L 8 U 2187/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 17 U 1784/11
Datum
18.01.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 U 2187/13
Datum
18.03.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 18.01.2013 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten sind die Feststellung der Folgen eines anerkannten Arbeitsunfalles sowie die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, insbesondere Heilbehandlung, streitig.

Der 1985 geborene Kläger verletzte sich nach seinen im Verwaltungsverfahren gemachten Angaben in Ausübung seiner versicherten Tätigkeit als Monteur am 07.06.2010 die rechte Schulter. Zum Unfallgeschehen gab der Kläger im Fragebogen der Beklagten unter dem 08.09.2010 an, er habe mit einer Schlagbohrmaschine Kopfüber gebohrt. Der Bohrer habe sich verhakt und habe seinen rechten Arm verdreht. Er habe einen kurzen Schmerz verspürt. Er habe mit dem linken Arm seine Arbeit fortgesetzt. Mit viel Mühe und Schmerzen habe er noch ein Kabel für die Aufzugsteuerung gezogen. Wegen Schmerzen an der rechten Schulter bei Belastung des rechten Arms habe er dann die Arbeit eingestellt. Er sei nicht gestürzt und auch nicht angestoßen.

Der Durchgangsarzt Dr. P. stellte die Verdachtsdiagnose einer Ruptur der langen Bizepssehne rechts bei Schmerzen an der rechten Schulter, Übelkeit, Schwellung und Kollaps (Durchgangsarztbericht vom 07.06.2010). Eine am 11.06.2010 durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRT) zeigte eine Partialläsion der langen Bizepssehne unmittelbar am Ansatzbereich, keine Luxation der Bizepssehne, eine deutliche Tendinose/Tendinitis der Supraspinatussehne mit kleinem Einriss an der Unterfläche der Sehne sowie eine Begleitbursitis mit der Verdachtsdiagnose einer SLAP-Läsion rechts (Berichte Dr. V. vom 11.06.2010, Dr. P. vom 16.06.2010 und Dr. Bi. /Dr. M. vom 16.07.2010). Am 21.07.2010 erfolgte unter der Diagnose einer Rotatorenmanschettenpartialruptur eine Arthroskopie des rechten Schultergelenkes mit Glättung der Supraspinatussehne bei insgesamt komplikationslosem Verlauf (Bericht der Kliniken des Landkreises L. vom 23.07.2010 und OP-Bericht K. Krankenhaus R. vom 21.07.2010). Im Bericht der Kliniken des Landkreises L. vom 17.08.2010 teilte der Facharzt für Neurologie W. unter der Diagnose einer Schulterdistorsion rechts mit, es ergäbe sich kein Anhalt für eine Affektion des Plexus brachialis rechts; die evozierten Potenziale im Seitenvergleich zeigten keine Afferenzstörung.

Am 22.07.2010 teilte die Beklagte dem Kläger mündlich mit, dass kein Arbeitsunfall gegeben sei (Gesprächsnotiz vom 22.07.2010). Außerdem teilte die Beklagte Dr. M. mit Schreiben vom 26.07.2010 mit, ab sofort keine Behandlung mehr zu Lasten der Beklagten durchzuführen, weil kein Unfallereignis vorliege. Gegen die Mitteilung im Schreiben vom 26.07.2010 wandte sich der Kläger mit Schriftsatz seiner Prozessbevollmächtigten vom 06.08.2010; es handele sich um einen Arbeitsunfall und nicht um einen verschleißbedingten Defekt. Er machte die Anerkennung eines Arbeitsunfalles mit entsprechenden Leistungen geltend. Dieses Schreiben wertete die Beklagte als Widerspruch gegen den "Verwaltungsakt vom 26.07.2010" (Schreiben an Prozessbevollmächtigte vom 27.08.2010).

Die Beklagte holte die fachärztliche Stellungnahme des Beratungsarztes Dr. Schm. vom 12.10.2010 ein. In seiner Stellungnahme gelangte Dr. Schm. zu der Bewertung, es lägen deutliche Hinweise vor, dass der beschriebene Schaden nicht dem Unfallereignis zuzuordnen sei. Eine eindeutige Pathologie, die die Beschwerden hinreichend erklärten, habe sich bei der Spiegelung der rechten Schulter nicht gefunden.

Mit Teilabhilfebescheid vom 19.01.2011 anerkannte die Beklagte das Ereignis vom 07.06.2010 als Arbeitsunfall und als Folge eine folgenlos ausgeheilte Zerrung im rechten Schulterbereich an. Keine Folgen des Arbeitsunfalles seien eine Teilschädigung der Sehne des oberen Schulterblattgrätenmuskels rechts. Es bestehe Anspruch auf Leistungen, insbesondere Heilbehandlung, bis einschließlich 21.07.2010. Mit

Widerspruchsbescheid vom 15.03.2011 wies die Beklagte im Übrigen den Widerspruch zurück. Der im Bereich der Supraspinatussehne festgestellte Schaden könne nicht hinreichend wahrscheinlich auf den Arbeitsunfall vom 07.06.2010 zurückgeführt werden. Der Kläger habe sich lediglich eine Zerrung im rechten Schulterbereich zugezogen, die nach allgemeiner unfallmedizinischer Meinung innerhalb kürzester Zeit folgenlos ausheile. Ein Anspruch auf Leistungen, insbesondere Heilbehandlung, habe daher allenfalls bis einschließlich 21.07.2010 bestanden. Die darüber hinausgehende Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit stehe nicht mehr in einem rechtlich wesentlichen Ursachenzusammenhang mit dem Unfall vom 07.06.2010.

Hiergegen erhob der Kläger am 06.04.2011 Klage beim Sozialgericht Freiburg (SG). Er machte geltend, die Teilschädigung der Sehne des oberen Schulterblattgrätenmuskels rechts sei Folge des Arbeitsunfalls vom 07.06.2010. Er habe deshalb gegen die Beklagte ein Anspruch auf Leistungen, insbesondere auf Heilbehandlung.

Das SG hörte - unter Übersendung der fachärztlichen Stellungnahme des Dr. Schm. vom 12.10.2010 - den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Ma. , K. Krankenhaus R. , schriftlich als sachverständigen Zeugen an, der in seiner Stellungnahme vom 06.06.2011 mitteilte, die Partialruptur der Supraspinatussehne sei auf den Unfall vom 07.06.2010 zurückzuführen.

Anschließend holte das SG das orthopädisch-unfallchirurgische Gutachten des Dr. P. vom 15.08.2011 mit ergänzender Stellungnahme vom 30.08.2012 ein. Dr. P. gelangte zu der Zusammenhangsbeurteilung, es sprächen wesentlich mehr Einzelfaktoren gegen als für die Annahme einer traumatisch bedingten Teilläsion der rechten Subraspinatussehne. Das Ereignis vom 07.06.2010 sei nicht in der Lage gewesen, eine isolierte traumatische Ruptur einer intakten Rotatorenmanschette zu verursachen. Das Unfallgeschehen vom 07.06.2010 habe zu einer Distorsion und zu einer Zerrung der Weichteile der rechten Schulter geführt. Über den 21.07.2010 hinaus bestehe keine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit.

Auf Antrag des Klägers gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) holte das SG außerdem das orthopädisch-unfallchirurgische Gutachten des Dr. T. vom 01.08.2012 ein. Dr. T. gelangte in seinem Gutachten zu der Zusammenhangsbewertung, der vom Kläger geschilderte Unfallmechanismus mit dem Empfinden eines "schmerzhaften Sehnen Hin- und Herspringens" deute auf ein Herausspringen der langen Bizepssehne aus der Rinne im Oberarmkopf mit spontanem schnellen Zurückspringen hin. Dies könne durch das Herumreißen der Bohrmaschine bewirkt werden. Da die Sehne dem starken Herumreißen des Knochens nicht schnell genug folgen könne, könne sie aus ihrer Rinne herausspringen und dabei in den vorderen Anteil der Subraspinatussehne einschneiden. Dass dieser Mechanismus so stattgefunden habe, werde durch die Beurteilung der vorliegenden Kernspintomographieaufnahmen gestützt. Zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung vom 19.01.2012 sei der Kläger vollschichtig arbeitsfähig.

Mit Urteil vom 18.01.2013 stellte das SG fest, dass die Teilschädigung der Sehne des oberen Schulterblattgrätenmuskels rechts eine Folge des Arbeitsunfalls vom 07.06.2010 sei und verurteilte die Beklagte, auch über den 21.07.2010 hinaus Leistungen im gesetzlichen Umfang zu erbringen. Das SG führte zur Begründung seiner Entscheidung, dem Gutachten des Dr. T. folgend, aus, ein geeigneter Unfallmechanismus liege vor. Insgesamt gehe das Gericht von einem wahrscheinlichen Unfallzusammenhang aus.

Gegen das der Beklagten am 02.05.2013 zugestellte Urteil richtet sich die von der Beklagten am 22.05.2013 eingelegte Berufung. Sie hat zur Begründung, gestützt auf die Ausführungen des Dr. P. , ausgeführt, ein geeigneter Verletzungsmechanismus für eine traumatisch bedingte (Teil-)Ruptur der Supraspinatussehne liege nicht vor. Beim Vorliegen einer traumatisch bedingten Ruptur der Supraspinatussehne komme es ferner zu einer sofortigen Pseudoparalyse mit deutlichem Kraftverlust. Ein derartiger Befund sei jedoch nicht erhoben worden. Auch Zeichen einer Einblutung oder eines Knochenmarksödems (bone bruise), wie sie zur Anerkennung einer traumatisch bedingten Rotatorenmanschettenruptur gefordert würden, seien nicht beschrieben. Außerdem sprächen degenerative Veränderungen im Ansatzbereich der Supraspinatussehne gegen eine traumatische Verursachung.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 18.01.2013 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Kläger hält das angefochtene Urteil, gestützt auf das Gutachten von Dr. T. , für zutreffend.

Der Rechtsstreit ist durch den Berichterstatter mit den Beteiligten in der nichtöffentlichen Sitzung am 07.03.2014 erörtert worden. Hierzu wird auf die Niederschrift vom 07.03.2014 Bezug genommen.

Im Anschluss an den Termin vom 07.03.2014 hat die Beklagte unter Vorlage der beratungsärztlichen Stellungnahme des Prof. Dr. Wo. vom 18.03.2014 weiter vorgetragen, die von Dr. T. im Gutachten vom 01.08.2012 aufgestellte Hypothese des Herausspringens und schnellen Zurückspringens der Bizepssehne aus der Rinne am Oberarmkopf sei mit den objektivierbaren bildtechnischen Befunden nicht vereinbar und damit nicht nur nicht wahrscheinlich, sondern aufgrund der vorliegenden objektiven Befunde nicht nachzuvollziehen und somit widerlegt. Das Herausspringen der langen Bizepssehne aus der Rinne am Oberarmkopf sei auch nicht geeignet, die Supraspinatussehne zu verletzen. Die von Dr. T. aufgestellte Hypothese entspreche nicht dem allgemein anerkannten medizinischen Wissens- und Erkenntnisstand. Hierzu hat die Beklagte hilfsweise beantragt, Beweis zu erheben (Schriftsatz vom 31.03.2014).

Der Senat hat zu den Einwendungen der Beklagten die ergänzenden Stellungnahmen des Dr. T. vom 23.10.2014 und 23.01.2015 eingeholt, in denen er - unter Vorlage veröffentlichter medizinischer Literatur - an seinen gutachterlichen Bewertungen festgehalten hat. Hierzu hat sich die Beklagte unter Vorlage der beratungsärztlichen Stellungnahme des Prof. Dr. Wo. vom 09.12.2014 weiter geäußert und an ihrer Ansicht festgehalten (Schriftsatz vom 08.01.2015).

Der Senat hat anschließend von Amts wegen das unfallchirurgisch-orthopädische Gutachten nach Aktenlage des Dr. L. vom 11.09.2015 eingeholt. Dr. L. gelangt in seinem Gutachten zu der Zusammenhangsbewertung, der vom Kläger geschilderte Ereignisablauf am 07.06.2010 habe die physiologische Belastbarkeit der rechten Schulter übersteigen können und habe zu einer Zerrung der rechten Schulter als Körperschaden geführt. Substantielle Schäden an der rechten Schulter seien aufgrund des Ereignisablaufs vom 07.06.2010 ausgeschlossen. Eine Verrenkung der langen Bizepssehne, wie sie Dr. T. angenommen habe, habe sich nicht ereignen können.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

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

Entscheidungsgründe:

Die gemäß § 151 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten, über die der Senat gemäß § 124 Abs. 2 SGG mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist gemäß §§ 143, 144 SGG zulässig und unbegründet. Der streitgegenständliche Bescheid des Beklagten vom 19.01.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.03.2011 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Dem angefochtene Urteil des SG vermag sich der Senat nach eigenen Ermittlungen im Berufungsverfahren nicht anzuschließen.

Soweit der Kläger die Feststellung einer Supraspinatussehnenteilschädigung der rechten Schulter als Folge des Unfalls vom 02.05.2011 begehrt, ist richtige Klageart die kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage gemäß § 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG oder nach Wahl des Versicherten kombiniert mit der Verpflichtungsklage nach § 54 Abs. 1 SGG (vgl. BSG 05.07.2011 - B 2 U 17/10 R -, BSGE 108, 274 und BSG 27.04.2010 - B 2 U 23/09 R). Bei dem Klageantrag handelt es sich um eine nach §§ 54 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1, 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG zulässige Anfechtungs- und Feststellungsklage. Entsprechendes gilt für das Begehren des Klägers auf Heilbehandlung über den 21.07.2010 hinaus, wie der Kläger nach seinem Antrag in der Klageschrift vom 04.04.2011 neben der Feststellung insbesondere beantragt hat. Mit dem angefochtenen Bescheid vom 19.01.2011 hatte die Beklagte eine Teilschädigung der Sehne des oberen Schulterblattgrätenmuskels rechts als Unfallfolge sowie einen Anspruch auf "insbesondere" Heilbehandlung über den 21.06.2010 hinaus abgelehnt. Damit ist eine anfechtbare Entscheidung zur begehrten Feststellung von Unfallfolgen und auf Heilbehandlung ergangen. Es besteht auch ein Feststellungsinteresse nach § 55 Abs. 1 SGG. Hinsichtlich der hinreichend konkret umschriebenen Beschwerden der rechten Schulter können gegebenenfalls konkrete Leistungsansprüche auf Rente, Verletztengeld (usw.) abgeleitet werden.

Soweit das SG dem in der mündlichen Verhandlung am 18.01.2013 gestellten Antrag des Klägers entsprochen hat, die Beklagte zur Erbringung von - nicht näher bezeichneten - Leistungen im gesetzlichen Umfang über den 21.07.210 hinaus zu erbringen, ist die Berufung der Beklagten bereits deshalb begründet, weil die Klage insoweit unzulässig war. Denn insoweit hat der Kläger ein Grundurteil über Leistungen allgemein der gesetzlichen Unfallversicherung i.S.d. §§ 26 ff SGB VII begehrt. Ein solcher Klageantrag ist jedoch unzulässig (BSG vom 07.09.2004 - 2 B U 35/03, SozR 4 2700 § 8 Nr. 6; BSG 30.01.2007 B 2 U 6/06 R, juris). Denn einem Grundurteil (§ 130 SGG) sind nur die in Betracht kommenden Geldleistungen zugänglich, nicht aber das Sachleistungsbegehren nach Heilbehandlung. Eine mit Rechtsmittel anfechtbare Entscheidung der Beklagten über Verletztengeld oder Verletztenrente liegt nicht vor. Verletztenrente oder Verletztengeld hat der Kläger im Vorliegenden Rechtsstreit auch nicht hinreichend bestimmt geltend gemacht.

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= SozR 4-2700 § 8 Nr. 17,- B 2 U 40/05 R - = UV-Recht Aktuell 2006, 419-422, B 2 U 26/04 R= UV-Recht Aktuell 2006, 497-509, alle auch in juris).

Diese Voraussetzungen sind hinsichtlich des Ereignisses vom 07.06.2010 erfüllt. Die Beklagte hat im streitgegenständlichen Bescheid vom 19.01.2011 das Ereignis vom 07.06.2010 auch als Arbeitsunfall ausdrücklich anerkannt.

Die Teilschädigung der Supraspinatussehne rechts ist jedoch nicht als Folge des Ereignisses festzustellen. Denn die haftungsbegründende Kausalität zwischen dem angeschuldigten Geschehen und den geltend gemachten Gesundheitsstörungen ist nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu bejahen. Es kann nicht festgestellt werden, dass das Unfallereignis am 07.06.2010 auf die Supraspinatussehne rechts eingewirkt und eine Teilruptur der Sehne verursacht hat, wie der Kläger geltend macht.

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. v § 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 entfiele (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.).

Nach diesen Grundsätzen liegt zur Überzeugung des Senats die haftungsbegründende Kausalität für die vom Kläger als Unfallfolge geltend gemachten Gesundheitsstörungen nicht vor. Zwar ist beim Kläger das Vorliegen einer Teilruptur der Supraspinatussehne rechts insbesondere durch den bei der Arthroskopie der rechten Schulter im K. Krankenhaus R. am 21.07.2010 erhobenen Befund belegt, wovon auch die Beklagte ausgeht. Es kann jedoch nicht festgestellt werden, dass das Unfallereignis vom 07.06.2010 auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie (conditio sine qua non) als Ausgangsbasis ursächlich für die Teilruptur der Supraspinatussehne rechts ist. Dies steht für den Senat insbesondere aufgrund des im Berufungsverfahren eingeholten Gutachtens des Dr. L. vom 07.08.2015 fest.

Allein der Umstand, dass die rechte Schulter des Klägers nach seinen Angaben bis zum Arbeitsunfall beschwerdefrei war, rechtfertigt für sich noch nicht die Feststellung eines ursächlichen Zusammenhangs der Rotatorenmanschettenruptur mit dem Unfallereignis vom 07.06.2010.

Ein geeigneter Unfallhergang bzw. Verletzungsmechanismus durch Gewalteinwirkung (als Indiz) für eine traumatische Supraspinatussehnenteilruptur, wie in Dr. L. in seinem Gutachten vom 07.08.2015 in Übereinstimmung mit der unfallmedizinischen Literatur (vgl. Schönberger / Mehrtens / Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, Seite 412f. 8.2.5.2). zutreffend beschrieben hat, kann nicht festgestellt werden. Zwar hat nach den Ausführungen von Dr. L. der Ereignisablauf am 07.06.2010 die physiologische Belastbarkeit der rechten Schulter übersteigen können. Nach dem vom Kläger im Verlaufe des Rechtsstreits im Wesentlichen gleichbleibend geschilderten Ereignisablauf, der für den Senat feststeht, musste der Kläger am 07.06.2010 in einem Aufzugschacht kurz unterhalb der Decke eine Steuerungseinheit austauschen. Dabei bohrte der Kläger mit der Schlagbohrmaschine in Überkopfhöhe auf Scheitelhöhe seitlich rechts mit der rechten Hand in horizontaler Richtung, was der Senat den unwidersprochenen Feststellungen des SG aufgrund der Angaben des Klägers in der mündlichen Verhandlung vor dem SG entnimmt. Beim Bohren verhakte sich der Bohrer, wodurch sich der Kläger den Oberarm verdrehte. Nach diesem Ereignisablauf handelte es sich nach den nachvollziehbaren und plausiblen Ausführungen des Dr. L. um eine isometrische, die Schulter stabilisierende Bewegung zum Zeitpunkt eines gewaltsamen Außenrotationsmechanismus auf die rechte Schulter bei hier gebeugten rechten Ellenbogengelenk. Aus dieser Stellung, bei plötzlichem Festsitzen des Bohrers der Bohrmaschine, rotierte die Bohrmaschine um den festsitzenden Bohrer und verriss dem Kläger in Außenrotationsrichtung bei Abduktion des Armes in der Schulter bzw. im Schultergürtel und gebeugten rechten Ellenbogen die rechte Schulter. Dabei erlitt der Kläger nach der Bewertung von Dr. L. eine Verletzung im Bereich der rechten Schulter in Form einer Schulterzerrung durch die Zerrung der langen Bizepssehne des rechten Schultergelenkes, was die Beklagte auch als Unfallfolge anerkannt hat. Betroffen von dem biomechanisch relevanten Unfallmechanismus waren nach den gutachtlichen Ausführungen von Dr. L. jedoch nur die lange Bizepssehne sowie die Subscapularissehne. Diese Funktionseinheiten als Stabilisatoren des Schultergelenkes wurden bei plötzlicher Außenrotationsforcierung ungewöhnlich gestresst. Hierzu passt der von Dr. L. angenommene Gesundheits(erst)schaden einer Schulterzerrung durch die Zerrung der langen Bizepssehne, die nach den Ausführungen von Dr. L. in seinem Gutachten durch die zeitnahe Erstdiagnostik sowie kernspintomographische Diagnostik und die durchgeführte Arthroskopie der rechten Schulter belegt ist. Die Supraspinatussehne - wie auch die Infraspinatussehne oder der Terres minor - war dagegen durch den biomechanisch relevanten Unfallmechanismus nicht betroffen. Damit kann nicht festgestellt werden, dass der Ereignisablauf am 07.06.2010 geeignet war, eine Supraspinatussehnenteilruptur der rechten Schulter herbeizuführen. Hiervon geht auch Dr. P. in seinem Gutachten vom 15.08.2011 aus.

Eine durch das Unfallereignis am 07.06.2010 verursachte Supraspinatussehnenteilruptur der rechten Schulter wird auch nicht aufgrund der dokumentierten klinischen Symptomatik belegt, die vielmehr gegen eine solche Annahme spricht. Nach den Ausführungen von Dr. L. sind mit einem traumatisch bedingten Schaden des Schultergelenkes eine akute Funktionseinbuße und ein hoher Schmerzgrad verbunden, der im weiteren Verlauf abnimmt. Initial weisen traumatisch bedingte Schädigungen an der Rotatorenmanschette, selbst bei nicht substantiellen Veränderungen, wie Einblutungen, Überdehnung mit Schwellung der Sehnen und Kapselanteilen, eine charakteristische klinische Symptomatik auf. Diese besteht in einer sofortigen Funktionseinbuße in Form des "drop arm signs". Der Verletzte hält seinen Arm von der Schulter abwärts in einer Schonhaltung mit Unterstützung durch den Gegenarm und vermeidet jedwede Bewegungsausschläge im betroffenen Arm wegen der initial extremen Schmerzhaftigkeit. Der betroffene Arm wirkt auch muskulär wie gelähmt. Dem entsprechen im Wesentlichen die Ausführungen des Dr. P. im Gutachten vom 15.08.2011 zum klinischen Primärbefund einer traumatischen Rotatorenmanschettenruptur. Ein solches klinisches Verletzungsbild (subjektive Beschwerdesymptomatik) ist nicht belegt. Nach den in den Gutachten von Dr. P. vom 15.08.2011 und Dr. T. vom 01.08.2012 beschriebenen Angaben des Klägers zum Ereignisablauf am 07.06.2010 konnte der Kläger seine Arbeit, wegen bestehender Schmerzen mit Mühe, beenden. Es kam zu einer Zunahme des Schulterschmerzes im Verlauf der nächsten Tage. Das Auftreten einer Funktionseinbuße des rechten Arms hat der Kläger nicht geschildert. Der Kläger hat vielmehr im Fragebogen der Beklagten unter dem 09.09.2010 angegeben, die Arbeit beendet zu haben, weil er an der rechten Schulter bei Belastung Schmerzen hatte. Nach den Ausführungen von Dr. L. besteht damit ein auffällig protrahierter Verlauf der anfänglich konservativ eingeleiteten Behandlung. Auch die - zu den Akten gelangten - medizinischen Unterlagen zu klinischen Befunderhebungen sind für das Vorliegen einer Rotatorenmanschettenläsion nicht richtungsweisend. Dokumentiert sind lediglich diffuse Beschwerden mit

Belastungsschmerzen, wobei die Beweglichkeit im Schultergelenk nicht als wesentlich eingeschränkt beschrieben ist. Nach dem Entlassungsbericht der Kliniken des Landkreises L. vom 23.07.2010 wird der Befund bei der Aufnahme dahin beschrieben, dass die Schulter in allen Richtungen zwar äußerst schmerzhaft war, bei jedoch nahezu freier passiver Beweglichkeit in Extension und Flexion. Die Tests zur Rotatorenmanschette waren negativ. Klinische Hinweise für das Vorliegen einer Labrumläsion fanden sich nicht. Die periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität waren wie die Hautverhältnisse intakt. Ein richtungsweisender klinischer Befund für das Vorliegen einer traumatisch bedingten substantiellen Schädigung des rechten Schultergelenkes aufgrund des Ereignisablaufs vom 07.06.2010 kann damit nicht festgestellt werden, wie Dr. L. in seinem Gutachten für den Senat nachvollziehbar ausgeführt hat. Hiervon geht auch Dr. P. in seinem Gutachten aus, der nur Zeichen einer Pathologie der langen Bizepssehne an der rechten Schulter für dokumentiert ansieht, was für die Ansicht des Dr. L. spricht, dass sich der Kläger am 07.06.2010 lediglich eine Zerrung der langen Bizepssehne zugezogen hat.

Auch das durch die bildgebende Diagnostik sowie durch die am 21.07.2010 durchgeführte Arthroskopie des rechten Schultergelenkes dokumentierte Verletzungsbild rechtfertigt die Feststellung einer Verursachung der Subraspinatussehnenteilruptur rechts durch den Ereignisablauf am 07.06.2010 nicht. Strukturelle Veränderungen, die sichere Spuren für einen substantiellen Schaden infolge der Gewalteinwirkung hinterlassen haben, finden sich nicht. Nach den Ausführungen von Dr. L. in seinem Gutachten entstehen bei einer traumatischen Rissbildung oder einem Abriss der Muskelansätze der Rotatorenmanschette durch höhere indirekte Gewalteinwirkung fast ausschließlich ansatznahe, also dicht am Knochen gelegene Ausrisse bzw. Zerreißungen. Dabei treten sehr häufig Limbusverletzungen auf. Es findet sich ein komplexes Verletzungsmuster der schultergelenksbildenden Funktionseinheiten. Ein solches Verletzungsmuster hat nach den Ausführungen von Dr. L. beim Kläger jedoch nicht bestanden. So sind Hinweise auf einen typischen "bone bruise" im Sinne einer beinahe stattgefunden Schulterluxation oder auf eine krankhaft zu bewertende Einblutung im Bereich des Schultergelenkes durch die durchgeführten Magnetresonanztomographien nicht festzustellen. Ebenso wenig finden sich traumatisch zu begründende Veränderungen im Bereich des Ansatzes der Supraspinatussehne am Tuberculum majus bzw. knöcherne Ausrisszeichen. Eine zystische Aufhellung ansatznah im Bereich der Supraspinatussehne am Tuberculum majus ist Zeichen einer chronisch entwickelnden Strukturveränderung im Sinne einer reaktiven chronischen und damit unfallunabhängig entstandenen Sehnenreizung. Auch eine Flüssigkeitsansammlung um die lange Bizepssehne ansatznah im Schultergelenk ohne Substanzverlust, ohne Zeichen einer Kontinuitätstrennung, kann Ausdruck einer chronischen Reizung dieser Sehne im Gelenkverlauf sein, wie Dr. L. nachvollziehbar ausgeführt hat. Weiter hat die am 21.06.2010 durchgeführte Arthroskopie ebenfalls keinen Hinweis auf eine unfallbedingte substantiellen Schädigung der Supraspinatussehne rechts durch das Ereignis vom 07.06.2010 erbracht, wie Dr. L. in seinem Gutachten weiter ausgeführt hat. Insbesondere hat eine SLAP-Läsion durch die Arthroskopie sicher ausgeschlossen werden können. Daraus schließt Dr. L. , den Senat überzeugend, dass ein unfallbedingter substantieller Schaden im Bereich des rechten Schultergelenkes durch die bildgebende Diagnostik sowie die durchgeführte Arthroskopie auszuschließen ist und sich damit nicht feststellen lässt. Die bei der Arthroskopie am 21.07.2010 sowie kernspintomografisch unterhalb des Schulterdaches festgestellte Strukturveränderung am freien Rand der Supraspinatussehne im Sinne einer Aufrauhung und Strukturveränderung, die kernspintomographisch als Partialruptur des gelenkseitigen Anteils der Supraspinatussehne beschrieben wird, ist nach der nachvollziehbaren Bewertung des Dr. L. Ausdruck einer chronischen Sehnenreizung vorbestehend und damit als unfallunabhängig zu werten. Auch Dr. P. hat in seinem Gutachten vom 15.08.2011 typische Verletzungszeichen einer traumatischen Rotatorenmanschettenläsion nicht beschrieben und wertet dies als gegen die Annahme einer traumatischen Rotatorenmanschettenläsion sprechend. Auch im Gutachten des Dr. T. vom 01.08.2012 sind typische Verletzungszeichen einer traumatischen Rotatorenmanschettenläsion nicht als gesichert beschrieben. Soweit Dr. T. in seinem Gutachten die Frage aufwirft, ob es sich bei einer - von Dr. P. im Gutachten - als kernspintomografisch gesichert angesehene zystische Strukturen im Humeruskopf in Höhe des Ansatzes der Supraspinatussehne, die typischerweise im Zusammenhang mit degenerativen Sehnenveränderungen vorlägen, nicht vielleicht um eine Flüssigkeitseinlagerung durch einen mechanischen Ausriss im Knochen handelt, reichen diese Ausführungen für die sichere Annahme eines mechanischen Ausrisses im Knochen nicht aus. Dr. T. erörtert vielmehr lediglich eine bloße Möglichkeit, die nicht tragende Grundlage einer Zusammenhangsbewertung sein kann.

Der abweichenden Zusammenhangsbewertung des Dr. T. in seinem Gutachten vom 11.08.2011 und seinen vom Senat eingeholten ergänzenden Stellungnahmen vom 23.10.2014 und 23.01.2015 vermag der Senat nicht zu folgen. Auch Dr. T. stützt seine abweichende Zusammenhangsbewertung nicht darauf, dass die Supraspinatussehnenteilruptur ohne weitere mitwirkende Faktoren durch das Herumreißen der Bohrmaschine verursacht wurde. Er geht vielmehr davon aus, dass es beim Kläger durch das Herumreißen der Bohrmaschine zu einem Herausspringen der langen Bizepssehne aus der Rinne im Oberarmkopf mit spontanem schnellen Zurückspringen gekommen sei und die Sehne durch die Innendrehbewegung des Oberarmkopfes nach weiter außenseitig in den vorderen Anteil der Supraspinatussehne eingeschnitten habe. Hierin sieht sich Dr. T. durch Kernspintomographieaufnahmen bestätigt, die eine vermehrte Flüssigkeitsansammlung um die lange Bizepssehne beim Eintritt in die Rinne des Oberarmkopfes zeigen. Dieser Zusammenhangsbewertung kann jedoch nicht gefolgt werden. Die Flüssigkeitsansammlung um die lange Bizepssehne kann nach dem Gutachten des Dr. L. Ausdruck einer Zerrung bzw. Ausdruck einer chronischen Reizung der Sehne im Gelenkverlauf sein, worauf Dr. T. nicht eingeht. Ein Herausspringen der langen Bizepssehne aus der Rinne im Oberarmkopf mit spontanem schnellen Zurückspringen wird nach den Ausführungen von Dr. L. zudem durch eine vermehrte Flüssigkeitsansammlung um die lange Bizepssehne noch nicht belegt. Eine Verrenkung der langen Bizepssehne führt nach den Ausführungen von Dr. L. unausweichlichen zu einer komplexen Schädigung der sogenannten Pulley und damit meist zu einer Schädigung der Sehne des Musculus subscapularis. Krankhafte Veränderungen, die auf eine von Dr. T. angenommene Verrenkung der langen Bizepssehne aus der knöchernen Gleitrinne hindeuten, sind jedoch weder kernspintomografisch noch athroskopisch nachweisbar. Vielmehr sind Veränderungen oder Unfallverletzungsfolgen im Bereich des anatomisch komplizierten Verlaufs der langen Bizepssehne im Gelenkbereich und der so genannten Pulley (einem umlenkartigen Zügelungsapparat der langen Bizepssehne im Eintrittsbereich in den knöchernen Sulcus des Oberarms) durch die kernspintomografischen Untersuchungen sowie die am 21.07.2010 durchgeführte Arthroskopie sicher auszuschließen, wie Dr. L. in seinem Gutachten überzeugend ausführt. Die Führung der langen Bizepssehne im Schultergelenk (so genannte Pulley Schlinge) stellte sich vor allem in der diagnostischen Arthroskopie völlig unauffällig da, woraus Dr. L. nachvollziehbar und überzeugend folgert, dass der von Dr. T. auf der Grundlage der Angaben des Klägers angenommene Unfallmechanismus nicht stattgefunden hat.

Nach alledem kann der Senat nicht feststellen, dass der Kläger am 07.06.2010 eine substantielle Schädigung der Rotatorenmanschette (Supraspinatussehnenteilruptur) erlitten hat. Ein Anspruch des Klägers auf Feststellung der von ihm geltend gemachten Teilschädigung der Sehne des oberen Schulterblattgrätenmuskels rechts als Folge des Unfalls vom 07.07.2006 besteht damit zur Überzeugung des Senats nicht. Dabei kommt es nicht entscheidungserheblich darauf an, ob beim Kläger Konkurrenzursachen, wie sie Dr. L. in seinem Gutachten diskutiert hat (Gicht), vorliegen und ob von einer Gelegenheitsursache auszugehen wäre, wofür die Beklagte nach der Rechtsprechung des

Senates die Beweislast zu tragen hätte (vgl. Senatsurteil vom 01.07.2011 - L 8 U 197/11 -, sozialgerichtsbarkeit.de und juris, m.H.a. BSG SozR 4-2700 § 8 Nr. 31 und BSG, Urteil vom 06.12.1989 - 2 RU 7/89 -, juris), weshalb der Senat auch keinen Anlass hat, den Sachverhalt hierzu weiter von Amts wegen aufzuklären.

Damit steht für den Senat fest, dass der von der Beklagten anerkannte Arbeitsunfall des Klägers vom 07.06.2010 lediglich eine Schulterzerrung in Form einer Zerrung der langen Bizepssehne verursacht hat, die als Folge des Arbeitsunfalles von der Beklagten im streitgegenständlichen Bescheid auch anerkannt ist. Dass der Arbeitsunfall vom 07.06.2010 weitere zu berücksichtigende Unfallfolgen verursacht hat, kann nicht festgestellt werden. Ein vom Kläger außerdem geltend gemachte Anspruch auf Heilbehandlung über den 21.07.2010 hinaus ist damit nicht gegeben. Denn die Folgen des Arbeitsunfalles (Schulterzerrung) waren am 21.07.2010 abgeheilt. Nach dem Gutachten des Dr. P. vom 15.08.2011 bestand über den 21.07.2010 hinaus keine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit des Klägers. Dass wegen der erlittenen Schulterzerrung Behandlungsbedürftigkeit über den 21.07.2010 hinaus bestanden hat, hat der Kläger im Übrigen auch nicht geltend gemacht. Darauf, ob sich ein Anspruch des Klägers gegen die Beklagte auf Heilbehandlung durch Zeitablauf erledigt hat, kommt es nicht an.

Anlass zu weiteren Ermittlungen besteht nicht. Der Sachverhalt ist durch die vom SG sowie im Berufungsverfahren durchgeführten Ermittlungen und die zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen vollständig aufgeklärt und vermitteln dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen (§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG, § 412 Abs. 1 ZPO). Gesichtspunkte, durch die sich der Senat zu weiteren Ermittlungen gedrängt fühlen müsste, hat der Kläger im Berufungsverfahren nicht aufgezeigt.

Das angefochtene Urteil des SG war daher aufzuheben und die Klage des Klägers abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2016-04-12