L 8 U 2299/15

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

8

1. Instanz

SG Freiburg (BWB)

Aktenzeichen

S 8 U 2659/14

Datum

22.04.2015

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 U 2299/15

Datum

16.12.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

für Recht erkannt: Tenor: Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 22.04.2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger wegen eines von der Beklagten anerkannten Arbeitsunfalls am 10.07.2012 Verletztenrente zusteht.

Der 1986 geborene Kläger war am Unfalltag damit beschäftigt im Betrieb seines Arbeitgebers ein mit dem Gabelstapler hochgehobenes Rolltor zu reparieren. Hierbei kippte das Rolltor um und fiel auf den Kläger (Unfallanzeige des Arbeitgebers vom 13.09.2012).

Mit Schwellungen und Schmerzen im rechten Unterschenkel und in der rechten Schulter sowie dem dorsalen Oberarm suchte der Kläger am Unfalltag den Durchgangsarzt Prof. Dr. V. auf, der eine Schulterdistorsion rechts und eine Unterschenkelprellung rechts diagnostizierte (Durchgangsarztbericht von Prof. Dr. V. vom 12.07.2012). Am 19.07.2012 wurde eine Magnetresonanztomographie (MRT) des rechten Schultergelenks durchgeführt. Im radiologischen Befundbericht von Prof. Dr. B. vom 19.07.2012 wurde ein eingengter Subacromialraum, ein minimales Ödem im ventroapikalen Gelenkkapsel- bzw. Rotatorenmanschettenabschnitt ohne Nachweis einer Kontinuitätsunterbrechung beschrieben. Bei der Untersuchung des Klägers am 31.08.2012 im O. Klinikum wurde als Befund eine gute Beweglichkeit der rechten Schulter mit Schmerzen bei Belastung sowie ein schmerzhafter Bogen erhoben (Kurzarztbrief - ohne Datum - des O. Klinikums, Dr. Ri. , Eingang bei der Beklagten am 04.09.2012). Arbeitsunfähigkeit bestand vom Unfalltag bis 14.09.2012 (Abrechnung der AOK vom 28.09.2012). Die Beklagte zahlte Verletzengeld ab Ende der Lohnfortzahlung bis 14.09.2012 (Abrechnungen der AOK vom 03.09. und 28.09.2012).

Die AOK zeigte der Beklagten die Wiedererkrankung des Klägers mit Arbeitsunfähigkeit ab 23.10.2012 an (Schreiben der AOK vom 02.11.2012). Eine erneute MRT am 31.10.2012 ergab eine Partialruptur der rechten Supraspinatussehne distal gelenkseitig (Arztbrief des Radiologen Dr. B. vom 02.11.2012). Am 03.12.2012 wurde eine arthroskopische Rotatorenmanschettennaht an der Supraspinatussehne vorgenommen (Operationsberichte von Dr. H. , O. Klinikum, vom 06.12.2012). Der Kläger machte bei der Beklagten geltend, er habe seit dem Unfall durchgehend Schmerzen an der rechten Schulter gehabt. In der Zeit 01.09.2012 bis 22.09.2012 habe er in der Firma nur leichte Büroarbeiten erledigt, andere Arbeiten habe er nicht ausführen können (Schreiben des vormaligen Bevollmächtigten vom 30.01.2013). Er beantragte Verletztenrente (Schreiben des vormaligen Bevollmächtigten vom 23.07.2013).

Die Beklagte holte das Gutachten von Prof. Dr. V. vom 27.05.2013 ein, der einen unfallbedingten Zusammenhang der erlittenen Ruptur der Supraspinatussehne rechts verneinte. Gegen einen Zusammenhang sprächen der ungeeignete Unfallhergang mit Prellung der Schulter von vorn bei angelegtem Oberarm, der Erstbefund am Unfalltag ohne vollständige Aufhebung der Beweglichkeit, der MRT-Befund vom 19.07.2012 sowie der Arthroskopiebericht vom 06.12.2012, wonach die Sehnenoberfläche unauffällig und ohne sichtbare Rissbildungen gewesen sei. Der Sehnen Schaden habe innerhalb der Sehne gelegen (intratendinös), was typisch für eine beginnende Verschleißerkrankung sei. Die unfallbedingt erlittene Schulterprellung sei folgenlos ausgeheilt.

Mit Bescheid vom 26.07.2013 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente ab. Den hiergegen eingelegten Widerspruch (Schreiben des Klägerbevollmächtigten vom 22.08.2013) wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 30.04.2014, der am 06.05.2014 beim

Klägerbevollmächtigten eingegangen ist (Bl. F 6 der SG-Akte), zurück.

Der Kläger erhob am 06.06.2014 Klage vor dem Sozialgericht Freiburg (SG) unter Vorlage der Stellungnahme von Dr. Wa. vom 20.08.2014, wonach der Eintrag im Vorerkrankungsverzeichnis der AOK über eine Arbeitsunfähigkeit des Klägers bis 07.07.2012 wegen einer Schulterprellung sachlich falsch sei. Das SG holte von Dr. P. das Gutachten vom 06.12.2014 mit Ergänzung vom 21.01.2015 ein. Der Sachverständige kam zu dem Ergebnis, das Ereignis am 10.07.2012 habe zu einer vorübergehenden, nicht richtunggebenden Verschlimmerung einer bis dahin asymptomatischen Rotatorenmanschettendegeneration (einer intradendinösen Partialläsion der Supraspinatussehne) geführt.

Mit Gerichtsbescheid vom 22.04.2015 wies das SG die Klage ab. In den Entscheidungsgründen stützte sich das SG auf das Gutachten von Dr. P. , das in Übereinstimmung mit den Ausführungen von Prof. Dr. V. stehe.

Gegen den dem Klägerbevollmächtigten am 30.04.2015 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 27.05.2015 Berufung beim SG zum Landessozialgericht eingelegt. Er macht geltend, das SG wie auch der Sachverständige Dr. P. gingen von einem fehlerhaften Unfallhergang aus. Dr. P. habe zudem ungeprüft die Befundberichte der bildgebenden Befunde übernommen, aber selbst eine Begutachtung der radiologischen Bildgebung für sinnvoll erachtet. Auch die vom Sachverständigen zugrunde gelegte Vorerkrankung treffe nicht zu, da es sich um einen fehlerhaften Eintrag handele.

Der Kläger beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 22.04.2015 und den Bescheid der Beklagten vom 26.07.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30.04.2014 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, ihm Verletztenrente wegen des Unfalls vom 10.07.2012 zu gewähren, hilfsweise die Arbeitskollegen F. O. und A. T. als Zeugen zu vernehmen, wie im Schriftsatz vom 07.01.2015 beantragt.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie bezieht sich auf die zutreffenden Ausführungen im angefochtenen Gerichtsbescheid. Es sei nachvollziehbar dargelegt, dass die gegen einen Unfallzusammenhang sprechenden Kontra-Argumente gegenüber den Pro- Argumenten deutlich überwögen, auch unabhängig von der Frage des konkreten Unfallherganges.

Im nicht-öffentlichen Termin am 04.04.2016 ist mit den Beteiligten der Rechtsstreit erörtert worden. Auf die Sitzungsniederschrift wird verwiesen.

Mit Schriftsatz vom 20.04.2016 hat der Kläger über seinen Bevollmächtigten ergänzend zum Unfallhergang vorgetragen. Vom Durchgangsarzt sei eine Schulterdistorsion rechts diagnostiziert worden, was durch eine bloße Prellung jedoch nicht habe entstehen können. Damit sei eine unnatürliche Bewegung über die Grenze des Normalbewegungsspielraums hinaus dokumentiert. Dr. P. stütze sich auf die Kernspintomographie vom 19.07.2012, die keine Ruptur ausweise, die jedoch in der Arthroskopie vom 03.12.2012 festgestellt worden sei. Es stelle sich daher die Frage, ob die Befundung aus der Kernspintomographie vom Juli 2012 korrekt sei. Eine chronische Engpasssymptomatik als Vorläufer einer Rotatorenmanschettenruptur bedeute keineswegs einen Ausschluss einer Ruptur. Dr. P. habe in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 21.01.2015 entgegen seiner vorangegangenen Darlegungen ausgeführt, die Einengung des Subacromialraumes trete nach einer Rotatorenmanschettenruptur auf. Danach bestehe weiterer Aufklärungsbedarf.

Der Senat hat von PD Dr. K. das röntgenfachärztliche Gutachten vom 10.06.2016 eingeholt. Danach sei der kernspintomographische Befund vom 19.07.2012 technisch unzureichend. Die MRT-Aufnahme erlaube keine endgültige Beurteilbarkeit bezüglich Ruptur oder Degeneration. Die T2-gewichteten axialen Messungen ließen einen Einriss der Supraspinatussehne T2-signalintensiv erahnen. Die nach lege artis durchgeführte Kernspintomographie vom 31.10.2012 ergebe eine PAINT-Läsion (partial articular-sided lesion with interstionell extension). Es bestehe keine Sehnenretraktion und keine Muskelatrophie. Nur retrospektiv könne auch der Untersuchung vom Juli 2012 eine Ruptur der Supraspinatussehne im Sinne einer PASTA-Läsion (partial articular-sided supraspinatus tendon avulsion) entnommen werden, wobei die Untersuchung aufgrund eines fehlenden Wasser-Weichgewebe-Kontrastes nicht aussagekräftig sei. Das Fortschreiten einer initialen Pasta-Läsion zu einer Paint-Läsion sei als eine Komplikation im Sinne einer zunehmenden intradendinösen Rissausbreitung bekannt.

Die Beklagte hat zu dem Gutachten von Dr. K. die beratungsärztliche Stellungnahme des Unfallchirurgen Dr. We. vom 29.06.2016 vorgelegt. Danach sei die Beurteilung von Dr. K. , die unfallnahe MRT-Aufnahme vom Juli 2012 ergebe retrospektiv einen Einriss der Supraspinatussehne, extrem spekulativ. Die nach Dr. K. in der Aufnahme vom Oktober 2012 erkennbaren 3 mm tiefen Risse seien offensichtlich arthroskopisch nicht gesehen worden. Aus der klinischen Erfahrung heraus sei festzuhalten, dass sich häufig Mutmaßungen aus radiologischen Befunden in der direkten Befundinspektion bei der Operation nicht verifizieren lassen. Darüber hinaus wäre auch eine bereits im Juli vorliegende Sehnenveränderung nicht beweisend für eine Unfallursache. Daher sei von allen Vorgutachten eine multifaktorielle Analyse vorgenommen worden.

Der Senat hat die Verwaltungsakte der Beklagten und die Akte des SG beigezogen. Auf diese Unterlagen und die vor dem Senat angefallenen Berufsakten wird wegen weiterer Einzelheiten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig aber unbegründet.

Die Klage auf Verurteilung zur Zahlung einer Verletztenrente ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage zulässig. Nachdem der Kläger mit Schreiben vom 23.07.2013 Verletztenrente beantragt hatte, die mit Bescheid vom 26.07.2013 abgelehnt wurde, ist das mit der Wiedererkrankungsanzeige für 23.10.2012 aufgenommene Verwaltungsverfahren mit der angefochtenen Ausgangsentscheidung vom 26.07.2013 und Erlass des Widerspruchsbescheids vom 30.04.2014 beendet worden. Die Sachurteilsvoraussetzung einer Anfechtungs- und Leistungsklage in Form eines über das Begehren ergangenen Verwaltungsakts mit nachfolgendem Vorverfahren ([§ 78 Abs. 1 S. 1 SGG](#)) liegt vor. Ein Feststellungsantrag, den das SG in sachdienlicher Auslegung des Klagevorbringens zum Leistungsbegehren zusätzlich unterstellt

hat, ist im Berufungsverfahren gleichwohl – auch – nicht ausdrücklich gestellt worden. Die geltend gemachte Läsion der Supraspinatussehne ist somit nach dem Berufungsvorbringen allein die Begründung für eine rentenrelevante Minderung der Erwerbsfähigkeit.

Der Kläger hat jedoch keinen Anspruch auf Verletztenrente.

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 Vmhundertsätze 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 vom Hundert 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 Vmhundertsatzes der Vollrente festgesetzt wird, der der MdE entspricht (§ 56 Abs. 3 SGB VII).

Nach diesen Maßstäben ist ein Anspruch des Klägers auf Verletztenrente nicht begründet, denn über die 26. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus lagen keine Unfallfolgen mehr vor, die eine MdE um wenigstens 20 v.H. verursachten.

Der Senat kann als Folgen des Unfalls am 10.07.2012 lediglich eine Schulterprellung rechts und Prellung am rechten Bein feststellen, die spätestens nach dem 14.09.2012 folgenlos ausgeheilt waren und keine MdE um mindestens 10 v.H. verursachen. Der Senat stützt sich hierbei auf die überzeugenden Gutachten von Prof. Dr. V. und Dr. P. ...

Die geltend gemachte Ruptur der Supraspinatussehne rechts ist keine Unfallfolge. Der Senat hat einen hinreichend wahrscheinlichen Zusammenhang dieser Gesundheitsstörungen mit dem Arbeitsunfall nicht feststellen können.

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 entfielen (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 eine unfallbedingte Kausalität für die geltend gemachte Gesundheitsstörungen nicht vor.

Der Senat hat in Auswertung der insoweit überzeugenden Gutachten von Dr. P. und Prof. Dr. V. keine belastbaren medizinischen Anhaltspunkte dafür feststellen können, dass der mit MRT vom 31.10.2012 diagnostizierte Riss der Supraspinatussehne mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf die Unfalleinwirkung am 10.07.2012 zurückzuführen ist.

Der Kläger hat zum Unfallhergang unterschiedliche und teilweise widersprüchliche Angaben gemacht, denen eine schädigende Unfalleinwirkung auf die Supraspinatussehne nicht mit der für eine richterliche Überzeugung ausreichenden Sicherheit entnommen werden kann. Bei der Untersuchung durch den Durchgangsarzt am Unfalltag und in der Unfallanzeige des Arbeitgebers vom 13.09.2012 war angegeben worden, dass das Rolltor auf den Kläger gefallen sei. Sein früherer Bevollmächtigter hatte dies im Schriftsatz vom 30.01.2013 (Bl. 59 der BG-Akte) dahingehend konkretisiert, dass das mit einem Gabelstapler angehobene Rolltor auf die rechte Schulter und den

rechten Fuß des Klägers gefallen sei. Bei der Untersuchung bei Prof. Dr. V. hatte der Kläger damit noch weitgehend übereinstimmend angegeben, er habe auf dem Rücken liegend das angehobene Rolltor repariert, das plötzlich mit großer Geschwindigkeit herabgestürzt sei und ihn an der rechten Schulter und am rechten Bein getroffen habe, bevor es von ihm abgeglitten sei. Der Arm sei zu diesem Zeitpunkt am Körper angelegt gewesen. Demgegenüber ist nach Vorlage des Gutachtens von Prof. Dr. V. mit Ausführungen zu einem ungeeigneten Unfallhergang zur Widerspruchsbegründung vorgetragen worden (Schriftsatz des damaligen Bevollmächtigten vom 21.03.2014, Bl. 130 der BG-Akte), der Kläger habe versucht, das Tor abzufangen. Hierbei sei der Arm nach hinten und seitlich weggedrückt worden. In der Klagebegründung (Schriftsatz des Klägerbevollmächtigten vom 02.09.2014) wurde vorgetragen, der Kläger habe während der Arbeit gekniet, als das Tor vom Gabelstapler gerutscht und zunächst auf den Boden geknallt und dann in Richtung des Klägers gekippt sei. Der Kläger habe sich mit der linken Hand am Boden abstützen und Richtung einer im Tor befindlichen offenen Tür geschoben, damit sein Kopf in die Lücke passe, mit der rechten Hand habe er instinktiv versucht das Tor vom Körper weg zu halten, der Arm sei dann nach hinten gedrückt worden und er sei auf dem Rücken zum Liegen gekommen. Erneut hiervon abweichend gab der Kläger bei der Untersuchung durch Dr. P. an, er habe das umkippende Tor mit der rechten Hand gehalten und sich dabei nach hinten bewegt, um sich selbst aus der Gefahrenzone herauszubringen. Er habe das Tor nicht mehr halten können, worauf es zu Boden fiel und ihn direkt an der rechten Schultervorderseite und am rechten Unterschenkel getroffen habe. Dass der Arm nach hinten weggedrückt worden ist, wird hier nicht mehr erwähnt. Die Besonderheit, dass er in einer offenen Tür in dem Rolltor Schutz gesucht habe, ist dieser Schilderung ebenfalls nicht zu entnehmen. Vielmehr ergibt diese Darlegungen, dass dem nach vorne ausgestreckten Arm, mit dem dem Tor "entgegengehalten" worden sei, das Tor entglitten ist, so dass der Arm nach vorne gedrückt wurde, weshalb auch der Anprall auf die Schultervorderseite erfolgen konnte. Bei der Unfallschilderung, dass der Arm nach hinten weggedrückt wurde, wäre eher zu erwarten gewesen, dass das Tor den auch nach hinten geneigten Rumpf unterhalb der Schulter oder im Brustbereich getroffen hätte. Das wechselnde und dem jeweiligen Verfahrensstand angepasste Vorbringen an die erkennbar gewordenen medizinischen Voraussetzungen für eine geeignete Unfalleinwirkung ist wenig glaubhaft. Eine andere Erklärung für den wechselnden Sachvortrag, die nicht auf verfahrenstaktisches Verhalten schließen lässt, hat der Kläger nicht gegeben und war für den Senat auch nicht erkennbar geworden.

Soweit in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat unter Bezugnahme auf die Schriftsätze vom 07.01.2015 und 02.09.2014 zuletzt die dortige Unfallschilderung unter Beweis gestellt worden ist, wonach der Kläger seinen Kopf in eine offene Tür des Rolltores gebracht habe und ihm der rechte Arm nach hinten gedrückt worden sei, ist für den Senat auch nicht ersichtlich geworden, dass diese Variante, die wie dargelegt mit nachfolgendem Vorbringen wieder abgeändert worden ist, den tatsächlichen Ablauf darstellt. Der Senat hat sich daher auch nicht gedrängt gesehen, dem Hilfsbeweis Antrag des Klägers, der im Übrigen der wiederholten Beweisanregung im Schriftsatz des Klägerbevollmächtigten vom 01.10.2015 aus der ersten Instanz (Schriftsätze des Klägerbevollmächtigten vom 07.01.2015 und 20.02.2015) entspricht, nachzukommen. Die als Zeugen angebotenen Arbeitskollegen zum Beweis des Vortrags in der Klagebegründung vom 02.09.2014 sollen eine Variante des Klägervortrags bestätigen, die der Kläger nachfolgend selbst nicht aufrechterhalten hat. Letztlich ist das Beweisangebot ein Ausforschungsbeweis bei widersprüchlichem Parteivorbringen, dem das Gericht nicht zu folgen verpflichtet ist.

Darüber hinaus kann der Senat auch die unter Beweis gestellte Tatsachenbehauptung zum angeblichen Unfallablauf als wahr unterstellen. Letztlich ergibt sich aus dieser und auch aus sonst keiner der vom Kläger vorgetragene Sachverhaltsvarianten eine Einwirkung auf die Supraspinatussehne, die zu der von Dr. P. und Prof. Dr. V. dargelegten erforderlichen Zugbelastung der Sehne führt. Deren Darlegungen des geeigneten Verletzungsmechanismus stimmen mit der unfallmedizinischen Literatur überein (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl., Seite 412 f) und sind für den Senat daher überzeugend. Eine unnatürliche Zugbeanspruchung der Supraspinatussehne ergibt sich weder aus dem Aufprall des Tors auf die Schulter noch gehört hierzu die willkürliche Muskelbeanspruchung durch das Halten des Rolltores. Selbst das behauptete Wegdrücken des erhobenen rechten Arms nach hinten erfüllt nicht ohne weiteres diese Voraussetzungen, denn nur ein massives plötzliches Hoch- oder Rückwärtsreißen des Armes, das überfallartig eine Dehnungsbelastung bewirken kann (vgl. Schönberger u.a., a.a.O.), ist ein solcher geeigneter Verletzungsmechanismus, nicht aber das gewollte Wegdrücken einer über dem Kopf gehaltenen Last und die willkürliche Aufgabe der Muskelspannung, weil die Last zu schwer wird. Da keine der genannten Sachverhaltsvarianten einen entscheidungserheblichen Sachverhalt für ein geeignetes Unfalltrauma darstellt, erübrigt sich auch insoweit eine Beweisaufnahme, denn auf das unter Beweis gestellte Vorbringen und auch auf das hiervon abweichende übrige Vorbringen des Klägers zum Unfallhergang kommt es nicht entscheidungserheblich an.

Dem kann der Kläger nicht entgegenhalten, dass Prof. Dr. V. als Durchgangsarzt am Unfalltag eine Schulterdistorsion rechts diagnostiziert habe, wie seinem Durchgangsarztbericht vom 12.07.2012 entnommen werden kann. Abgesehen davon, dass Prof. Dr. V. in seinem Gutachten vom 27.05.2013 schließlich von einer unfallbedingten Schulterprellung ausgegangen ist, sagt die Erstdiagnose einer Distorsion der Schulter noch nichts darüber aus, ob damit auch die Supraspinatussehne in der nach unfallmedizinischen Erkenntnissen erforderlichen Weise einer Zugbelastung ausgesetzt gewesen ist. Eine - auch nicht näher dargelegte - Verdrehung des Schultergelenks beinhaltet nach den obigen Darlegungen noch nicht zwingend die besondere Stressbelastung der Supraspinatussehne. Hinzu kommt, dass der intraoperative Befund vom 03.12.2012 intakte Knorpelbeläge des Humeruskopfes und der Gelenkpfanne ohne Labrum-Schaden auswies. Typische Begleitschäden einer traumatisch bedingten Verdrehung des Schultergelenks bzw. Schultergelenksluxation, die eine Zugbelastung der Supraspinatussehne bewirkte, sind daher ebenfalls nicht gesichert.

Eine traumabedingte Verletzung der Supraspinatussehne ergibt sich auch nicht aus anderen festgestellten Tatsachen, die eine entsprechende Schlussfolgerung zulassen.

Die zeitnah zum Unfall erfolgte Kernspintomographie vom 19.07.2012 ist nach dem überzeugenden fachradiologischen Gutachten von PD Dr. K. nicht aussagekräftig. Die Aufnahme ist nach seiner Nachbefundung aufgrund technischer Mängel nur begrenzt aussagekräftig. Aufgrund dieser Mängel kann zwischen einer degenerativen Veränderung und einer - gemeint traumatischen - Ruptur nicht unterschieden werden. Aus Sicht des Senats ist mit der Aufnahme weder nachgewiesen, dass zum Aufnahmezeitpunkt bereits eine Ruptur der Supraspinatussehne vorlag, wie der Kläger unter Berufung auf die Ausführungen von PD Dr. K. vorträgt, noch ist eine solche Ruptur aufgrund der MRT-Aufnahme vom 19.07.2012 sicher auszuschließen. Die von PD Dr. K. retrospektiv vorgenommene Auswertung der technisch unzulänglichen MRT-Aufnahme vom Juli 2012 anhand des Befundes der technisch korrekt durchgeführten Kernspintomographie vom 31.10.2012, wonach die T2-gewichteten axialen Messungen in der Aufnahme vom Juli 2012 einen Einriss signalintensiv erahnen ließen, ist mit den überzeugenden Ausführungen des Beratungsarztes Dr. We. vom 29.06.2016 rein spekulativ. Ein Nachweis darüber, dass ein Riss der Supraspinatussehne bereits zum Unfallzeitpunkt bzw. am 19.07.2012 bestanden hat, ist anhand der MRT-Aufnahme vom 19.07.2012 nicht zur vollen richterlichen Überzeugung zu führen.

Auch die im Durchgangsarztbericht von Prof. Dr. V. beschriebene Symptomatik der Schulterbeschwerden ergibt keinen sicheren Hinweis auf eine Sehnenruptur. Nach den überzeugenden Ausführungen im Gutachten von Prof. Dr. V. und den damit übereinstimmenden Darlegungen im Gutachten von Dr. P. fanden sich keine typischen Beschwerden einer traumabedingten Sehnenruptur, insbesondere einer Aufhebung der Beweglichkeit des rechten Arms (drop-arm-Syndrom). Eine hochgradige Bewegungseinschränkung der rechten Schulter wird gerade nicht beschrieben, worauf auch Dr. P. in seinem Gutachten hinweist. Vielmehr war die Durchblutung, die Motorik und die Sensibilität (DMS) sowohl am betroffenen rechten Unterschenkel als auch an der Schulter, insbesondere der Rotatorenmanschette intakt (Durchgangsarztbericht vom 12.07.2012). Außer Schmerzen der Schulter und am dorsalen Oberarm rechts bei Anspannung des Trizeps und der Rotatorenmanschette fanden sich keine weiteren Verletzungszeichen. Nach den Ausführungen der Gutachter Prof. Dr. V. und Dr. P. sind die Schmerzen aber durch die diagnostizierte Schulterprellung hinreichend erklärbar. Selbst wenn – was im radiologischen Gutachten von PD Dr. K. ohne nähere Darlegung unterstellt wird – durch eine Unfalleinwirkung eine nur geringe Rissbildung in Form einer Pasta-Läsion eingetreten wäre, die daher ohne weitere funktionelle Auswirkungen geblieben sein könnte, ist dies lediglich eine Möglichkeit, die sich durch weitere Indizien nicht zu einer für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen Gewissheit verdichtet.

Denn auch der weitere Beschwerdeverlauf spricht nach den Darlegungen im Gutachten von Dr. P. gegen die Annahme einer traumatischen Rotatorenmanschettenläsion. Die nach den Klägerangaben zunehmende Schmerzsymptomatik entspräche eher einer degenerativen Fortentwicklung eines Sehnen Schadens.

Auffallend ist jedoch, dass der Beschwerdeverlauf offensichtlichen Schwankungen unterlegen ist, die sich mit einem seit dem Unfalltag bestehenden Partialriss der Supraspinatussehne nicht vereinbaren lassen. So hat der Kläger bei seiner Untersuchung im O. Klinikum in L. am 31.08.2012 zwar noch persistierende Schulterschmerzen rechts angegeben, jedoch war eine gute Beweglichkeit der rechten Schulter zu erheben (Bericht des O. Klinikums ohne Datum, Eingang bei der Beklagten am 04.09.2012, Bl. 35 der BG-Akte), die aber am 02.12.2012 auf eine Abduktion bis 70° bei nicht durchführbarem Nacken- und Schürzengriff eingeschränkt war (Bericht des O. Klinikums vom 07.12.2012, Bl. 56 der BG-Akte). Bereits am 17.07.2012 hatte sich der Kläger in der internistischen Notaufnahme des O. Klinikums wegen Kopfschmerzen und Gliederschmerzen seit dem Vortag vorgestellt. Der Kläger beklagte Gliederschmerzen am ganzen Körper, eine konkrete Bewegungsbeeinträchtigung am rechten Arm ist weder den anamnestischen Angaben noch den mitgeteilten Befunden im Bericht der Gastroenterologischen Station des Klinikums vom 20.07.2012 zu entnehmen (vgl. Bl. 50 der BG-Akte). Dieser Verlauf der Funktionsbeeinträchtigungen an der rechten Schulter passt zu den abklingenden Beschwerden einer Schulterprellung, wie sie die Sachverständigen als Folge des Unfalls beschrieben haben.

Auch die Art der mit MRT vom 31.10.2012 nachgewiesenen Läsion der Supraspinatussehne deckt sich nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. P. und Prof. Dr. V. mit einer degenerativen Entstehungsursache. Die auch von PD Dr. K. aus fachradiologischer Beurteilung als intratendinösen Riss beurteilte Sehnen Schädigung wird von den Gutachtern Dr. V. und Dr. P. als typische Veränderung bei beginnendem degenerativem Verschleiß der Rotatorenmanschette beurteilt. Nach Prof. Dr. V. spricht auch der intraoperative Befund der Arthroskopie am 06.12.2012 gegen eine traumatische Verletzung der Rotatorenmanschette. Die Sehnenoberfläche war sowohl von der einsehbaren Gelenkseite als auch vom Subacromialraum aus gesehen völlig unauffällig, geschlossen und ohne sichtbare Rissbildungen. Der allein im Inneren des Sehngewebes (intratendinös) vorhandene Schaden ist nach Beurteilung der unfallchirurgischen Gutachten danach absolut typisch für eine beginnende Verschleißerkrankung. Soweit PD Dr. K. der Aufnahme vom 31.10.2012 auch oberflächliche Einrisse mit einer maximalen Risstiefe von 3 mm unmittelbar proximal angrenzend an den auffälligen Sehneninnenraum entnehmen zu können meint, wird dies durch den operativen Befund vom 03.12.2012 nicht bestätigt, worauf Beratungsarzt Dr. We. zutreffend abstellt. Insoweit ist zur Überzeugung des Senats dem arthroskopisch erhobenen Befund ein höherer Beweiswert beizumessen, da dieser auf einer direkten Inspektion des betreffenden Körperteils beruht und Risse mit mindestens 3 mm Tiefe einer solchen ärztlichen Untersuchung wohl kaum entgangen sein dürften. Dr. We. hat für den Senat nachvollziehbar auf die Störanfälligkeit bzw. Mehrdeutigkeit hochauflösender Bildbefunde hingewiesen.

An dieser Beweiswürdigung ändert daher auch der Umstand nichts, dass der Kläger zum Unfallzeitpunkt mit 28 Jahren noch nicht in einem Lebensalter war, das epidemiologisch auffällig für beginnende degenerative Sehnenänderungen ist, was nicht nur PD Dr. K. in seinem Gutachten sondern auch die begutachtenden Ärzte Dr. P. und Prof. Dr. V. ausführen. Entgegen PD Dr. K. haben sich aber weder Dr. P. noch Prof. Dr. V. aus medizinischen Gründen veranlasst gesehen, angesichts der gegen einen Unfallzusammenhang sprechenden Anknüpfungspunkte eine andere Zusammenhagsbeurteilung vorzunehmen. Dr. P. hat in diesem Zusammenhang auf die schulterbelastende Tätigkeit durch häufige Überkopparbeiten in der Berufsgruppe der ungelerten Maurer und angelernten Schlosser, in der der Kläger nach eigenen Angaben vor dem Unfall tätig gewesen war, verwiesen und dies als besonderen Risikofaktor für eine degenerative Rotatorenmanschettenruptur bewertet. Ob dieser Risikofaktor sich vorliegend in der auch nur als beginnende Verschleißerkrankungen der Supraspinatussehne eingestuft Gesundheitsstörung verwirklicht hat oder andere denkbare Erklärungsansätze für eine degenerativer Entwicklung in Betracht kommen, kann dahinstehen. Jedenfalls ist für den Senat das Lebensalter des Klägers zum Unfallzeitpunkt kein zwingender, gegen eine degenerative Entstehungsursache sprechender Gesichtspunkt. Ebenso wenig spricht das im Kernspintomogramm vom Juli 2012 nachgewiesene Ödem, sofern dies trotz der Kritik von PD Dr. K. noch hinreichend sicher der Aufnahme entnommen werden kann, für eine traumabedingte Ursache der Sehnenläsion. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 21.01.2015 hat Dr. P. das Ödem auf die anteroapikale Gelenkkapsel bezogen, das durch die als Unfallfolge anerkannte Prellung entstanden ist, jedoch nicht den Nachweis für eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur erbringt, da ein Ödem im Bereich des Oberarmkopfes nicht verifiziert ist.

Die in den bildgebenden Befunden nachgewiesene Verengung des Subacromialraums der rechten Schulter spricht nach den überzeugenden Ausführungen in den unfallchirurgischen Gutachten ebenfalls für eine degenerative Entstehungsursache der diagnostizierten Partialruptur der Supraspinatussehne. Die knöcherne Einengung ergibt sich sowohl aus der Kernspintomogrammaufnahme vom 19.07.2012 als auch in der vom 31.10.2012, weshalb mit Dr. P. davon auszugehen ist, dass der eingeengte Subacromialraum als Risikofaktor bereits zum Zeitpunkt des Unfalls vorgelegen hat. Dass die Wiedergabe der knöchernen Verhältnisse des Schultergelenks ebenso wie die Darstellung von Sehngewebe durch die technischen Mängel der unzureichenden Flüssigkeitsmarkierung im MRT vom 19.07.2012 beeinträchtigt ist, ist dem Gutachten vom PD Dr. K. nicht zu entnehmen. Der Einwand des Klägers, Dr. P. widerspreche sich insoweit in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 21.01.2015, als er im Widerspruch zu seinem Gutachten die Veränderung des Subacromialraumes als Folge einer traumatischen Rotatorenmanschettenruptur beurteile, trifft nicht zu. Dr. P. differenziert zwischen einer sich degenerativ entwickelnden Verengung des Gelenkzwischenraums, die zu einer mechanischen Irritation der Rotatorenmanschette führen kann (vgl. Seite 37 seines Gutachtens, Bl. 67 der SG-Akte) und einer ausdrücklich als sekundäre Einengung des Subacromial-raumes bezeichneten Gelenksituation

(vgl. Seite 6 seiner ergänzenden Stellungnahmen vom 21.01.2015, Bl. 82 der SG-Akte), die sich aus orthopädisch-unfallchirurgischer Erfahrung erst mehrere Wochen bis Monate nach einer traumatischen Rotatorenmanschettenruptur entwickelt.

Die Beurteilung von Dr. P. und Prof. Dr. V. , dass die diagnostizierte intratendinöse Partialruptur der Supraspinatussehne als beginnende degenerativen Verschleißerscheinung der Rotatorenmanschette zu beurteilen ist, die bis zum Unfall noch keine funktionellen Beeinträchtigungen verursacht hatte, ist für den Senat daher überzeugend. Dass der Sehnenschaden durch die Unfalleinwirkung entstanden ist, ist nicht hinreichend wahrscheinlich zu belegen. Dass durch die an sich ungeeignete Unfalleinwirkung möglicherweise unfallvorbestehendes, rissanfälliges Sehngewebe eingerissen ist, was einer unfallbedingten Aktivierung einer unfallunabhängigen Krankheitsanlage entspräche, kann der Senat nicht feststellen. Weder gibt es einen Vergleichsbefund für die unfallvorbestehenden Schultergelenkverhältnisse noch ist, wie dargelegt, ein akuter Sehneneinriss zum Unfallzeitpunkt hinreichend wahrscheinlich zu machen.

Letztlich kann auch dahinstehen, ob der Riss im Sehnenbinnenraum bereits zum Unfallzeitpunkt vorbestanden hatte oder das zum Unfallzeitpunkt rissanfällige Sehngewebe erst nach dem Unfall durch fortschreitende Degeneration eingerissen ist. Für einen erst später entstandenen Einriss spricht der oben dargestellte Beschwerdeverlauf mit zunächst zunehmender Besserung der Schulterbeweglichkeit. Nach Abklingen der aus der diagnostizierten Prellung resultierenden Beschwerden wurde der Kläger von den behandelnden Ärzten ab 15.09.2012 als wieder arbeitsfähig eingestuft. Die Krankenkasse hatte Arbeitsunfähigkeit bis 14.09.2009 mitgeteilt (Schreiben der AOK vom 02.11.2012). Zur Tätigkeitsaufnahme selbst hat der Kläger sich widersprechende Angaben gemacht. Einerseits will er in der Firma nur leichte Büroarbeiten erledigt haben (Schreiben des vormaligen Bevollmächtigten vom 30.01.2013), andererseits behauptete er bei der Untersuchung durch Prof. Dr. V. , er habe ab 01.09.2012 nicht wieder gearbeitet.

Doch selbst wenn davon auszugehen wäre, dass die Unfalleinwirkung rissanfälliges Sehngewebe betroffen hat und entsprechend der Einschätzung von PD Dr. K. hierdurch ein sich langsam vergrößernder Einriss des Sehngewebes entstanden ist, was im Hinblick auf die obigen Darlegungen allenfalls einer denkbaren, aber nicht hinreichenden Wahrscheinlichkeit unterliegt, wäre die Unfalleinwirkung nicht wesentliche Ursache für den Partialriss der Sehne. Mangels eines für eine Zugbelastung der Supraspinatussehne geeigneten Unfallmechanismus wäre der Sehnenriss nur anlässlich einer als Alltagsbelastung zu beurteilenden Einwirkung entstanden, das trifft sicher auf die Varianten des bloßen stumpfen Anpralls auf die Schulter zu, wie der Senat bereits entschieden hat (vgl. Senatsurteil vom 01.07.2011 - [L 8 U 197/11](#) - , veröffentlicht in juris und www.sozialgerichtsbarkeit.de), da es nicht auf das Unfallereignis als solches (z. B. die Tatsache eines Sturzes) bzw. auf den generell zum Tragen gekommenen Kraftaufwand ankommt, sondern die Intensität der Einwirkungen auf das verletzte Organ maßgebend ist. Jedenfalls wäre das Fortschreiten des Einrisses - trotz Schonung - mit den erst ab Oktober 2012 entstandenen funktionellen Bewegungseinschränkungen nicht mehr maßgeblich auf die Unfalleinwirkung, sondern auf die vorbestehenden degenerativen Sehnenverhältnisse zurückzuführen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-01-16