Regal nach hinten gefallen ist, wobei der linke Arm angewinkelt war. Dieser Sturz führte zu einer schweren Schulterprellung links sowie zur einer Prellung des linken Ellenbogens und des linken oberen Sprunggelenks. Dies ergibt sich bereits aus dem Durchgangsarztbericht vom 12.05.2012. Beim Befund wurde eine Schwellung im Bereich der linken Schulter und des linken Ellenbogens sowie im Bereich linken oberen Sprunggelenkes angegeben. Dies ist für den Senat auch nachvollziehbar, nachdem der Kläger in seinem Fragebogen vom 29.06.2012 angegeben hat, mit dem Unterarm und dem Ellenbogen zuerst auf dem Boden angekommen zu sein. Diese Unfallfolge wird (im Hinblick auf die Prellung der linken Schulter) auch von Dr. K. in seinem Gutachten vom 15.04.2013 und von Prof. Dr. M. in seinem Gutachten vom 25.09.2015 bestätigt. Insofern hat die Beklagte in ihrem Bescheid vom 24.07.2015 zutreffend eine "Prellung der linken Schulter" als Folge des Arbeitsunfalls vom 12.05.2012 anerkannt.

Unfallunabhängig liegen beim Kläger eine operativ versorgte Supraspinatussehnenruptur links, eine Tenodese der langen Bizepssehne links, eine Schultergelenksarthrose links, ein Acromion- sporn sowie Morbus Bechterew vor. Der Senat stützt sich hierbei auf das im Berufungsverfahren eingeholte Gutachten des Prof. Dr. M. vom 25.09.2015. Diese Einschätzung deckt sich auch mit dem Gutachten von Dr. K. vom 15.04.2013, der (auch in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 10.03.2014) ebenfalls zu dem Ergebnis gelangt ist, dass der Unfall vom 12.05.2012 lediglich zu einer Stauchung bzw. Prellung der linken Schulter geführt hat. Die von Prof. Dr. M. in seinem Gutachten zugrunde gelegte Auffassung, wonach der Unfallhergang (Nachhintenfallen mit angewinkelten Arm) mangels Anspannen der Supraspinatussehne nicht geeignet ist, eine Schädigung der Rotatorenmanschette, wie vorliegend beim Kläger, herbeizuführen, steht dabei in Übereinstimmung mit der maßgeblichen unfallmedizinischen Literatur (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, S. 413). Hiernach ist ein Sturz auf den ausgestreckten Arm oder den angewinkelten Ellenbogen ungeeignet, einen Riss der Rotatorenmanschette zu verursachen. Dies haben Prof. Dr. M. und Dr. K. nachvollziehbar und schlüssig dargestellt. Prof. Dr. M. hat darüber hinaus überzeugend darauf hingewiesen, dass ein wichtiger Hinweis auf eine stattgehabte traumatische Zerreißung der Rotatorenmanschette der Primärbefund darstellt. Insbesondere sprechen Schwellungen und Blutergüsse im Bereich der Schulterweichteile, der Oberarme und des Brustkorbs mit zum Teil erheblichen Druckschmerzen sowie das sogenannte Drop-arm-Zeichen für eine traumatische Zerreißung der Rotatorenmanschette. Ein solcher Befund lässt sich jedoch dem Durchgangsarztbericht vom 12.05.2012 nicht entnehmen. Weder wurde darin ein Bluterguss noch ein Drop-arm-Zeichen angegeben. Auch im Befundbericht des Prof. Dr. E. vom 15.06.2012 wurde ein Drop-arm-Zeichen nicht beschrieben. Gegen einen Unfallzusammenhang sprechen darüber hinaus auch die beginnende Verfettung und die Atrophie des Supraspinatus-Muskelbauchs links, die Schultergelenksarthrose links mit nach ausziehenden Knochenosteophyt, die Ausdehnung der Supraspinatussehne mit Tendinose (Sehnenentzündung) links und die weite Retraktion (Zurückziehung) der Supraspinatussehne bis zum Apex (höchster Punkt des Oberarmkopfes). Diese von Prof. Dr. M. in seinem Gutachten dargelegte Auffassung überzeugt den Senat. Denn bereits im Operationsbericht vom 11.06.2012 wird eine vorbestehende Teilerreißung (Partialruptur der Supraspinatussehne) mit traumatischen Anteilen beschrieben. Dies entspricht auch dem erhobenen Pathologiebefund vom 13.05.2012, der eine ältere Läsion mit Organisationsvorgängen mit teils frischen und teils älteren Einblutungen ergab (Befundbericht des Prof. Dr. E. vom 15.06.2012). Sowohl Prof. Dr. M. als auch Dr. K. haben insofern überzeugend dargelegt, dass die degenerative Vorschädigung im Bereich der linken Schulter ursächlich für den Riss der Supraspinatussehne war. Der Unfall selbst stellt mangels geeignetem Hergang hierbei keine wesentliche Teilursache dar. Er hat - wie Dr. K. zutreffend ausgeführt hat - lediglich zu einer Erweiterung des vorbestehenden Risses der Supraspinatussehne geführt. Prof. Dr. M. spricht in diesem Zusammenhang von mikroskopischen Teileinrissen, denen keine wesentliche Bedeutung für die unfallunabhängige Sehnenruptur zukommt.

Die Einschätzung von Prof. Dr. L. in seinem Gutachten vom 20.12.2013 und in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 07.07.2014, wonach der Unfall am 12.05.2012 wesentlich teilursächlich für die Rotatorenmanschettenruptur gewesen sei, überzeugt den Senat hingegen nicht. Wie bereits dargelegt, geht der Senat mit Prof. Dr. M., Dr. K. und der unfallrechtlichen Literatur davon aus, dass es sich nicht um einen geeigneten Unfallhergang gehandelt hat. Eine entsprechende Voranspannung der Sehne kann bei dem vom Kläger geschilderten Unfallhergang nicht angenommen werden. Dies hat Prof. Dr. M. sehr ausführlich und überzeugend dargelegt. Darüber hinaus hat Dr. K. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 10.03.2014 zutreffend darauf hingewiesen, dass Prof. Dr. L. lediglich den Unfallhergang zur Begründung seiner Einschätzung der wesentlichen Teilursächlichkeit heranzieht, während er die gesicherten objektiven degenerativen Veränderungen bei seiner Abwägung nicht hinreichend berücksichtigt hat. Eine entsprechende Auseinandersetzung bei den Beweisfragen fehlt insofern. Dies wäre aber notwendig gewesen, zumal Prof. Dr. L. in seinem Gutachten selbst angegeben hat, dass beim Kläger symmetrische Abnutzungserscheinungen im Bereich der Schultergelenke sowie ein ausgeprägter Vorzustand im Bereich der AC-Gelenke beidseits mit massiver Kompression der darunter verlaufenden Supraspinatussehne links vorlagen. Bei seiner Einschätzung der Ursächlichkeit des Unfalls vom 12.05.2012 im Hinblick auf die Rotatorenmanschettenruptur setzt er sich weder mit den dargestellten degenerativen Veränderungen noch mit der entgegenstehend unfallrechtlichen Literatur hinreichend auseinander. Insofern überzeugt seine Einschätzung der Ursächlichkeit nicht.

Aus der Schultergelenksprellung links resultiert keine messbare MdE. Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)), d.h. auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ([BSGE 1, 174](#), 178; [BSG SozR 2200 § 581 Nr. 22](#)). Für die Bewertung einer unfallbedingten MdE kommt es auf die gesamten Umstände des Einzelfalles an. Der Senat schließt sich der Beurteilung von Prof. Dr. M. an, wonach ab dem vierten Unfallmonat keine unfallbedingte MdE anzunehmen ist. Dr. K. ging in diesem Zusammenhang sogar davon aus, dass bereits ab dem 27.05.2012 keine unfallbedingte MdE mehr feststellbar ist. Die Erwerbsfähigkeit des Klägers infolge des anerkannten Versicherungsfalls ist mithin nicht über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert, sodass auch keine Verletztenrente zu gewähren ist.

Auf die Berufung der Beklagten war das Urteil des SG aufzuheben und die Klage abzuweisen.

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

Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 SGG](#)), liege nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved
2016-01-22